



ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วย วิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจสำหรับผู้ได้รับ ผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา

The Effectiveness of Telephone Motivational Enhancement Therapy Counseling for Significant Others of Alcohol Abusers

กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล*, พิชัย แสงชาญชัย*, ธวัชชัย ลีพิทานาจ*

Kanoklak Sirirungwatthanakul*, Pichai Saengchamchai*, Thawatchai Leelahanj*

* กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

* Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดข้างเดียวในผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราที่ขอรับคำปรึกษากับสายด่วนเลิกเหล้า 1413 เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (กลุ่มทดลอง) กับการให้คำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา (กลุ่มควบคุม) จำนวน 4 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน ผลลัพธ์ของการศึกษาคือค่าเฉลี่ยและการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองก่อนและหลังให้คำปรึกษา 3 เดือนและ 6 เดือน วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย มีผู้เข้าร่วมการศึกษาครบถ้วนจำนวน 149 ราย กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดที่ 6 เดือนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุราอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) อีกทั้งกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจมีการลดลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดที่ 3 เดือน และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$ และ $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองที่ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา

สรุป การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา

คำสำคัญ ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา การบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ ความเครียด

Corresponding author: ธวัชชัย ลีพิทานาจ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(4): 309-322

ABSTRACT

Objective : To compare the effectiveness of telephone motivational enhancement therapy counseling versus brief advice in significant others of alcohol abusers.

Methods : A single-blind randomized controlled trial in significant others of alcohol abusers who called to 1413 alcohol helpline center to compare the effectiveness of telephone motivational enhancement therapy(TMET) in intervention group with the brief advice(BA) in controlled group. The total interventions were 4 times in 3 months. The stress score and self-efficacy score were assessed at baseline post counseling 3 months and 6 months. Descriptive and inferential statistics were used in data analysis.

Results :180 patients were enrolled and randomized, 149 patients complete the study. The TMET group had stress score less than the BA group significantly ($p<0.001$) at sixth month. The TMET group had more stress score reduction significantly at third and sixth months ($p=0.002$ and $p<0.001$) than the BA group. The TMET group had more self-efficacy score elevation significantly at third month ($p=0.023$) than the BA group.

Conclusion : The TMET group was more effective than the BA group in stress reduction for significant others of alcohol abusers.

Keywords : significant others, alcohol abusers, motivational enhancement therapy, stress

Corresponding author: Thawatchai Leelahanaj

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(4): 309-322

บทนำ

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรในปี พ.ศ. 2554 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าจากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 53.9 ล้านคนประชากรจำนวน 17.0 ล้านคน (ร้อยละ 31.5) เป็นผู้ดื่มสุราในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์และพบว่าประชากร 34.8 ล้านคนมีสมาชิกในครัวเรือนที่ดื่มสุรา โดยร้อยละ 36.6 ของครัวเรือนที่มีสมาชิกดื่มสุรามีปัญหาการใช้ความรุนแรงในครัวเรือนหรือปัญหาความสัมพันธ์ในครัวเรือน รองลงมาร้อยละ 25.7 และ 23.1 มีปัญหาในการประกอบอาชีพและการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ และร้อยละ 14.6 มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับบุคคลนอกครัวเรือน¹

ศูนย์วิจัยยาเสพติดแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดลพบุรีในปี พ.ศ. 2553 พบว่าครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรสดื่มสุราเป็นประจำมีปัญหาทะเลาะวิวาทเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นจำนวนร้อยละ 45.6 โดยเกิดกับชายดื่มสุราประจำมากกว่าชายหยุดดื่มสุราเกือบ 6 เท่า และเกิดกับหญิงดื่มสุราประจำมากกว่าหญิงหยุดดื่มสุราเกือบ 14 เท่า²

ผลการสำรวจจะบาตวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2551 ได้ประมาณการว่ามีประชากรวัย 15-59 ปีจำนวน 5.2 ล้านคนที่เข้าข่ายมีความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยจิตทางการแพทย์ซึ่งแบ่งเป็นมีภาวะดื่มสุราแบบอันตรายประมาณ 2 ล้านคน และมีภาวะติดสุราประมาณ 3 ล้านคนและมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราผิดปกติร่วมกับโรคจิตเวชประมาณ 4 แสนคน แต่ผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดทุกชนิด (รวมสุรา) เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกจากทุกโรงพยาบาล หน่วยงาน ทบวง กรม ในปี พ.ศ. 2551 เพียง 1.2 แสนคน³ แสดงถึงปัญหาช่องว่างในการเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จึงเป็นอีกช่องทางที่เพิ่มการเข้าถึงบริการ ซึ่งมีหลายลักษณะได้แก่ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อติดตามหลังการบำบัดที่คลินิก

ศูนย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เช่น quitline, drinkline สายด่วนเลิกสุรา 1413 ของประเทศไทย⁴

การศึกษานำร่องในการให้บริการสายด่วนสุราแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในสวีเดน พบว่าร้อยละ 47 ของผู้รับบริการเป็นผู้ดื่มสุราและร้อยละ 31 เป็นญาติผู้ดื่มสุรา เมื่อให้ motivational interviewing (MI) และ cognitive-behavioral therapy (CBT) ทางโทรศัพท์พบว่าคะแนนของแบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สายด่วนสุราจึงอาจใช้เป็นการดูแลระดับปฐมภูมิเพื่อลดการดื่มสุราได้⁵

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัด 3 แบบ ได้แก่ 12-steps program, Johnson intervention confrontation family meeting และ community reinforcement and family training (CRAFT) ที่มีการใช้ MI กับสมาชิกครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราจำนวน 130 ราย พบว่า CRAFT มีประสิทธิภาพสูงสุดในการนำผู้ดื่มสุราที่ไม่มีแรงจูงใจเข้าสู่การรักษาได้⁶ นอกจากนี้ ยังมี systematic review ที่สนับสนุนประสิทธิภาพของการใช้ brief motivational interviewing เกี่ยวกับยาเสพติด โดยพบว่า MI ใน substance abuse นั้นมีประสิทธิภาพที่ดี⁷ ขณะที่การศึกษาประสิทธิภาพของ motivational enhancement therapy (MET) ในผู้ป่วย hepatitis C ที่ติดสุราจำนวน 138 ราย พบว่า ร้อยละของวันหยุดดื่ม (day abstinent) ในกลุ่ม MET ที่ระยะ 6 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ⁸

นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติของไทย⁹ มี พบ. ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ¹⁰ ปี พ.ศ. 2555-2559 มีแผนปฏิบัติการ 4 เป้าหมายคือ 1. เพื่อควบคุมปริมาณการบริโภค 2. เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ 3. เพื่อลดความเสี่ยงของการบริโภค รูปแบบของการบริโภคและพฤติกรรมหลังการบริโภค และ 4. เพื่อจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของแผนงานการพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการตีสุรา (ผรส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ศูนย์จิตเวชศาสตร์การเสพติด กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้ก่อตั้งศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์หรือ 1413 สายด่วนเล็กเหล่า¹¹ ภายใต้การสนับสนุนของ ผรส. และ สสส. มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ที่มีปัญหาการตีสุรา ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราและประชาชนทั่วไปได้รับข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับสุราจากเจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ซึ่งประยุกต์จากmotivational enhancement therapy manual ของ Miller และคณะ^{6,11-15} โดยให้บริการในวันจันทร์-ศุกร์เวลา 8.00-20.00 น. หรือเลือกรับบริการผ่านระบบตอบรับอัตโนมัติ จากสถิติผู้ใช้บริการ 1413 สายด่วนเล็กเหล่านี้ในปี พ.ศ. 2554-2555 พบว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ตีสุรา และร้อยละ 60 เป็นญาติของผู้ตีสุรา โดยร้อยละ 80 ของญาติผู้ตีสุรามีภาวะเครียด ซึ่งต้องการการปรับระดับประคองจิตใจและคำแนะนำในการนำผู้ตีสุราเข้าสู่การบำบัดรักษา

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราจึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ตีสุรา การศึกษาเพื่อลดความเครียดและเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุรา ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (telephone motivational enhancement therapy (TMET)) มีประสิทธิผลต่อการลดความเครียดและเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุรามากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (TMET) เปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา

(brief advice) แก่ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราต่อการลดความเครียดและเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการผ่านทางสายด่วนเล็กเหล่า 1413 ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเมษายน พ.ศ. 2559 และยินยอมเข้าการศึกษา เป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดและผู้ตีสุราต่อเนื่อง เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราที่มีโรคทางจิตเวชรุนแรง เช่น ประสาทหลอน หลงผิด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีโรคทางกายร้ายแรงในระยะเฉียบพลัน มีปัญหาการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการให้คำปรึกษา ให้การดูแลผู้ตีสุราที่กำลังติดสารเสพติดอื่นร่วมด้วยยกเว้นบุหรี่

การศึกษาเป็นแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดข้างเดียว ใช้วิธีการสุ่มแบบบล็อกเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากการให้คำปรึกษาต่างกันชัดเจนทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้เข้าร่วมการศึกษาต่างทราบว่ายู่กลุ่มใด มีเพียงเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามผลถูกปกปิดไม่ให้เห็นว่าอยู่กลุ่มใดเท่านั้นจนถึงสิ้นสุดการรักษาเพื่อเป็นการลดอคติ การศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก เลขที่ R1222h/58

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษานำร่องของโครงการสายด่วนเล็กเหล่า 1413 ที่ประเมินความเครียดของผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราหลังให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2557 จำนวน 1,393 ราย พบว่ามีความเครียดลดลงร้อยละ 63 และ 65 หลังให้คำปรึกษาที่ 3 และ 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรานั้นอ้างอิงจากการประมาณการทางคลินิกโดย

พ.อ.พิชัย แสงชาญชัย จิตแพทย์ประจำกองจิตเวช และประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ว่าจะมีความเครียดลดลงร้อยละ 30 หลังให้คำปรึกษาที่ 3 และ 6 เดือนจึงใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างต่อไปนี้

โดย $n =$ จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$P_0 =$ อัตราความเครียดของกลุ่มควบคุมลดลงเท่ากับ 30.0%

$P_1 =$ อัตราความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงเท่ากับ 60.0%

$$\bar{P} = (P_0 + P_1) / 2 = 0.45$$

ระดับความเชื่อมั่น 95%, $\alpha = 0.05$ ดังนั้น

$$Z_{\alpha} = 1.96$$

อำนาจการทดสอบเท่ากับ 99% ดังนั้น $Z_{\beta} = 2.33$ ได้ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มคือ 75 รายเมื่อรวมผู้ที่อาจออกจากการศึกษาร้อยละ 20 จึงเป็นกลุ่มละ 90 ราย

วิธีการดำเนินการศึกษา

เมื่อผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราโทรศัพท์เข้ามาขอรับบริการผ่านทางสายด่วนเล็กเกล้า 1413 เจ้าหน้าที่จะทำตามหลักพื้นฐานในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งแจ้งข้อมูลโครงการวิจัยและตกลงยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยไม่มีการเขียน inform consent เนื่องจากเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์กลับเพื่อให้คำปรึกษาจำนวน 4 ครั้งโดยห่างจากครั้งแรก 1, 4 และ 12 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที โดยมีการบันทึกข้อมูลพื้นฐานคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในการให้คำปรึกษาครั้งแรก ซึ่งเจ้าหน้าที่ติดตามผลซึ่งมิใช่เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา จะเป็นผู้ประเมินระดับความเครียดและการรับรู้ความสามารถในตนเอง 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการให้คำปรึกษา ที่ 3 และ 6 เดือนหลังการให้คำปรึกษาครั้งแรก

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (TMET เป็นการพูดคุยเพื่อเสริมสร้างแรงจิตใจที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (client-centered) คือตั้งใจรับฟัง เข้าใจและยอมรับ

สิ่งที่เขาเป็น มีทิศทางในการพูดคุย (goal-direction) เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดประโยชน์แก่ผู้รับคำปรึกษาใช้ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self-perception theory) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับรู้สิ่งที่เขาเป็นด้วยตัวของเขาเองจะเกิดการวิเคราะห์ เข้าใจและต้องการพัฒนาตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎี stage of change จำนวน 6 ชั้นได้แก่ ไม่สนใจปัญหา ลังเลใจ ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ กระทบต่อเรื่องและมีปัญหาซ้ำที่ควรตอบสนองอย่างเหมาะสมในขั้นนั้นๆ การให้คำปรึกษามี 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาที่ 1 ดูแลสภาพร่างกายและจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ ประเมินโรคจิตเวช ลดความเครียด ให้กลับมากดูแลตนเอง ป้องกันการถูกทำร้าย สามารถแสวงหาความช่วยเหลือ มีทัศนคติและจัดการปัญหาได้ดีขึ้น ระยะเวลาที่ 2 ให้ญาติมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา ให้ญาติเห็นความสำคัญรวมถึงประโยชน์และเกิดค่าน้ำมัญญาที่จะช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา ให้ลดหรือหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ ญาติสามารถแสดงความเห็นและหาวิธีแก้ปัญหาพร้อมกัน ระยะเวลาที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบเข้าใจบทบาทตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ดื่ม ทบทวนปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมหยุดดื่มและลดพฤติกรรมส่งเสริมการดื่มได้อย่างต่อเนื่อง เทคนิคที่ใช้ใน MET ได้แก่ การทำให้เห็นความแตกต่างของสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น หลักเล็งการได้เถียง หมุนไปตามแรงด้าน แสดงความเห็นอกเห็นใจ ส่งเสริมศักยภาพและทำให้มั่นใจว่าสามารถทำได้

การให้คำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุราเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุราได้แก่ สุราและการติดสุรา โรคที่เกิดจากสุรา วิธีการเลิกสุรา การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและฉุกเฉิน การแนะนำสถานบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาในการวิจัยทั้ง 2 กลุ่มๆ ละ 4 ราย จากจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 22 ราย ได้ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยศูนย์จิตเวชศาสตร์การเสพติด กองจิตเวชและประสาทวิทยา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีคู่มือการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันและมีประสบการณ์การให้ คำปรึกษามากกว่า 1 ปีและมีการอบรมต่อเนื่องทุกปี รวมถึงมีการติดตามผลการให้คำปรึกษา (on-going training) โดย พ.อ.หญิง ณิชฐานาญ สระอุบล อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการรักษามาตรฐานการให้ บริการการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ ระดับ การศึกษา รายได้ความสัมพันธ์กับผู้ติ่มสุรา ข้อมูลผู้ติ่ม สุรา ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดย ใช้แบบคัดกรอง DS-8 ของกรมสุขภาพจิต 8 ข้อ¹⁶

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทางด้านจิตใจ

1. แบบประเมินความเครียด (Srithanya stress test; ST-5)¹⁷ จำนวน 5 คำถามเกี่ยวกับ (1) การนอน (2) สมาธิ (3) หงุดหงิด (4) เบื่อ และ (5) ไม่อยากพบผู้คนที่ มีคำตอบ 4 ระดับให้เลือกระดับคะแนนจาก 0-3 ดังนี้ แทบไม่มี = 0 คะแนน บางครั้ง = 1 คะแนน บ่อยครั้ง = 2 คะแนน เป็นประจำ = 3 คะแนน

2. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถใน ตนเอง (self-efficacy)¹⁸ จำนวน 10 คำถาม มีคำตอบ 4 ระดับให้เลือกระดับคะแนนจาก 1-4 ดังนี้ จริงมากที่สุด = 4 คะแนน จริงพอสมควร = 3 คะแนน จริงเล็กน้อย = 2 คะแนน ไม่เป็นความจริง = 1คะแนน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

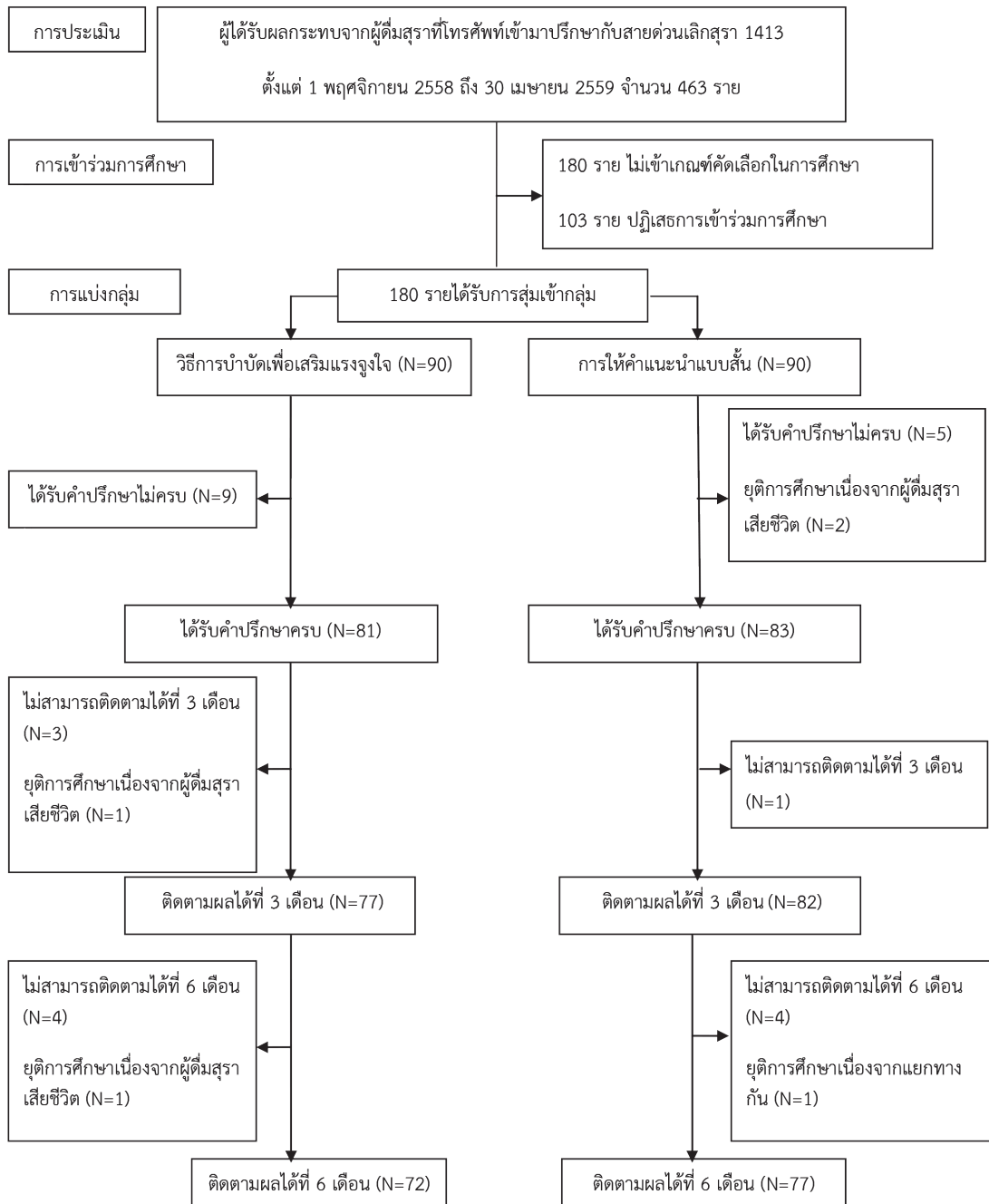
วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือร้อยละ การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของความเครียดระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมใช้ independent sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 วิเคราะห์ผลโดยใช้ intention to treat analysis และ multivariate regression analysis

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 149 รายจากทั้งหมด 180 ราย ได้รับคำปรึกษาครบทั้ง 4 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 72 และ 77 ราย ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1) เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 84.4 ในกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 42.7 ปี ในกลุ่มทดลองและ 40.6 ปีในกลุ่มควบคุม เป็นคู่สมรส ร้อยละ 51.4 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 48.1 ในกลุ่ม ควบคุม เมื่อเปรียบเทียบเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ติ่มสุรา ภาวะซึมเศร้า และผลกระทบ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1) ผู้ติ่มสุราใช้สุรา ≥ 4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 95.8 ใน กลุ่มทดลองและร้อยละ 97.4 ในกลุ่มควบคุม มีปัญหา ความสัมพันธ์ในครอบครัวร้อยละ 88.9 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 94.8 ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบชนิด สุรา ความถี่ในการติ่มสุรา อาการถอนสุราและปัญหา จากการติ่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบ ว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง ที่ 2) โดยผู้ติ่มสุราทุกรายไม่ได้ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดก่อนให้ คำปรึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.34 และ 1.91 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ที่ 6 เดือนหลังให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมเท่ากับ 1.11 และ 1.66 ซึ่งต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ผลต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังให้คำปรึกษา 3 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.99 และ 0.49 และ 6 เดือนเท่ากับ 1.24 และ 0.25 ซึ่งต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$ และ $p<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนการรับรู้ความสามารถในตนเองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองก่อนและ หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 3 เดือน เท่ากับ 2.08 และ 0.27 ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p=0.023$) แต่เดือนที่ 6 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)



แผนภูมิที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ตีมสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (N = 72) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (N = 77) จำนวน (ร้อยละ)	p-value [#]
เพศ			0.284
ชาย	7 (9.7)	12 (15.6)	
หญิง	65 (90.3)	65 (84.4)	
อายุ ปี (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	42.7 ± 12.8	40.6 ± 12.2	0.299
ระดับการศึกษา			0.803
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	15 (20.8)	18 (23.4)	
มัธยมศึกษา	28 (38.9)	26 (33.8)	
อุดมศึกษา	29 (40.3)	33 (42.9)	
สถานภาพ			0.188
โสด	15 (20.8)	18 (23.4)	
สมรส	50 (69.4)	57 (74)	
หย่าร้างหรือหม้าย	7 (9.7)	2 (2.6)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.870
<10,000	21 (29.2)	24 (31.2)	
10,000-20,000	33 (45.8)	32 (41.6)	
> 20,000	18 (25)	21 (27.3)	
ความสัมพันธ์กับผู้ตีมสุรา			0.368
บิดา/มารดา	12 (16.7)	8 (10.4)	
คู่สมรส	37 (51.4)	37 (48.1)	
บุตร	11 (15.3)	12 (15.6)	
อื่นๆ	12 (16.6)	20 (26)	
ภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ตีมสุรา			0.637
ไม่มีความเสี่ยงซึมเศร้า	38 (52.8)	46 (59.7)	
มีความเสี่ยงซึมเศร้าแต่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	26 (36.1)	25 (32.5)	
มีความเสี่ยงซึมเศร้าและมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	8 (11.1)	6 (7.8)	
ผลกระทบ			
ถูกทำร้ายร่างกาย	7 (9.7)	15 (19.5)	0.093
ถูกทำร้ายจิตใจ	53 (73.6)	59 (76.6)	0.671

[#]Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง
p<0.05 คือข้อมูลพื้นฐานแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุร่าจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดื่มสุร่า

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value [#]
	(N = 72)	(N = 77)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ชนิดของสุร่าที่ใช้			
เบียร์	19 (26.4)	17 (22.1)	0.539
สุร่าผสม/สุร่าพิเศษ/ สุร่าปรุงพิเศษ [*]	18 (25.0)	14 (18.2)	0.311
สุร่าขาว	49 (68.1)	52 (67.5)	0.946
อื่นๆ	4 (5.6)	4 (5.2)	0.922
ความถี่ในการดื่มสุร่า			
≥ 4 วัน/สัปดาห์	69 (95.8)	75 (97.4)	0.582
2-3 วัน/สัปดาห์	2 (2.8)	2 (2.6)	
< 1-3 วัน/เดือน	1 (1.4)	0 (0.0)	
ระดับการถอนสุร่า			
ไม่รุนแรง	10 (13.9)	9 (11.7)	0.687
รุนแรง	62 (86.1)	68 (88.3)	
ปัญหาจากการดื่มสุร่า			
ความสัมพันธ์กับครอบครัว	64 (88.9)	73 (94.8)	0.185
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	4 (5.6)	7 (9.1)	0.410
การทำงาน	37 (51.4)	39 (50.6)	0.928
การเงินของครอบครัว	35 (48.6)	28 (36.4)	0.130

[#]Chi-square test

p<0.05 คือข้อมูลพื้นฐานแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^{*}สุร่าผสม ได้แก่ เชียงซุน หงส์ทอง สุร่าพิเศษ ได้แก่ วิสกี บรั่นดี สุร่าปรุงพิเศษ ได้แก่ แม่โขง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและผลต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังให้คำปรึกษา 3 เดือนและ 6 เดือน

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value [#]
	(N = 77)	(N = 82)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	
	(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
ก่อนให้คำปรึกษา	2.34(0.93)	1.91(1.01)	0.007*
หลังให้คำปรึกษา 3 เดือน	1.36(0.69)	1.42(0.75)	0.616
หลังให้คำปรึกษา 6 เดือน	1.11(0.32)	1.66(0.94)	< 0.001*
ผลต่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา 3 เดือน	0.99(1.02)	0.49(0.90)	0.002*
ผลต่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา 6 เดือน	1.24(0.88)	0.25(1.10)	< 0.001*

[#]independent Samples t-test, intention to treat

^{*}p<0.05 คือความแตกต่างของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองก่อนและหลังให้คำปรึกษา 3 เดือนและ 6 เดือน

	กลุ่มทดลอง (N = 72)	กลุ่มควบคุม (N = 77)	p-value [#]
	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	
ก่อนให้คำปรึกษา	30.36 (5.69)	30.37 (5.59)	0.986
หลังให้คำปรึกษา 3 เดือน	32.44 (5.12)	30.86 (5.42)	0.068
หลังให้คำปรึกษา 6 เดือน	32.68 (5.89)	32.29 (5.17)	0.664
ผลต่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา 3 เดือน	-2.08 (5.35)	-0.27 (4.17)	0.023*
ผลต่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา 6 เดือน	-2.44 (6.7)	-1.7 (6.38)	0.489

[#]independent Samples t-test, intention to treat

*p<0.05 คือความแตกต่างของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียดช่วงก่อนให้คำปรึกษา

ปัจจัย	ไม่เครียด [#]		p-value	Crude Odds Ratio	95%CI	p-value	Adjusted Odds Ratio	95%CI
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)						
เพศ								
ชาย	15 (78.90)	4 (21.10)		1				
หญิง	91 (65.00)	49 (35.00)	0.234	2.01	0.63-6.41			
การศึกษา								
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	20 (55.60)	16 (44.40)	0.090	2.08	0.89-4.90			
มัธยมศึกษา	39 (67.20)	19 (32.80)	0.541	1.27	0.58-2.75			
อุดมศึกษา	47 (72.30)	18 (27.70)		1				
สถานภาพ								
โสด	25 (73.50)	9 (26.50)		1				
สมรส	76 (65.50)	40 (34.50)	0.383	1.46	0.62-3.43			
หย่าร้าง	5 (55.60)	4 (44.40)	0.303	2.22	0.48-10.15			
รายได้ต่อเดือน (บาท)								
<10,000	35 (74.50)	12 (25.50)		1				
10,000-20,000	46 (63.90)	26 (36.10)	0.228	1.64	0.73-3.71			
> 20,000	25 (62.50)	15 (37.50)	0.231	1.75	0.70-4.37			
ความสัมพันธ์กับผู้ตีมสุรา								
บิดา/มารดา	13 (65.00)	7 (35.00)	0.274	2.00	0.57-6.92			
คู่สมรส	53 (64.60)	29 (35.40)	0.143	2.03	0.78-5.25			
บุตร	14 (58.30)	10 (41.70)	0.100	2.65	0.82-8.49			
อื่นๆ	26 (78.80)	7 (21.20)		1				
ถูกทำร้ายร่างกาย								
ไม่ถูกกระทำ	91 (66.90)	45 (33.10)		1				
ถูกกระทำ	15 (65.20)	8 (34.80)	0.873	1.07	0.42-2.73			
ถูกทำร้ายจิตใจ								
ไม่ถูกกระทำ	31 (83.80)	6 (16.20)		1			1	
ถูกกระทำ	75 (61.50)	47 (38.50)	0.015*	3.23	1.25-8.34	0.028*	3.23	1.13-9.22
ปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ตีมสุรากับครอบครัว								
ไม่มี	10 (76.90)	3 (23.10)		1				
มี	96 (65.80)	50 (34.20)	0.418	1.73	0.45-6.59			

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียดช่วงก่อนให้คำปรึกษา (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เครียด [†] จำนวน (ร้อยละ)	เครียด [‡] จำนวน (ร้อยละ)	p-value	Crude Odds Ratio	95%CI	p-value	Adjusted Odds Ratio	95%CI
ปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ดื่มกับเพื่อน								
ไม่มี	100 (68.00)	47 (32.00)		1				
มี	6 (50.00)	6 (50.00)	0.211	2.12	0.65-6.94			
ปัญหาการทำงานของผู้ดื่ม								
ไม่มี	54 (71.10)	22 (28.90)		1				
มี	52 (62.70)	31 (37.30)	0.263	1.463	0.75-2.84			
ปัญหาการเงินของครอบครัว								
ไม่มี	62 (69.70)	27 (30.30)		1				
มี	44 (62.90)	26 (37.10)	0.367	1.357	0.69-2.63			
เบียร์								
ไม่ใช้	82 (70.1)	35 (29.9)		1				
ใช้	24 (57.1)	18 (42.9)	0.129	1.757	0.848-3.639			
เหล้าแดง								
ไม่ใช้	84 (68.3)	39 (31.7)		1				
ใช้	22 (61.1)	14 (38.9)	0.422	1.371	0.634-2.961			
เหล้าขาว								
ไม่ใช้	33 (62.3)	20 (37.7)		1				
ใช้	73 (68.9)	33 (31.1)	0.406	0.746	0.374-1.489			
ยาสูบ								
ไม่ใช้	103 (68.2)	48 (31.8)		1			1	
ใช้	3 (37.5)	5 (62.5)	0.090	3.576	0.821-15.582	0.024*	6.19	1.265-30.283

[†]ไม่เครียด คือ มีคะแนนจากแบบประเมินความเครียด ST-5 อยู่ในระดับเครียดน้อยและเครียดปานกลาง

[‡]เครียด คือ มีคะแนนจากแบบประเมินความเครียด ST-5 อยู่ในระดับเครียดเครียดมากและเครียดมากที่สุด

เมื่อตัดประชากรที่ออกจากการศึกษาแล้วแบ่งกลุ่มตามคะแนนความเครียดจากแบบประเมิน ST-5 ช่วงก่อนให้คำปรึกษา จะแบ่งประชากรได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่เครียด หมายถึงผู้ที่มีคะแนนความเครียดน้อยและปานกลางและกลุ่มเครียดหมายถึงผู้ที่มีคะแนนความเครียดมากและมากที่สุดแล้ววิเคราะห์ผลทางสถิติพบว่าปัจจัยของญาติที่มีผลต่อความเครียดคือการถูกทำร้ายจิตใจและการที่ผู้ดื่มใช้ยาสูบ (p=0.028 และ p=0.024) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ของญาติ เช่น การศึกษา สถานภาพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ดื่ม ปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ดื่มกับครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ดื่มกับเพื่อน ปัญหาการทำงานของผู้ดื่ม และปัญหาการเงินของครอบครัวนั้น ไม่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังให้คำปรึกษา 6 เดือน

อีกทั้งค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ 3 เดือน และ 6 เดือนอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นผลจากการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจมีการประเมินปัญหาและวิธีแก้ปัญหาของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา ประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ดื่มสุราเพื่อเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ดื่มสุราในทางบวก กระตุ้นแรงจูงใจและเกิดการให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา ให้ทางเลือกในการช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา หยุดพฤติกรรมที่ส่งเสริมการดื่มสุรา ให้คำแนะนำในการดูแลร่างกายและจิตใจตนเองภายใต้บทบาทที่เหมาะสมในครอบครัวและแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ซึ่งส่งผลให้ผู้ดื่มสุรามีความเครียด เหนื่อยล้าและหมดกำลังใจให้มีทัศนคติที่ดีขึ้นและเกิดแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้ดื่มสุราให้เข้าสู่การรักษาหรือลดปริมาณสุรา ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีเพียงการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ 6 เดือน อาจเป็นผลจากจำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษา น้อยเกินไป โดยการศึกษาของ Miller และคณะ⁶ มีการให้คำปรึกษาจำนวน 12 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือนแก่ครอบครัวผู้ตีสุราด้วยโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาอื่นอีก 2 แบบ รวมถึงแบบบันทึกโทรตามตามเยี่ยมสำหรับการติดตามดูแลผู้ตีสุราทางโทรศัพท์ที่พัฒนาโดย ดร.หรรษา เศรษฐบุปผาและคณะภายใต้การสนับสนุน ผรส.¹⁹ จะให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ตีสุราและญาติจำนวน 8 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน นอกจากนี้การให้คำปรึกษาอาจเน้นการช่วยให้ผู้ตีสุราได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุราสามารถสนใจผู้ตีสุราให้เปลี่ยนตนเองน้อยไป อาจทำให้คะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นน้อยกว่าที่ควรจะเป็น รวมถึงการประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเองอาจต้องติดตามในระยะยาว นอกจากนี้แบบประเมินมีคำถาม 10 ข้อ ซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการทำแบบสอบถามนี้ทางโทรศัพท์ อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง อาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยข้อจำกัดที่เก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ ควรเลือกแบบสอบถามที่มีจำนวนคำถามที่น้อย เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้เลือกแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองของเวทีนี สุขมาก และคณะมาใช้ในการศึกษานี้เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับแบบสอบถามอื่น

ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller และคณะ⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ตีสุราโดยใช้โปรแกรม CRAFT ที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจเปรียบเทียบกับโปรแกรม 12 ขั้นตอนและโปรแกรม Confrontation family meeting ของ Johnson พบว่าทั้ง 3 โปรแกรมสามารถลดคะแนน

ของความซึมเศร้า ความโกรธ ความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านของความเชื่อมั่นในครอบครัวและคะแนนความสุขในความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ตีสุราโดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากโปรแกรมทั้ง 3 แบบให้ความสำคัญกับครอบครัวในการสื่อสารเชิงบวกกับผู้ตีสุราเพื่อนำผู้ตีสุราเข้าสู่การรักษารักษา

นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสุราที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelleke และคณะ²⁰ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจแก่ผู้ตีสุราใน 12 เดือน พบว่าช่วยลดคะแนน AUDIT และทำให้ผู้ตีสุราหยุดดื่มหรือดื่มในความถี่ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญแสดงถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยใช้วิธีเสริมแรงจิตใจ

ปัจจัยของญาติที่มีผลต่อความเครียดของญาติ คือ การถูกทำร้ายจิตใจและการที่ผู้ตีสุราใช้ยาต่อนั้น อาจเกิดจากการตีสุราเป็นผลให้เกิดอารมณ์ผิดปกติกและมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของผู้ตีสุราลดลงส่งผลให้ญาติถูกทำร้ายจิตใจและเกิดความเครียดตามมา นอกจากนี้ผู้ตีสุรายาต่อนอาจเป็นผู้ที่เข้คอนข้างหนัก โดยผู้ตีสุรบางส่วนอาจมีทัศนคติหรือให้เหตุผลกับญาติในการดื่มเพื่อบำรุงร่างกายตามความเชื่อเดิมอันนำไปสู่การดื่มในปริมาณมาก เป็นผลให้ญาติเกิดความเครียดได้เช่นกัน

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือรูปแบบวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม จึงช่วยลดปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่องานวิจัยได้ อีกทั้งเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ตีสุรา เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเกี่ยวกับสุราในด้านความเครียด และการรับรู้ความสามารถในตนเอง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถปกปิดทั้ง 2 ทางแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา เนื่องจากวิธีการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงปกปิดผู้ติดตามประเมินผลการศึกษา ซึ่งเป็นกรปกปิดทางเดียวเพื่อลดอคติ อีกทั้งมีข้อจำกัดในการเลือกแบบสอบถามที่ควรมีจำนวนข้อคำถามน้อยเพื่อความสะดวกในการติดตามผลทางโทรศัพท์ ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองมี 10 ข้อ อาจทำให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามลดลง อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงความเป็นจริง

นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของเครือข่ายโทรศัพท์มือถือที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบสัญญาณเดิมจาก 2G เป็น 3G ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์มือถือ ทำให้ติดต่อไม่ได้และออกจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่สะดวกในการเข้าถึงบริการ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล และควรเลือกใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราเนื่องจากมีประสิทธิผลในการลดความเครียดได้ดีกว่าการให้คำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา

การวิจัยในอนาคตควรเลือกใช้แบบสอบถามที่มีจำนวนคำถามน้อยและมีความจำเพาะต่อสมมติฐานงานวิจัย รวมถึงอาจมีการประเมินประสิทธิผลในด้านอื่นให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การเข้าสู่การรักษาหรือการลดปริมาณการดื่มของผู้ดื่มสุรา อีกทั้งอาจมีการปรับเพิ่มจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาหรือเพิ่มการติดตามให้ยาวขึ้น นอกจากนี้อาจประยุกต์ใช้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราในบริบทที่ผู้ดื่มสุรากำลังรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกได้

ผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยของญาติที่มีผลต่อความเครียดของญาติ คือ การถูกทำร้ายจิตใจและการที่ผู้ดื่มใช้ยาของตนนั้น อาจมีการควบคุมปัจจัยดังกล่าวสำหรับงานวิจัยในอนาคตเพื่อให้ผลการศึกษาเกี่ยวกับ

ความเครียดมีความชัดเจนมากขึ้น

สรุป

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจมีประสิทธิผลในการลดความเครียดแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรามากกว่าการให้คำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา แต่ไม่มีผลในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเองในผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office of Thailand. The Smoking and Drinking Behavior Survey 2011. Bangkok: Text and Journal Publishing; 2012.
2. Chitlada A, Usaney P. Effectiveness of community brief intervention model on alcohol consumption reduction among moderate drinkers in communities in Lopburi province. A Journal of Thai Population Association 2010; 1: 5-18.
3. Kittirattanapaiboon P, Jumroonsawad S, Srikosai S, Chindakham R. Module A-Care program for alcohol abusers in the health system: Primary care for alcohol abusers for health professionals. Chiangmai: The Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2011.
4. Noknoi S. Telephone Counseling for Alcohol Abusers and their Family. Chiangmai: The Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2013.
5. Ahacic K, Nederfeldt L, Helgason AR. The national alcohol helpline in Sweden: an evaluation of its first year. Subst Abuse Treat Prev Policy 2014; 9: 28.

6. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 688-97.
7. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96(12): 1725-42.
8. Dieperink E, Fuller B, Isenhardt C, McMaken K, Lenox R, Pocha C, et al. Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *Addiction* 2014; 109: 1869-77.
9. Dhammarangsee T. Alcohol consumption and impact situation in Thailand 2013. Nonthaburi: The Graphico System; 2013.
10. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Office of Alcohol Control Committee. Guidelines for comparison and bribes awards according to the Alcohol Control Parliament 2008. Bangkok: Ministry of Public Health; 2013.
11. Saengcharnchai P. Knowledge of alcohol: 1413 Alcohol Helpline Center. Chiangmai: The Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2013.
12. Miller WR. Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Maryland: NIH Publication; 1999.
13. Saengcharnchai P. Training manuals: Motivational Enhancement Therapy Counseling for Alcohol Abusers. Chiangmai: The Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2010.
14. Saengcharnchai P. Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy (MI and MET) and Pharmacotherapy for Addiction. Bangkok: Department of Psychiatry and Neurology Phramongkutklao Hospital; 2005.
15. Dejkong T. Training Manual for Clinical Personnel Volume 2: Counseling for Drug Abusers. Nonthaburi: The Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2012.
16. Tangsaree T. Development of screening for depression and suicidal risk. KhonKaen: Phrathamakhan Publishing; 2008.
17. Silpakit O. Srithanya Stress Scale. *Journal of Mental Health of Thailand* 2008;16: 177-85.
18. Sukmak V, Sirisoonthon A, Meena P. Validity of the General Perceived Self-Efficacy Scale. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2002; 47: 31-7.
19. Sethabouppha H, Ratsameesuwiwat J, Thepprasong S. Telephone Recording for Telephone Therapy. Chiangmai: The Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2013.
20. Heinemans N, Toftgard M, Damstrom-Thakker K, Galanti MR. An evaluation of long-term changes in alcohol use and alcohol problems among clients of the Swedish National Alcohol Helpline. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2014; 9: 22.