ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นิตยา เจริญยุทธ วิมาลา เจริญชัย* อัมพร สีลากุล**

บทคัดย่อ

ผู้ติดสุรามีความต้องการดื่มสุราและไม่สามารถหยุดดื่มได้ ขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดสุราเพื่อให้สามารถลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มสุราได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุราและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 38 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ของผู้วิจัยและคณะ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และแบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบแบบเฟรดแมน (Friedman test) และการทดสอบแบบแมนวิทนีย์ ยู (Mann–Whitney test) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<05$) คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นควรมีการดำเนินการบำบัดโดยรูปแบบนี้และอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราในโรงพยาบาลทั่วไป

คำสำคัญ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ติดสุรา

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายอย่างแพร่หลาย ในขณะเดียวกันสุราได้สร้างความสูญเสียให้กับสังคมและผู้เสพทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าในปี 2545 ประชากรโลกมีการเสพติดสุราประมาณ 140 ล้านคน สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 5 ครั้ง ตั้งแต่ พ.ศ 2539 ถึง พ.ศ 2550 ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 11 ปี เมื่อศึกษาดูแนวโน้มความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ 2539 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี พ.ศ 2550 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 20[2] คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด[3] ได้ศึกษาภาวะความผิดปกติจากการดื่ม (alcohol use disorders) โดยใช้แบบคัดกรอง Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประชากรไทยอายุ 12–65 ปี ประมาณ 2.79 ล้านคน (ร้อยละ 22.7) เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ประมาณ 0.39 ล้านคน (ร้อยละ 3.1) เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และอีกประมาณ 0.23 ล้านคน (ร้อยละ 0.19) เป็นผู้ดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจมีภาวะเสพติดแอลกอฮอล์ก็ได้ (alcohol dependence) นอกจากนี้ได้มีการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย ในปี พ.ศ.2546 ที่มีอายุระหว่าง 15–19 ปี พบว่า คนที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 28.52[4]

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากแอลกอฮอล์ การดื่มสุรามีผลกระทบต่อผู้เสพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นแล้วผู้ที่ดื่มสุรามานาน อาจทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือเป็นโรคจิตจากสุรา มีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจในขณะมึนเมา เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว พูดไม่ชัดการทรงตัวเสีย เดิน เซ ความจำเสีย หรือหมดสติ และอาจมีอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) เช่น ประสาทหลอน (hallucinations) หรือแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) เป็นต้น[5] การติดสุราเกิดจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสารสื่อประสาทและยังเป็นการติดทางด้านจิตใจ โดยมีความต้องการดื่มสุราอยู่ทั้งที่ได้รับผลกระทบหลายๆ ด้านจากสุรา และไม่สามารถหยุดดื่มได้[6] โดยลักษณะของผู้ติดสุราจะหมกมุ่นกับการดื่มเพื่อให้มึนเมา และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่ม บางคนที่ดื่มทุกวันในปริมาณไม่มากมักไม่คิดว่าตนเองติดสุรา บางวันไม่ได้ดื่มจนเมาและยังสามารถทำงานได้ทั้งที่ดื่มสุรา[7] ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ไม่มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการรักษา ซึ่งพบว่ามีหลายรูปแบบที่ใช้ได้ผล ดังจะเห็นได้จากจากโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)[8] ในปี 1994 ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับจิตสังคมบำบัด 3 วิธี คือ การบำบัด

เพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive–Behavioral Therapy หรือ CBT) และการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF) ผลจากการศึกษาของ Project MATCH พบว่า จิตสังคมบำบัดทั้ง 3 วิธีการมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และได้ผลดีไม่แตกต่างกัน

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy, MET) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client–centered) ให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง[9,10] ในประเทศไทยได้มีการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในการหยุดดื่มสุรามาใช้ในงานวิจัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ[11] พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุง[12] ซึ่งพบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ติดสุราที่มารับบริการ ลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

จากปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษา ในฐานะพยาบาลจิตเวชเห็นความสำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการดื่มหรือลดการดื่มสุราลงมาในระดับที่ปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและสังคม จิตใจ ดังนั้นจึงได้ประยุกต์แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและนำผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนการทดลอง วัดซ้ำเพื่อติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังบำบัดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการ

บำบัดตามปกติ โดยศึกษาในผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 2 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2551 ถึง 30 ธันวาคม 2551 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)[13] หรือตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)[14] จำนวน 38 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 19 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2) ผลการประเมินอาการถอนพิษสุรา[15] มีคะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 3) ประเมินสมรรถภาพสมองโดยแบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mini Mental State Examination: TMSE)[16] มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนน ขึ้นไป 4) สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ 5) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและสามารถมาตามนัดได้

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ ปริมาณการดื่มแต่ละครั้ง ปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ 3) ข้อมูลการติดตาม ประกอบด้วย สุขภาพทั่วไป การดื่มสุรา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การประกอบอาชีพ 4) แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาโดย บีเนอร์ และอดาม[17] มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 4 ขั้น ของระยะการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-Contemplation
- ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีความเมินเฉยรวมกับลังเลใจเล็กน้อย
- ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีความลังเลใจและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
- ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation)
- ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action)

การดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมในด้านความรู้และฝึกทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มงานสุขภาพจิตสารเสพติด ในการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด เป็นระยะเวลา 5 วัน และทดลองฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยสุรา 4 คน เพื่อให้เกิดทักษะในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้ได้แบ่งระยะของการบำบัดเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะเริ่มต้น (initial phase) เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ซักถามถึงสาเหตุของการเข้ารับการรักษาและประเมินถึงการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และแนวทางการบำบัดรักษา ประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษา
- ระยะดำเนินการ (working phase) ดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30–60 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความรุนแรงของการดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร และครั้งที่ 2 เสริมสร้างความมั่นคงในสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง
- ระยะประเมินผล (evaluation phase) เป็นการติดตามและกระตุ้นซ้ำ เพื่อสนับสนุนหรือเสริมพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลง ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงดีหรือไม่ โดยนัดติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่ใช้เปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ดื่มในแต่ละครั้งที่มาติดตามผล ซึ่งปริมาณการดื่มคิดเป็น 1 หน่วยดื่มมาตรฐานหรือดริ้งค์ต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับสุรากลั่น 30 ซีซี หรือ เบียร์ 285 ซีซี หรือ ไวน์ 120 ซีซี

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล การดื่มแอลกอฮอล์ การติดตามผล นำเสนอเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยวิธีการทางสถิติแบบนอนพาราเมทริกโดยใช้สถิติ Friedman test และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลอง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 25–44 ปี (ร้อยละ 57.89) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.16) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.42) ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.84 และ 21.05 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 25–44 ปี (ร้อยละ 63.12) มีสถานภาพสมรสและหย่าจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 47.37 และ 42.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.95) และประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 52.63) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
อายุ 20-24 ปี	1	5.26	0	0
อายุ 25-44 ปี	11	57.89	12	63.12
อายุ 45-65 ปี	7	36.84	7	36.84
อายุ 65 ปี ขึ้นไป			0	0
Mean ± SD (Range)	41.63 ± 10.813 (24-61)		42.32 ± 7.281 (33-60)	
สถานภาพ				
โสด	2	10.53	-	-
สมรส	12	63.16	9	47.37
หย่า	4	21.05	8	42.10
หม้าย	1	5.26	2	10.53
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	68.42	15	78.95
มัธยมศึกษา	4	21.05	1	5.26
อาชีวะศึกษา	-	-	1	5.26
ปริญญาตรี	2	10.53	2	10.53
อาชีพ				
ทำนา	7	36.84	10	52.63
รับจ้าง	4	21.05	5	26.32
ค้าขาย	3	15.79	3	15.79
รับราชการ	2	10.53	1	5.26
ว่างงาน	3	15.79	-	-

2.ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 1–10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 73.68 สำหรับความถี่ของการดื่มส่วนใหญ่มีการดื่มแอลกอฮอล์ 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ84.21 ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะดื่มเหล้าขาว คิดเป็นร้อยละ 94.74 และส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่ม มากกว่า 42 หน่วยการดื่มต่อสัปดาห์ (harmful drinking) ร้อยละ 94.74 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับไว้รักษา พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการรับไว้รักษา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.63 ส่วนขั้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่นั้นในขั้น คิดไตร่ตรองที่จะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้า ร้อยละ 31.58

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า มีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.63 สำหรับความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีการดื่มแอลกอฮอล์ 7 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ89.47 ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ จะดื่มเหล้าขาว คิดเป็นร้อยละ 84.21 สำหรับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 42 หน่วยการดื่มต่อสัปดาห์ (harmful drinking) คิดเป็นร้อยละ 94.74 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับไว้รักษา พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการรับไว้รักษา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.89 ส่วนขั้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในขั้น คิดไตร่ตรองที่จะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 63.16 (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของทั้งสองกลุ่ม พบว่า หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในทั้งสองครั้งของการติดตาม (ตารางที่ 3)

ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการรักษาคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ในระยะการติดตาม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาที่ดื่ม ความถี่ของการดื่ม ชนิดของเครื่องดื่ม ปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ และขั้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์				
1–10 ปี	14	73.68	10	52.63
11–20 ปี	5	26.32	8	42.11
21–30 ปี	0	0	1	5.26
Mean ± SD (Range)	9.32 ± 4.773 (1–20)		12.37 ± 6.809 (2–26)	
ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์				
3 วันต่อสัปดาห์	2	10.53	2	10.53
4 วันต่อสัปดาห์	1	5.26	–	–
7 วันต่อสัปดาห์	16	84.21	17	89.47
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
เหล้าขาว	18	94.74	16	84.21
เบียร์	1	5.26	1	5.26
เหล้าสี	–	–	2	10.53
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์				
< 14 หน่วยการดื่ม (lower drinking)	–	–	–	–
15–28 หน่วยการดื่ม (heavy drinking)	–	–	–	–
29–42 หน่วยการดื่ม (hazardous drinking)	1	5.26	1	5.26
> 42 หน่วยการดื่ม (harmful drinking)	18	94.74	18	94.74
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา				
1 ครั้ง	10	52.63	11	57.89
2 ครั้ง	5	26.32	6	31.58
3 ครั้ง	3	15.79	2	10.53
5 ครั้ง	1	5.26	0	0

ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				
ก. ไม่คิดว่าจะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ เพราะไม่ตระหนักในปัญหาที่จะเกิดขึ้น	2	10.53	1	5.26
ข. คิดไตร่ตรองที่จะลดหรือ หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้า	6	31.58	12	63.16
ค. คิดจะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่พร้อมที่จะกระทำ	4	21.05	5	26.32
ง. คิดหาวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์	2	10.53	1	5.26
จ. ลงมือกระทำเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	5	26.32	-	-

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	mean rank	N	Chi-Square	df	p-value
ก่อนการทดลอง	3	19			
หลังการทดลอง			35.292	2	0.00*
ติดตามครั้งที่ 1	1.29	19			
ติดตามครั้งที่ 2	1.71	19			

ตารางที่ 4 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการบำบัด

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง mean rank	กลุ่มควบคุม mean rank	Mann-Whitney U Test	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนการบำบัด	16.50	22.50	23.50	1.684	0.096
หลังการบำบัด ติดตามครั้งที่ 1	15.11	23.89	97.00	-3.044	0.14*
หลังการบำบัด ติดตามครั้งที่ 2	15.45	23.55	103.50	-2.313	0.23*

วิจารณ์

หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยติดสุรามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจ เห็นใจ จากผู้บำบัด (express empathy) โดยผู้บำบัดสื่อสารในลักษณะเคารพความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และได้รับการทบทวนค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายที่ต้องการจะเป็นกับสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (develop discrepancy) นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากผู้บำบัดว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ (support self-efficacy)[9,18] ซึ่งเทคนิคและวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไม่ได้มุ่งเน้นการตำหนิ การต่อว่า หรือการพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้ป่วย ตามที่มิลเลอร์และคณะ[19] พบว่าลักษณะการพูดของผู้บำบัดมีผลต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดที่ใช้วิธีการพูดสะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วย (confrontation) จะมีผลให้ผู้ป่วยดื่มสุรามากขึ้น นอกจากนั้นผู้บำบัดยังได้ใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดอย่างอิสระ มีการแสดงคำพูดและสื่อท่าทีให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตัวเองได้ มีการฟังอย่างสะท้อนคิด เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับใด ได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง สิ่งที่เกิดขึ้นด้านบวกและด้านลบของกลุ่มตัวอย่างมีอะไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางการบำบัดอย่างเหมาะสม และใช้ทักษะสรุปความในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่ามาเพื่อสื่อถึงการแสดงความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้บำบัด เทคนิคเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้ ซึ่งการงดดื่มหรือลดลงมาอยู่ในระดับปลอดภัยจะช่วยลดผลกระทบทั้งต่อร่างกาย และสังคมแวดล้อมของผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการบำบัดรักษา

มากขึ้น[20,21] ผลการวิจัยครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทยและในต่างประเทศ[9,11,12]

นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยติดสุราหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติในระยะติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง ด้วยการให้ผู้ป่วยได้รับทราบว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยและเป็นความสามารถพยายามของตนเองเท่านั้นที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้[22] ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ โดยหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 2 ได้จัดกิจกรรมในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนี้ กลุ่มสุขศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มสุรา กลุ่มตระหนักรู้ในตนเองและผู้อื่น กลุ่มเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง กลุ่มทักษะทางสังคม จิตบำบัดรายบุคคล/กลุ่ม ครอบครัวบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการบำบัดตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับเป็นรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มบำบัด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงการเจ็บป่วยของตนเองและค้นหาจุดเด่นของตนเอง ไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จึงอาจส่งผลให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันในระยะของการติดตาม เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ เบนและคณะ[23] ที่พบว่าการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระยะจะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการศึกษาของ เกรเบอร์และคณะ[24] ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มและเพิ่มอัตราการหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบให้สุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น บราวและมิลเลอร์ [25] ที่พบว่าผู้ติดสุรากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจทุกครั้งเมื่อมารับบริการจะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจถึงสองเท่า

สรุป

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยติดสุรามีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ดังนั้น ควรมีการดำเนินการบำบัดโดยรูปแบบนี้ให้มากขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราในสถานพยาบาลทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. สมจิตต์ ลุประสงค์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตสารเสพติด กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คุณกชพงษ์ สารการ และ คุณเกษราภรณ์ เคนบุปผา ซึ่งให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. WHO to meet beverage company representative to discuss health-related alcohol issues. Retrieved September 26, 2003: From hptt:// releyl@ WHO. Int .
2. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร, โศภิต นาสืบ, แววดาว พิมพ์พันธ์ดี และ กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2551. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.มปท; 2551.
3. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ 2550 จากการสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.มปท; 2550.
4. ธรณินทร์ กองสุข. สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด 25-27 สิงหาคม 2547; ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร; 2547. หน้า 56-71.
5. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2544.
6. Fauman MA. Study guide to DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric publishing; 2002.
7. Crumpler J. Development of an alcohol withdrawal protocol. Journal of Nursing Care Quality 2005; 20(4): 297-301.
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. (2nd ed.). In Allen JP, Wilson VB, Eds., NIH Publication; 2003
9. Miller WR. Motivational enhancement therapy with drug abusers. Department of psychology and center on alcoholism, substance abuse, and additions (CASAA). The University of New Mexico; 1995.
10. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York: Guiford Press; 2002.

11. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร, และ ราม รังสินธุ์. รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจในหน่วยปฐมภูมิ. ชลบุรี; 2547.
12. สุนทรี ศรีโกไสย. ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
13. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994
14. สถาบันสุขภาพจิต. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.
15. พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Alcohol Service System เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด; 25-27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร; 2547.
16. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536; 45(6): 359-74.
17. นิชนันท์ คำล้าน. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547
18. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guiford Press; 1991.
19. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle chang. In G Howard, ed. Issues in alcohol use and misuse by young adults 1993 (pp.55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. Retrieved November 26, 2004, form htpp://www.niaaa.nih.gov/publications/social/module6motivation&treatment
20. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorder: an overview. Alcohol Research Health. 2002; 26: 81-9.

21. Hulse GK, Tait RJ. Six month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-Patients with psychiatric disorder. Drug Alcohol Rev 2002; 21: 105-12.
22. พิชัย แสงชาญชัย. การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดรักษาทางยาสำหรับผู้ติดสารเสพติด. กรุงเทพ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2548.
23. Bien TH, Miller WR. Motivational interviewing with alcohol outpatients. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1993; 21:347-56. Retrieved November 23, 2004, form htpp:// casaa.unm.edu/projiects/ mimet.html.
24. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study compareing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. Community Mental Health Journal 2003; 39(3): 189-202.
25. Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. Psychology of Addictive Behaviors 1993; 7:211-18. Retrieved November 23, 2004, form htpp:// casaa.unm.edu/projiects/mimet.html.

Motivational Enhancement Therapy for Changing Drinking Behavior among Persons with Alcohol Dependence at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

Nittaya Charoenyooth[*] *Wimala Charoenchai*[*] *Amporn Seelakul*[*]

Abstract

As well as diminishing motivation of alcohol dependence treatment, persons with alcohol dependence desire to drink and can not stop heavy drinking. Motivational Enhancement Therapy (MET) is a counseling method for decreasing and stopping alcohol drinking among these persons. The aim of this pretest-posttest follow-up control group quasi experimental research was to examine the effectiveness of MET on changing drinking behavior of persons with alcohol dependence. Thirty-eight persons with alcohol dependence who had been admitted to female psychiatric ward at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani, were selected purposively and assigned equally into experimental and control groups. The experimental group received MET while control group received usual care. Research instruments consisted of instrument for conducting research; Motivational Enhancement Therapy (MET) developed by researchers and colleagues, and instruments for collecting data including demographic data, treatment and follow-up for alcohol dependence, and the stage of change. Data were analyzed using descriptive statistics, Friedman Test, and Mann-Whitney Test. The results demonstrated that scores of drinking behavior of persons with alcohol dependence who received MET had decreased significantly ($p<05$) at two- and four-week follow ups after discharge, and had decreased statistically more than the scores of those who received usual care ($p<05$). In conclusion MET helped persons with alcohol dependence stop and reduce alcohol drinking behavior. Therefore, it should be conducted and applied for caring persons with alcohol dependence at general and community hospitals.

Key words: Motivational Enhancement Therapy, alcohol dependence

[*] Registered Nurse, Prasrimahabhodi Psychatric Hospital, Ubon Ratchathani