



# การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรา

## Psychosocial program development to reduce or stop drinking for Patient with Alcohol use disorder

(Received: February 10,2021; Accepted: March 2,2021)

อรุณี ไสตถิวนิชย์วงศ์, Arunee Soattivanitwong  
วิมล นุชสวาท, Vimon Nuchswart  
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์  
ลวิญญ์วิชัยพงศ์ ภูมิจัน, Lawinichchayapong Bhumijeen  
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม และ 2) ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มที่สอดคล้องกับขั้นตอนการทำวิจัยคือ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญคือ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 คน ผู้ดูแล 4 คน และผู้ป่วย 4 คน สำหรับขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม และ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 60 คนสำหรับขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา จำนวน 60 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน มีลักษณะคล้ายกัน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรา 2) แบบบันทึกพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

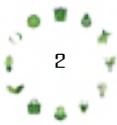
ผลการศึกษา พบว่า 1) โปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุราประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างความตระหนักในปัญหาการใช้สุรา ครั้งที่ 2 วงจรอุบาทว์ที่กลับไปดื่มซ้ำ ครั้งที่ 3 รู้จักความคิดอัตโนมัติและปลูกสร้างความคิดใหม่ ครั้งที่ 4 จัดการสถานการณ์เสี่ยงและจัดการความรู้สึกอยากสุรา ครั้งที่ 5 ป้องกันการกลับไปเสพยา ครั้งที่ 6 พัฒนาทักษะปฏิเสธ ครั้งที่ 7 ตอกย้ำเป้าหมายให้มั่นคง ครั้งที่ 8 วางแผนการใช้ชีวิต 2) ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $F_{3,174} = 98.765, p < .01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{3,174} = 413.723, p < .01$ ) ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{3,174} = 64.017, p < .01$ ) และยังพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{3,174} = 413.72, p < .01$ )

**คำสำคัญ :** จิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยโรคติดสุรา พฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรา

### Abstract

This study was a research and development (R&D). The objectives for develop and evaluate the effectiveness of Psychosocial program development to reduce or stop drinking for Patient with Alcohol use disorder. Two major steps were involved including 1) developing the program and 2) testing the effectiveness of the program developed. The subjects composed of two groups relevant to each step of the study which were 1) The experts group comprising of 4 nurses, 2 advanced practice nurses, 2 experts, 4 caregivers, and 4 patients for developing the program, and 2) The 60 Alcohol use disorder for testing the effectiveness of the program developed. For the 2<sup>nd</sup> step, subjects were randomly assigned into experimental and control groups, 30 subjects for each group. The research instruments were as follows; 1) Psychosocial program to reduce or stop drinking for Patient with Alcohol use disorder with IOC of .80, 2) The Alcohol Time-line Follow-Back Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA

Results to 1) Psychosocial program to reduce or stop drinking for Patient with Alcohol use disorder consisted of 8 sessions including learning about effects of alcohol drinking, addiction pathway, behavioral chain, challenged positive



thought, high-risk situation and coping with mechanism for negative feelings, relapse prevention, negative sentence skill, goal setting and lifestyle. 2) There were significantly different in mean scores of anger expression between the experimental and control group ). There were significantly different in mean scores of lower percent of heavy drinking day better than control group at 1 month 2 month and 3 months after discharge ( $F_{3,174} = 98.765, p < .01$ ). In addition, results from analysis of variance on mean scores of revealed significant interaction effect between group and time ( $F_{3,174} = 413.723, p < .01$ ). There were significantly different in mean scores of lower percent of abstinent days than control group at 1 month 2 month and 3 months after discharge ( $F_{3,174} = 64.017, p < .01$ ). There were significantly different in mean scores of well-being between the experimental and control ( $F_{3,174} = 413.72, p < .01$ )

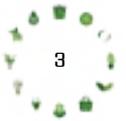
**Keywords:** Psychosocial program Alcohol use disorder Reduce or stop drinking

## บทนำ

สถานการณ์การดื่มสุราเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในสังคมโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก ระบุว่าประชากรทั่วโลกที่ดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 38 หรือคิดเป็น 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลกที่ดื่มสุราเป็นประจำ เฉลี่ยดื่มสุราคนละ 6.13 ลิตรต่อปี เนื่องจากเข้าถึงง่ายและราคาถูก โดยพบความชุกของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 10.9 (WHO, 2004) ผลสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 พบว่า ประชากรไทยเป็นโรคติดสุรา ร้อยละ 4.1 คิดเป็นจำนวนประชากร 2.1 ล้านคน (alcohol dependence) ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุก 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 5.3 คิดเป็นจำนวน 2.7 ล้านคน เป็นกลุ่มมีภาวะดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ร้อยละ 3.5 และกลุ่มโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ร้อยละ 1.8 (พันธุธนา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และคณะ, 2559) จากสถิติรายงานกรมสุขภาพจิตปี 2559-2560 พบมีจำนวนผู้ป่วย 21,436 ราย และ 30,277 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (รายงานข้อมูลระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคติดสุราเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง และส่งผลกระทบต่อในหลากหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบโดยตรงต่อตนเองทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ (สุนทรศรีโกไสย, สมพร กิวแก้ว และทิพศมัย ทายะรังษี, 2553, พันธุธนา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และรัชชนก จินตาคำ 2557, จินตวีร์พร แป้นแก้ว, 2559) และมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 37 ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวลสูง และโรคจิตเภท พบว่าในช่วง 1-3 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำสูงถึงร้อยละ 80.0 (พรทิพย์ คงสิทธิ์ และคณะ, 2556) เมื่อทบทวนเพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราที่มีอัตรากลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 61.5, 62.5 และ 58.0 ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราช

ชนรินทร์, 2562) ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่ จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราและสารเสพติด เรียกว่า โปรแกรม M-Happy Matrix (Matrix program) และให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ และการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลก่อนจำหน่าย ซึ่งโปรแกรม M-Happy Matrix นี้ใช้มากกว่า 8 ปีแล้ว ไม่ได้ออกแบบสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคสุราโดยเฉพาะทำให้มีความหลากหลายของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทั้งผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน กัญชากระท่อม สุรา รวมถึง ผลการสังเกตการณ์การทำกลุ่มบำบัดพบว่า ผู้ป่วยจะไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ขณะอยู่ในกลุ่มได้อย่างเต็มที่ ไม่กล้าแสดงออกส่วนใหญ่จะนั่งฟังพยาบาลที่เป็นผู้นำกลุ่มสอนเนื้อหาไม่เจาะจงลึกในประเด็นโรคสุราเพื่อให้ผู้ป่วยโรคสุราได้ประโยชน์สูงสุดได้ ส่วนใหญ่เน้นการสอนแบบให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาจากการสัมภาษณ์กับผู้ป่วย ถึงสาเหตุที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำ บอกรับสาเหตุเนื่องจากไม่สามารถจัดการกับความอยากดื่มได้ ชุมชนรอบบ้านมีเพื่อนบ้านดื่มสุราให้เห็นทุกวัน บางครั้งเพื่อนชวนดื่มผู้ป่วยบางรายบอกรู้สึกเหงา แม้จะไม่รู้จะทำอะไร บางรายเครียดปัญหาเรื่องหนี้สิน และส่วนใหญ่บอกตนเองไม่ได้ติดสุราเพราะดื่มแล้วยังสามารถทำงานได้ ยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเมื่อถามถึงผลกระทบผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบจากการดื่มสุราได้ แต่ไม่ตระหนักถึงปัญหาจากการดื่มสุรา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังกลับมารักษาซ้ำอีกหลายครั้ง ภายใน 1 ปี

จิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากและได้รับการยอมรับ ได้แก่ 1) การบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่ใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้ ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน (resistance) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราได้สำรวจและแก้ไข ความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกดื่มสุรา (Beck, 1995, พิชัย แสงชาญชัย 2552.)



ซึ่ง Miller & Rollnick (1995) โดยอิงทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska & Diclement ซึ่ง Prochaska & Diclement เริ่มต้นใช้ทฤษฎีการบำบัดแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดสุรา เนื่องจากแรงจูงใจถือเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการกระทำ (Carlo C. DiClemente et al., 1999) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราได้สำรวจและแก้ไขความลังเล มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งที่จะอาจจะเป็นปัญหาในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ (Miller & Rollnick, 1995) การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคติดสุรา จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราโดยใช้หลักการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) ที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ช่วยให้ผู้ป่วยมีวิถีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ให้สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ดีหรือหยุดการดื่มได้ และเป็นการพัฒนาแบบการบำบัดรักษาให้ตรงกับประเด็นปัญหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคติดสุราอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยโรคติดสุรา
2. ประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุรา

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (research and development)

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม โดย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา สัมภาษณ์ทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ผู้บำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยทีมผู้วิจัยศึกษาใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ทีมผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 คน จิตแพทย์ 1 คน ผู้ป่วยโรคติดสุรา 4 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา 4 คน 2) จัดทำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุรา โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์ประเด็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้โดยไม่มีพฤติกรรม

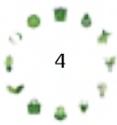
ดื่มสุราและรูปแบบของกลุ่มบำบัดที่จะทำให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างความตระหนักในปัญหาการใช้สุรา, ครั้งที่ 2 วิจารณ์บทบาทที่กลับไปดื่มซ้ำครั้งที่ 3 รู้จักความคิดอัตโนมัติ และปลูกสร้างความคิดใหม่, ครั้งที่ 4 จัดการสถานการณ์เสี่ยงและจัดการความรู้สึกอยากสุรา, ครั้งที่ 5 ป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด, ครั้งที่ 6 พัฒนาทักษะปฏิเสธ, การบำบัดครั้งที่ 7 ต่อย้ายเป้าหมายให้มั่นคง, ครั้งที่ 8 วางแผนการใช้ชีวิต 3) ปรับปรุงโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุรา

ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุรา รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ให้กับผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มละ 10-12 คน จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ในวันจันทร์ – วันพฤหัสบดี ช่วงเช้าและบ่าย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์เป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา F10.2 (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามรหัสโรค ICD-10

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จำนวน 60 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติด้วยโปรแกรม M Happy-Matrix และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple size คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Standardized effect sizes for common measures of effect size ที่ Medium sizes = 0.25 อ้างอิงจากการศึกษาของ Raymond F. at al, (2002) “Combined Pharmacotherapy and Behavioral Interventions for Alcohol dependence” ใช้การคำนวณของ CBI ค่า effect size = 0.01 แต่ไม่มี Clinical significance จึงใช้ที่ค่า effect size = 0.22 ที่สอดคล้องกับ Cohen (1977) ที่ Medium sizes = 0.25 เพื่อให้อำนาจทดสอบที่ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 24 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20 % เมื่อ drop out รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดคือ 60 คน (Raymond F. at al, 2006, Cohen, 1977) โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) แบ่งเป็น



กลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria) 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) พ้นระยะภาวะถอนพิษสุรา โดยแบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale : CWA ค่าประเมิน < 9 คะแนน 3) ไม่มีปัญหาทางสมองและความจำ โดยประเมินสมาธิและความตั้งใจ (concentration and attention) โดยการให้เลขในใจเป็นชุดต่อเนื่องไปเรื่อยๆ และบอกคำตอบในการลบ เช่น 100 ลบออกด้วย 7 (serial's seven) หากสามารถลบได้ถูกต้องติดต่อกันได้ถูกต้อง 5 ครั้งขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีสมรรถิ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม 2) มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น โรคเกี่ยวกับสมอง หรือระบบประสาท 3) มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินโดยแบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale : CWA และการประเมินสมาธิและความตั้งใจ (concentration and attention) โดยการให้เลขในใจเป็นชุดต่อเนื่องไปเรื่อยๆ และบอกคำตอบในการลบ เช่น 100 ลบออกด้วย 7 (serial's seven) ผู้ที่สามารถลบถูกต้องติดต่อกันได้ถูกต้อง 3 ครั้งขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีสมรรถิ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพอาชีพ ระยะเวลาการดื่มสุรา โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุราของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และจำนวนครั้งการรักษาในโรงพยาบาล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มสุราของนางสุนทรี ศรีโกสย โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยตนเองทุกวัน ประกอบด้วย 1) จำนวนวันที่หยุดดื่มสุราภายใน 1 เดือน โดยคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม 2) จำนวนวันที่ดื่มหนัก โดยนำปริมาณการดื่มมาเปรียบเทียบกับเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard drink) เพื่อคำนวณการดื่มหนักใช้เกณฑ์ คือ มีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มากกว่า 6 drinks/วันสำหรับผู้ชาย และการดื่มมากกว่า 4 drinks/วันสำหรับผู้หญิง และ 3) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มหนัก โดยนำข้อมูลจำนวนวันที่ดื่มหนักมาคำนวณ

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรรมสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการทำวิจัย ผลประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถออกจากโครงการการศึกษาได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อกระบวนการรักษาต่อกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ส่วนบุคคลซึ่งแสดงถึงการมีความเท่าเทียมกันก่อน การทดลองของทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.5 อายุเฉลี่ย 39 ปี มีประวัติการดื่มสุรามากกว่า 10-15 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.0 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 81.6 ประประวัติครอบครัวใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 50 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 ครั้ง

ร้อยละค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ดื่มหนักก่อนรับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $F_{3,174} = 98.765, p < .01$ ) และยังพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $F_{3,174} = 413.723$  ดังตารางที่ 1

ร้อยละค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนรับการบำบัด ระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $F_{3,174} = 64.017, p < .01$ ) และยังพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{3,174} = 413.723, p < .01$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันดื่มหนักและจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนรับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือนของกลุ่มทดลองและควบคุม(N=60)

พฤติกรรมการดื่มสุรา	ก่อนรับการบำบัด		หลังจำหน่ายครบ1เดือน		หลังจำหน่ายครบ1เดือน		หลังจำหน่ายครบ3เดือน	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กลุ่มทดลอง								
จำนวนวันดื่มหนัก	5.997	5.961	87.108	11.930	88.220	10.640	88.108	10.493
จำนวนวันหยุดดื่ม	92.109	8.281	4.886	5.854	4.331	4.962	4.664	5.222
กลุ่มควบคุม								
จำนวนวันดื่มหนัก	5.886	5.650	63.208	22.517	49.553	25.742	38.887	28.084
จำนวนวันหยุดดื่ม	91.997	8.425	34.553	23.184	47.108	25.007	59.998	28.634

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบร้อยละค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ดื่มหนักและร้อยละค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

จำนวนวัน	จำนวน	$\bar{x}$	SD	F	p-value*
จำนวนวันที่หยุดดื่ม					
กลุ่มทดลอง	30	5.997	5.916	.005	.941
กลุ่มควบคุม	30	5.886	5.650		
จำนวนวันที่ดื่มหนัก					
กลุ่มทดลอง	30	92.109	8.281	.003	.959
กลุ่มควบคุม	30	91.997	8.425		

\*p < .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละค่าเฉลี่ยของจำนวนที่ดื่มหนักและค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

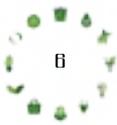
พฤติกรรมการดื่มสุรา	ก่อนรับการบำบัด		หลังจำหน่าย 1 เดือน		F	df	p-value*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
จำนวนวันดื่มหนัก							
กลุ่มทดลอง	5.997	5.961	87.108	11.930	26.390	58	.000
กลุ่มควบคุม	5.886	5.650	63.208	22.517			
จำนวนวันหยุดดื่ม							
กลุ่มทดลอง	92.109	5.650	4.886	5.854	46.176	58	.000
กลุ่มควบคุม	91.997	8.425	34.553	23.184			

\*p < 05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบร้อยละค่าเฉลี่ยของจำนวนที่ดื่มหนักและค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 2 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

พฤติกรรมการดื่มสุรา	ก่อนรับการบำบัด		หลังจำหน่าย 1 เดือน		F	df	p-value*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
จำนวนวันดื่มหนัก							
กลุ่มทดลอง	5.997	5.961	88.220	10.640	57.809	58	.000
กลุ่มควบคุม	5.886	5.650	49.553	25.742			
จำนวนวันหยุดดื่ม							
กลุ่มทดลอง	92.109	5.650	4.331	4.962	84.002	58	.000
กลุ่มควบคุม	91.997	8.425	47.108	25.007			

\*p < 05



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบร้อยละของจำนวนวันที่ตื่นหนักและค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดตื่นก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 2 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

พฤติกรรมการตื่นสุรา	ก่อนรับการบำบัด		หลังจำหน่าย 1 เดือน		F	df	p-value*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
จำนวนวันตื่นหนัก							
กลุ่มทดลอง	5.997	5.961	88.108	10.493	80.861	58	.000
กลุ่มควบคุม	5.886	5.650	38.887	28.084			
จำนวนวันหยุดตื่น							
กลุ่มทดลอง	92.109	5.650	4.664	5.222	108.420	58	.000
กลุ่มควบคุม	91.997	8.425	59.998	28.634			

\*p < 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ตื่นหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value*
ภายในกลุ่ม					
เวลา	201567.358	3	67189.113	413.723	.000
กลุ่มกับระยะเวลา	25457.822	3	8485.941		
ความคาดเคลื่อน	28257.803	174	126.401		
ระหว่างกลุ่ม					
ความคาดเคลื่อน	61119.459	1	6119.459	98.765	.000
ภายในกลุ่ม	35892.392	58	618.834		

\*p < 0.05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดตื่นของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value*
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1840050.783	3	61350.261	389.122	.000
กลุ่มกับระยะเวลา	25457.822	3	6793.477		
ความคาดเคลื่อน	28257.803	174	154.099		
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	46954.919	1	64954.919	64.017	.000
ความคาดเคลื่อน	42541.752	58	733.473		
ภายในกลุ่ม					

\*p < 0.05

### สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ICV เท่ากับ .80 เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากการสนทนากลุ่มของทีมนักจิตวิทยาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการบูรณาการใช้นโยบายการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ของ เบค (Beck, 1995) เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อเนื้อและ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่บิดเบือนซึ่ง

เป็นความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความเป็นจริง และมีการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองในการแก้ไขปัญหาปัจจุบันด้วยตนเอง จนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

2. พฤติกรรมการลดหรือหยุดตื่นสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโรคติดสุรามีมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ โดยมีการตื่นหนักน้อยกว่าและหยุดตื่นได้มากกว่าหลังจำหน่าย ณ เดือนที่ 1, 2 และ 3 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและ



หลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มหนักลดลงและหยุดดื่มสุรามากขึ้นหลังจำหน่ายเดือนที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

การที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มหนักน้อยกว่าและหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังจำหน่ายเดือนที่ 1, 2 และ 3 โดยที่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนวันที่ดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนมารับการบำบัด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุราของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยจะเห็นว่าทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุราเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาของการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ( $F_{3,174} = 413.723$ ,  $p < .01$ ) สะท้อนถึงคุณภาพของโปรแกรมที่มีเพิ่มขึ้นแตกต่างจากโปรแกรมที่มีอยู่เดิม ซึ่งส่วนหนึ่งของโปรแกรมมุ่งเน้นให้เกิดการการคิดทบทวนด้วยตนเอง พร้อมได้ พูดถึงความคิด ความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาภายใต้บรรยากาศการยอมรับ ให้กำลังใจ และชื่นชมซึ่งกันและกัน เป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นจากภายในของตนเอง โดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความคิดของตนเอง ให้เข้าใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และได้พูดข้อความจูงใจของตนเอง (Miller & Rollnick, 1995 พิชัย แสงชาญชัย, 2553 เทิดศักดิ์ เดชคง, 2556) รวมทั้งเกิดกำลังใจเมื่อได้รับพึงประสงค์ของผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่อง ซึ่งการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการปรับเปลี่ยนไปจากความเชื่อในระดับลึก (core belief) เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนของอารมณ์และพฤติกรรมใหม่ตามมาได้ (Beck 1995)

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสามารถอธิบายตามหลักธรรมชาติของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่แรงจูงใจจะมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้เมื่อเวลาหรือสถานการณ์

เปลี่ยนไปโดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก ดังนั้นการมีพฤติกรรมหยุดดื่มสุราหรือการเริ่มกลับไปดื่มเป็นครั้งคราว จึงสามารถเกิดขึ้นได้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม การกลับไปดื่มซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด แต่จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหลังจากที่มีการพลั้งเผลอไปดื่มครั้งแรก DiClemente CC (1991) สอดคล้องกับการศึกษา สุนทรีย์ ศรีโกสยและคณะ (2553) และพรทิพย์ คงสตัย และคณะ (2556) กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของการติดตามในแต่ละระยะการติดตามหลังจำหน่ายพบว่าดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) และการอบรมการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม (CBT) โดยได้รับการรับรองการฝึกอบรมเนื่องจากกระบวนการบำบัดผู้ป่วยต้องใช้ทักษะและฝึกใช้ประสบการณ์ในการบำบัดจนเกิดความเชี่ยวชาญ

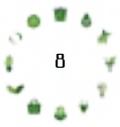
2. ควรมีการปรับระยะเวลาการบำบัดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพและมีการติดตามดูแลหลังจำหน่ายและติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 6 เดือน และ 12 เดือน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณจิตแพทย์ และทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีโดยตลอด

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. รายงานข้อมูลระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต, 2560  
จินตวีรพร แป้นแก้ว.(2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 9(3). 10-19  
พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑาก, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี พรทิพย์ คงสตัย, ศิริภรณ์ ชัยศรี, สวัสดิ์ เทียงธรรม. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556..  
พิชัย แสงชาญชัย. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการ บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)  
เทิดศักดิ์ เดชคง.(2556). คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation counselling) สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบสาธารณสุขชนบทบุรี. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต.  
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกนครินทร์. รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกนครินทร์, 2562  
สุนทรีย์ ศรีโกสย, สมพร กิ่งแก้ว. ทิพคมัย ทายะรังสี. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับมาป่วยซ้ำ. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 25 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2553.



อัษฎางค์กรชัย, และ สุธา สุปัญญา. (2559). ความสุขของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทย  
ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: ปิยะอนด์พับลิชชิง.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: The Guilford Press.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Department of Psychology  
New York University.

DiClemente CC. Motivational interviewing and the stages of change. In: Miller WR, Rollnick S, editors. *Motivational  
interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.p. 93-202

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1995). *Motivational interviewing: What is MI?*. Behavior and cognitive psychotherapy, Retrieved  
from: [Http://M.Motivational.Interview.drg/clinical/interaction.html](http://M.Motivational.Interview.drg/clinical/interaction.html).

Prochaska JO, DiClemente.CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J  
Consult Clin Psychol.*1983;51:390-5

Raymond F. et al. (2006). *Combined Pharmacotherapy and Behavioral Interventions for Alcohol dependence*. original  
contribution.

World Health Organization.(2014). *Global status report on alcohol*. Retrieved from: [http://who.int/substance\\_abuse/  
pubs\\_alcohol.htm](http://who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm)