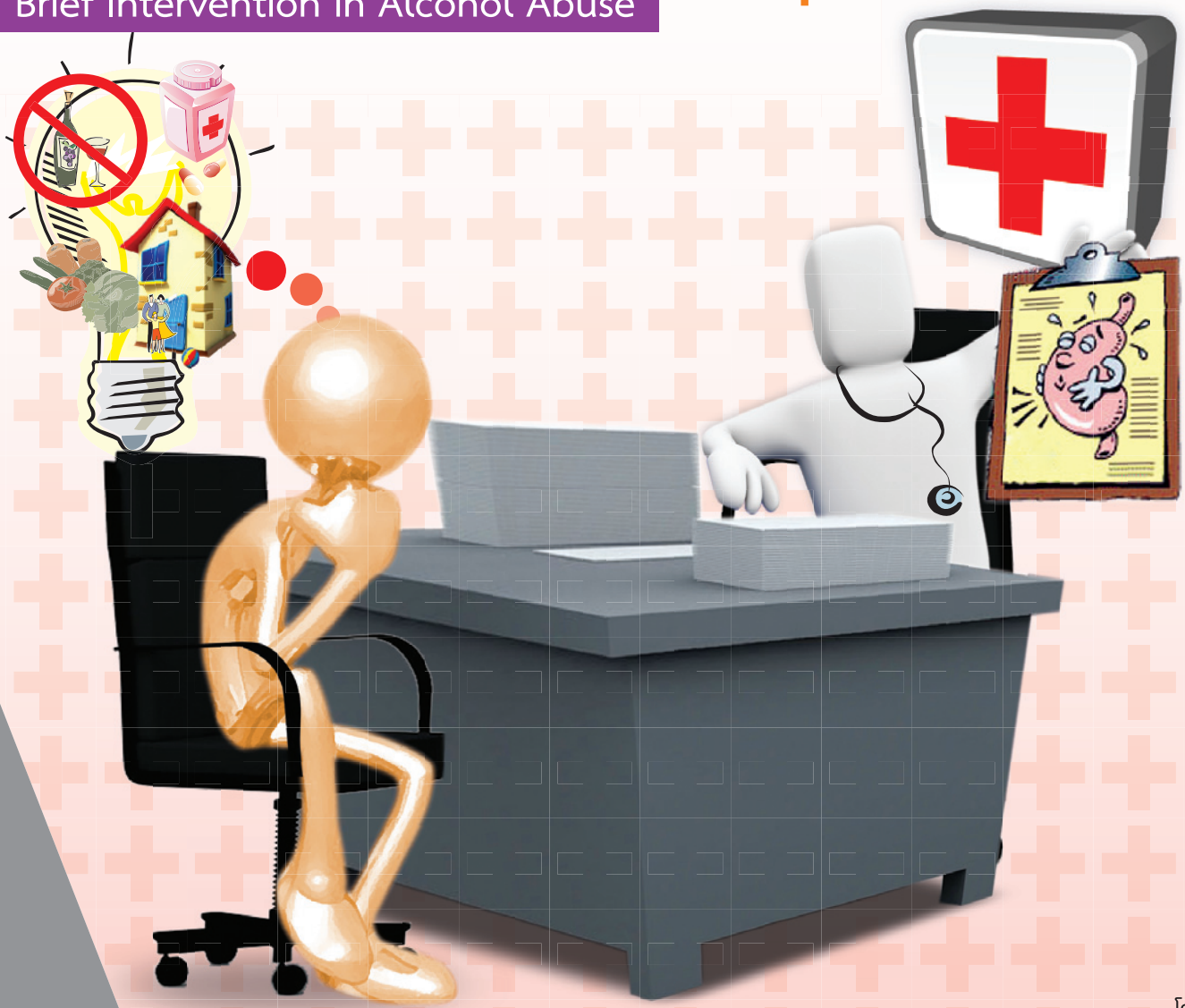
ทบทวนองค์ความรู้
A Literature Review

การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Brief Intervention in Alcohol Abuse



โดย
พ.ญ.สายรัตน์ นกน้อย

สนับสนุนโดย
แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ทบทวนองค์ความรู้
A Literature Review

การบำบัดแบบสั้น ในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Brief Intervention in Alcohol Abuse

สนับสนุนโดย
แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ
และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Review of Brief Intervention in Alcohol Abuse

เรียบเรียงโดย

แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย

ISBN : 978-616-11-0015-5

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201
www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2552
จำนวน : 48 หน้า
จำนวนที่พิมพ์ : 500 เล่ม
ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิดาการพิมพ์
โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลการค้นคว้า :

สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่:
แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส.
โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนิยม

จากปัญหาการดื่มสุราที่รุนแรงมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังมีช่องว่างบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ติดสุราในระบบบริการสาธารณสุข และปัญหาการดื่มสุรานี้ไม่สามารถแก้ไขได้เฉพาะในระดับบุคคล ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อตกลง ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะกับบริบทสังคมไทยในพื้นที่นำร่อง

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิจัย และฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้จัดให้มีการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ และนำไปพัฒนาบริการที่มีคุณภาพได้

การทบทวนองค์ความรู้ในกรอบประเด็นด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบบริการสุขภาพนั้น ประกอบด้วย

1. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
2. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
3. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา
4. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
5. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา

เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” ฉบับนี้ จัดทำโดย แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการให้การคำปรึกษาแบบสั้น ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ประสิทธิผล และประสิทธิผลคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาแบบสั้น ปัญหาและอุปสรรคของการนำการบำบัดแบบสั้นไปใช้ในเวชปฏิบัติ และแนวทางการพัฒนา

แผนงาน ผรส. หวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษาวิชาการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ดังรายนามต่อไปนี้ ที่ให้คำปรึกษา วิพากษ์ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเอกสารวิชาการฉบับนี้

- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย
  หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย
  กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัฒน์กุล
  คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
  ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
  ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- คุณดอกรัก ทิพาคำ
  พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง

สารบัญ

บทนำ 1

วิธีดำเนินงาน 2

ผลการทบทวนองค์ความรู้ 2

ความหมายของการบำบัดแบบสั้น 2

ขั้นตอนในการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น 3

เทคนิคในการให้การบำบัดแบบสั้น 5

- องค์ประกอบพื้นฐานของการบำบัดแบบสั้น: FRAMES 5

การประเมินระดับของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8

การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 10

motivational interviewing/motivational enhancement therapy

- ลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเทคนิคการให้คำปรึกษา 10
- เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) 12
- หลักการในการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: DARES 13
- กระบวนการในการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 15
  (Motivational Enhancement Therapy: MET)

การพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบสั้น 18

ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น 20

- งานวิจัยในประเทศไทย 23
- สรุปประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น 24

การศึกษาประสิทธิผลคุ้มค่าของการบำบัดแบบสั้น 25
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในประเทศไทย 27
ประเด็นการนำไปใช้ ข้อจำกัด และความเป็นไปได้ 28
ข้อเสนอแนะ 29
- ใครควรเป็นผู้ทำ brief intervention 29
- บริบทที่ควรทำการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น 30
ประเด็นที่ควรต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม 30
สรุป 31
เอกสารอ้างอิง 34

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับที่ 5 ของโลก รายงานการศึกษาระดับแอลกอฮอล์ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรพบแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดร้อยละ 55.69 ของผู้ประสบอุบัติเหตุ และมีระดับแอลกอฮอล์ช่วง151-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งตามกฎหมายกำหนดให้มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ปัญหาเรื่องการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตรายหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหามักถูกละเลยทั้งที่เป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาผู้ที่ดื่มสุราในระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรืออันตราย ทั้งที่อยู่ในชุมชนและที่มาตรวจรับรักษาที่สถานพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากการดื่มสุรา ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมหลักฐานทางวิชาการ โดยเฉพาะผลการศึกษาแบบทุติยภูมิ (secondary studies) เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แนวทางในการปฏิบัติ จากข้อมูลทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) มีความหลากหลายตั้งแต่วิธีการคัดกรอง ซึ่งอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม แบบคัดกรองซึ่งมีมาตรฐาน เช่น CAGE AUDIT หรือการตรวจเลือด ในขณะที่การบำบัดแบบสั้นเองก็มีความหลากหลายทั้งเทคนิคและรูปแบบของการให้คำปรึกษา ระยะเวลาที่ให้คำปรึกษา แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถประเมินโดยอาศัยระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)

ในกรณีที่ผู้ป่วยตระหนักรู้แล้วและตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดแบบสั้นอาจใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในการแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้คำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเน้นการเสริมสร้างศักยภาพและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ทั้งนี้การให้คำปรึกษาประกอบด้วยองค์ประกอบหลักซึ่งใช้ตัวย่อว่า FRAMES คือ Feedback, Responsibility, Advice, Menu of strategies, Empathy, Self-efficacy

หากผู้ป่วยยังไม่มีความตระหนักรู้หรือมีความตระหนักรู้แต่ยังลังเลใจ การให้คำปรึกษาในระยะต้นเน้นที่การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ซึ่งสามารถทำได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจของตนเอง (Self Motivation

Statement-SMS) อาศัยทักษะการถาม สะท้อนความและสรุปความ เมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นและก้าวสู่การตัดสินใจ จึงจะเข้าสู่การให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อให้คำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังได้กล่าวไปแล้ว กระบวนการทั้งหมดในการให้คำปรึกษา อาจใช้เวลาโดยรวม 50-60 นาที

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ตีพิมพ์ในช่วง 5 ปีหลังนี้พบว่า การบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิผลชัดเจน และมีประสิทธิผลคุ้มค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยชาย ซึ่งหลักฐานในประเทศไทยมีข้อมูลสนับสนุนเช่นเดียวกัน

บริบทที่เหมาะสมสำหรับกระบวนการคัดกรองและการให้คำปรึกษาคือ ห้องฉุกเฉิน และสถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากในห้องฉุกเฉินเป็นจุดปฏิบัติงานที่มีโอกาสสูงที่จะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงควรทำการคัดกรอง ผู้ป่วยทุกรายที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน แต่หากมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร แนะนำให้สุ่มทำการคัดกรองในกลุ่มที่พบว่ามีอุบัติการณ์สูง โดยคัดกรองในผู้ป่วยชายที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจหลักที่มุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค และการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าการบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลคุ้มค่า การให้คำปรึกษาควรทำเป็นทีม ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้การเพิ่มพูนความรู้ และการฝึกฝนทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนที่สำคัญเช่นกัน

ประเด็นที่ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมคือประสิทธิภาพในระยะยาวมากกว่า 1 ปี ว่าผลของการบำบัดแบบสั้นยังคงอยู่ตลอดไปหรือไม่ ประสิทธิผลคุ้มค่าของการบำบัดแบบสั้นในประเทศไทย องค์ประกอบใดในเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การบำบัดแบบสั้นประสบความสำเร็จ เพื่อให้การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาลดลง และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีความคุ้มค่ามากขึ้น

การบำบัดแบบสั้น

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ตามรายงานข้อมูลของสหประชาชาติ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการดื่มสุรามากเป็นลำดับที่ 5 ของโลก (5) การศึกษาระดับแอลกอฮอล์ในผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร พบแอลกอฮอล์ในผู้ประสบอุบัติเหตุร้อยละ 55.69 และมีระดับแอลกอฮอล์ช่วง 151-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ถึงร้อยละ16.09 ซึ่งตามกฎหมายได้กำหนดไว้ให้ผู้ที่ขับขี่รถในปัจจุบันมีระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (6) จากการสำรวจความชุกโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ปี พ.ศ.2546 พบความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) มีความชุกมากถึงร้อยละ 28.5 (7) และในการสำรวจความชุกของปัญหาจากสุราในกลุ่มผู้ป่วยเวชปฏิบัติทั่วไป พบว่า ความชุกของผู้มีวินิจฉัยปัญหาสุราแน่นอนร้อยละ 1.9 และความชุกของผู้ที่สันนิษฐานว่าอาจมีปัญหาจากการดื่มสุราร้อยละ 45.1 (8)

ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญมีความชุกสูงทั้งในชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจในโรงพยาบาล แต่เวชปฏิบัติในปัจจุบันยังละเลยการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น กรณีผู้ป่วยเมาสุราขับรถประสบอุบัติเหตุมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเรื่องบาดแผลจากอุบัติเหตุ แต่ไม่มีการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงและเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มาตรวจที่แผนกอื่นๆ เช่น เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรกรรม หรือศัลยกรรม มักได้รับการรักษาเฉพาะอาการของโรคทางกาย ส่วนปัญหาเรื่องการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตรายมักถูกละเลย ทั้งที่อาจเป็นสาเหตุสำคัญของอาการหลักที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

การคัดกรองและให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ดื่มสุราในระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรืออันตรายทั้งที่อยู่ในชุมชน และที่มาตรวจรับรักษาที่สถานพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

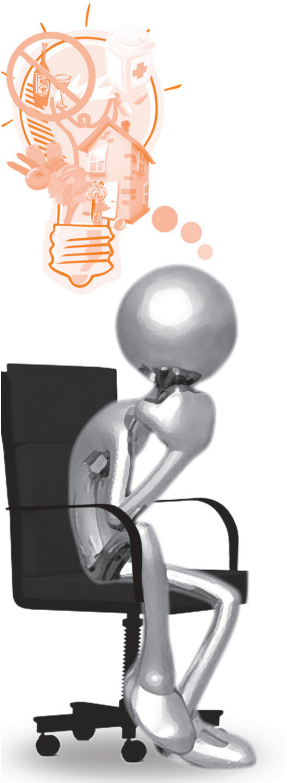
การทบทวนองค์ความรู้นี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อทบทวนองค์ความรู้เรื่องการให้การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา
2. เพื่อทบทวนการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลคุ้มค่าของการบำบัดแบบสั้น
3. เพื่อทบทวนปัญหาและอุปสรรคของการนำ การบำบัดแบบสั้นไปใช้ในเวชปฏิบัติ และแนวทางการพัฒนา

วิธีดำเนินงาน

การทบทวนองค์ความรู้นี้ ได้ทบทวนหลักฐานทางวิชาการชนิดที่เป็นการศึกษาทุติยภูมิ (secondary studies) เป็นหลัก เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีจำนวนมาก โดยหลักฐานทางวิชาการที่รวบรวมประกอบด้วย systematic reviews, meta-analysis และ clinical practice guidelines อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางวิชาการที่เป็น randomized-controlled clinical trial ได้นำมารวบรวมด้วยในบางประเด็น เพื่อให้เนื้อหามีความสมบูรณ์

งานการศึกษาได้ทบทวนข้อมูลงานวิจัยใน Medline, EMBASE, Cochrane และฐานข้อมูลงานวิจัยในประเทศไทยได้แก่ Chula Med Library Thai Index Medicus, Siriraj Medical Library Thai Medical Index และ Thai list



ผลการทบทวน องค์ความรู้

ความหมายของการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)

การบำบัดแบบสั้น เป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการให้ข้อมูลนี้ครอบคลุมหลายวิธีการ ตั้งแต่การให้ความรู้คำแนะนำ (advice) ไปจนถึงการให้คำปรึกษา (counseling) เพื่อให้ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับระยะเวลาและจำนวนครั้งของการให้คำแนะนำปรึกษามีความหลากหลาย การให้คำแนะนำครั้งหนึ่งอาจใช้เวลาสั้นเพียง 5 นาที ไปจนถึง 1 ชั่วโมง (9) จำนวนครั้งของการให้คำแนะนำ อาจให้คำแนะนำครั้งเดียวหรือมีการติดตามให้คำแนะนำเพิ่มเติม แต่โดยส่วนใหญ่การให้คำแนะนำจะไม่เกิน 3-5 ครั้ง

การบำบัดแบบสั้นจะมีส่วนประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (9, 10) อยู่ด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ คือการสะท้อนข้อมูลของผู้ป่วย (Feedback) (9)

ส่วนใหญ่การบำบัดแบบสั้นจะนำไปใช้ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาในการดื่มสุราในระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรือเป็นอันตราย (hazardous or harmful drinkers/problem drinkers) แต่ยังไม่ถึงขั้นติดสุรา (acohol dependence) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงต่ำ (10)

การบำบัดแบบสั้นมีความหลากหลายเรื่องระยะเวลา โดยอาจใช้เวลาสั้นมากเพื่อให้คำแนะนำ (very brief intervention) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที (11) และในบางรูปแบบของการให้คำปรึกษาอาจใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เช่น การให้คำปรึกษาแบบสั้นที่ผสมผสานเทคนิคเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (12) การบำบัดแบบสั้นยังมีความหลากหลายเรื่องจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา บางรูปแบบอาจให้คำปรึกษาเพียงครั้งเดียว บางรูปแบบอาจมีการนัดติดตามเพื่อให้คำแนะนำหลายครั้ง (extended brief intervention) (11)

นอกจากนี้วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษายังมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรและบริบทในการให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน การบำบัดแบบสั้น อาจมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นการชักชวนและนัดให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการให้คำปรึกษาต่อไป ในกลุ่มผู้ที่รับคำปรึกษาที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ แผนกเวชปฏิบัติ การบำบัดแบบสั้นอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยลดความถี่ และปริมาณในการดื่ม การให้คำแนะนำให้คำปรึกษาอาจทำในกลุ่มผู้ติดสุรา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเข้ารับการบำบัดเลิกสุรา

วิธีการสื่อสารข้อมูลสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้แผ่นพับ การใช้สมุดคู่มือให้คำปรึกษา การใช้คอมพิวเตอร์หรือระบบอินเตอร์เน็ตโดยไม่ต้องพบผู้ให้คำปรึกษา หรืออาจใช้สื่อเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในการบำบัดแบบสั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับคำปรึกษา หรือการจัดชั่วโมงให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาอาจให้คำแนะนำปรึกษาโดยไม่ใช้สื่อดังกล่าวข้างต้นประกอบ

ขั้ ัดกรองและการบำบัดแบบสั้

การบำบัดแบบสั้นประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน คือการถาม หรือการคัดกรอง (ask) การประเมินปัญหา (assess) การให้คำแนะนำช่วยเหลือ (advice/assist)* และการติดตาม (arrange follow up/monitoring)

ขั้นที่ 1 การถามหรือการคัดกรองหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ask about alcohol use/identification of problem drinkers)

การคัดกรองสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การถามโดยตรง (ตารางที่ 1) หรือการใช้เครื่องมือแบบสอบถามต่างๆ เพื่อคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราในระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรืออันตราย เช่น แบบคัดกรอง CAGE (15), แบบคัดกรอง Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (16) หรือแบบคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (17) ซึ่งแบบคัดกรองต่างๆ มีความไวและความจำเพาะเพื่อบ่งชี้ปัญหาต่างกันไป การคัดกรองนี้อาจทำในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ที่มารับบริการที่แผนกเวชปฏิบัติ กลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ

มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ประชากรในชุมชน รวมทั้งกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์ที่ตรวจลมหายใจ แล้วพบระดับแอลกอฮอล์เกินขนาด (18) การตรวจคัดกรองยังหมายรวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยใน เช่น การตรวจระดับเอนไซม์ Gamma-Glutamyl Transferase (GGT), การตรวจขนาดเม็ดเลือด Mean Corpuscular Volume (MCV), การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด

ตารางที่ 1 การถามผู้ป่วยเพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (13, 14)

ถามผู้ป่วยทุกคน
➲ คุณดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
ถามผู้ที่ดื่มสุราเกี่ยวกับการดื่ม
➲ โดยทั่วไปคุณดื่มสุราสัปดาห์ละกี่วัน
➲ ในวันหนึ่งๆ ที่คุณดื่มสุรา คุณดื่มสักประมาณเท่าไหร่
➲ ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ในแต่ละครั้งที่คุณดื่มสุรา คุณดื่มได้มากที่สุดเท่าไร
ถามผู้ที่ดื่มสุราเกี่ยวกับผลจากการดื่ม
➲ เวลาที่คุณรู้สึกโกรธหรือเศร้า คุณมักจะดื่มคนเดียวหรือไม่
➲ การดื่มของคุณเคยทำให้คุณไปทำงานสายหรือไม่
➲ การดื่มของคุณทำให้ครอบครัวรู้สึกเป็นห่วงหรือไม่
➲ คุณเคยดื่มหลังจากที่คุณบอกกับตัวเองว่าคุณจะไม่ดื่มอีกแล้วหรือไม่
➲ คุณเคยลืมสิ่งที่คุณได้ทำลงไปขณะที่คุณกำลังดื่มสุราหรือไม่
➲ คุณเคยปวดศีรษะหรือมีอาการเมาค้างหลังจากที่คุณดื่มสุราหรือไม่
ถ้าผู้ป่วยตอบใช่กับคำถามใดคำถามหนึ่ง ถามว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาหรือไม่

ขั้นที่ 2 การประเมิน (assess for alcohol related problems)

ประกอบด้วยการประเมินปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการดื่ม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่ม ทั้งผลต่อสุขภาพร่างกาย เช่น ผลต่อการทำงานของตับโดยอาจประเมินร่วมกับการตรวจร่างกายและการตรวจเลือดเช่น (LFT, CBC) ผลกระทบต่อจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ผลกระทบของการดื่มสุราต่อการทำงาน เพื่อนร่วมงานและสังคม นอกจากนี้การประเมินยังรวมถึงการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดด้วย

ขั้นที่ 3 การให้คำแนะนำ (advice and assist)

การให้คำแนะนำให้ผู้ดื่มสุราในระดับที่เสี่ยงหรือเป็นอันตรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มให้ดื่มลดลงอยู่ในระดับปลอดภัย รวมถึงการให้คู่มือหรือสื่อรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเทคนิคการให้คำแนะนำปรึกษานั้นสามารถให้คำแนะนำโดย

ใช้เทคนิคที่มาจากตัวย่อ FRAMES หรือการใช้เทคนิคเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Motivational Interviewing (MI)/ Motivational Enhancement Therapy (MET) ดังจะได้กล่าวต่อไป

ขั้นที่ 4 การติดตาม (arrange follow-up/monitor patient progress)

การนัดหมายผู้รับการบำบัดเพื่อติดตามอาการทำเช่นเดียวกับการติดตามอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับการบำบัดที่มีความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อติดตามอาการควรประเมินว่าผู้รับการบำบัดสามารถทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรบ้าง ชมเชยส่วนที่ผู้ป่วยทำได้ดี ให้กำลังใจ ชื่นชมในความพยายามของผู้ป่วย และนัดติดตามต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วยอาจใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ Gamma-Glutamyl Transferace (GGT) ร่วมด้วยเพื่อช่วยในการประเมินปริมาณการดื่มของผู้ป่วย และผลกระทบของการดื่มสุราต่อสุขภาพร่างกาย

กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทันที ถือเป็นเรื่องปกติ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ แรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความรู้สึกลังเลใจ การให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดใคร่ครวญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มของตนมากขึ้น และการให้กำลังใจสนับสนุนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลควร

- แสดงความห่วงใยและบอกผู้ป่วยว่าผู้บำบัดเป็นห่วงสุขภาพของผู้ป่วย
- บอกผู้ป่วยว่าเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่านพร้อมเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
- ติดตามไถ่ถามผู้ป่วยถึงการดื่มเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามถึงแม้ว่าจะไม่ได้มาด้วยปัญหาจากการดื่มสุราเป็นปัญหาหลัก

***หมายเหตุ** ทั้งนี้ในบางตำราอาจแยกการให้คำแนะนำ (advice) และการช่วยเหลือ (assist) เป็นคนละขั้นตอน รวมนับเป็น 5 ขั้นตอน (5 A's: Ask, Assess, Advice, Assist, Arrange follow up)*

เทคนิคในการให้การบำบัดแบบสั้น

องค์ประกอบพื้นฐานของการบำบัดแบบสั้น: FRAMES

องค์ประกอบที่สำคัญ สำหรับการบำบัดแบบสั้น มีทั้งสิ้น 6 ประการ ซึ่ง Miller and Sanchez ได้นำเสนอ และใช้ชื่อย่อว่า FRAMES โดยตัวอักษรแต่ละตัวมาจากอักษรตัวแรกของแต่ละองค์ประกอบหลัก 6 ข้อ คือ Feedback, Responsibility, Advice, Menu of strategies, Empathy, Self-efficacy (19) นอกจากนี้แล้วการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน (goal setting) การติดตาม และระยะเวลาที่เหมาะสม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับผลสำเร็จของการบำบัดแบบสั้น (20)

1. **การให้ข้อมูลย้อนกลับ** (feedback of personal risk) คือการนำข้อมูลที่ได้จากการถามคัดกรอง (ask) และการประเมินผล (assess) ในเบื้องต้น โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ผลการประเมินจากแบบทดสอบต่างๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แจ้งสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดรับทราบถึงผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นต่อการทำงานและครอบครัว และความเสี่ยงต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไป การให้ข้อมูลนี้จะเป็นการให้คำแนะนำที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นข้อมูลจากประสบการณ์และผลกระทบทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ระหว่างการให้ข้อมูลควรมีท่าทีที่แสดงความเข้าใจ ไม่ตัดสินถูกผิด ไม่กล่าวโทษผู้ป่วย

2. **ความรับผิดชอบต่อตนเอง** (responsibility of the patient) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ ขึ้นกับตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งถือความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคนต่อสุขภาพของตนเอง ไม่มีใครที่สามารถทำแทนได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะเลือกทางเดินของตนเอง และเป็นผู้ที่รับผิดชอบกำหนดบทบาทของตนเอง ไม่มีใครที่จะมาสั่งให้ทำได้ ความรู้สึกในการเป็นผู้กำหนดได้เองนี้จะเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ

3. **การให้คำแนะนำ** (advice to change) ผู้ให้การบำบัดแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความเป็นห่วงต่อการดื่มของผู้ป่วย ให้คำแนะนำที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจง แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ตกลงวางแผนในการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายละเอียดของการให้คำแนะนำดังตารางที่ 2 (13, 14)

4. **การให้ทางเลือกเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** (menu of ways to reduce drinking) ควรมีทางเลือกหลายทางให้ผู้ป่วยได้เลือกปฏิบัติ เช่น การกำหนดขีดจำกัดของปริมาณเครื่องดื่มสุราในการดื่มแต่ละครั้ง การเรียนรู้ที่จะรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวัน การใช้คู่มือคำแนะนำเพื่อช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำบันทึกปริมาณการดื่ม และเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยลำบากใจที่จะปฏิเสธการดื่ม ทั้งนี้การที่มีทางเลือกหลายๆ ทาง ผู้ป่วยได้มีอิสระในการเลือกและไม่รู้สึกว่าถูกบังคับหรือกดดัน

5. **การแสดงความเห็นอกเห็นใจ** (empathic counseling style) ลักษณะท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร การแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย โดยใช้การสะท้อนความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วย มีความสำคัญต่อผลของการบำบัด ทั้งนี้พบว่าการให้การบำบัดโดยการแสดงความเห็นใจมีประสิทธิผลมากกว่าท่าที่เผชิญหน้าหรือท้าทายให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (confrontation)(21)

6. **การสนับสนุนให้มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง** (support self-efficacy or optimism) เสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างทัศนคติด้านบวกให้เห็นถึงความเป็นไปได้ คาดหวังผลสำเร็จ ซึ่งการมีความเชื่อมั่น และความหวังเป็นส่วนที่สำคัญ ที่จะทำให้ผู้รับการบำบัดก้าวต่อไปข้างหน้า

ตารางที่ 2 การให้คำแนะนำที่เหมาะสม (13, 14)

บอกผู้ป่วยว่า "ท่านเป็นห่วงเรื่องการดื่มของเขา"

- เจาะจง พูดถึงลักษณะ การดื่มของผู้ป่วย และความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย
- ถามว่า "ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่อการดื่มของตัวเอง"

แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกหรือลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- **ควรแนะนำให้ลดปริมาณการดื่ม**
  - ในรายที่ดื่มมากกว่าระดับปกติ แต่ยังไม่ติดสุรา
- **ควรแนะนำให้เลิกในรายที่**
  - มีลักษณะของภาวะติดสุรา
  - มีประวัติว่าพยายามจะลดการดื่มลงหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
  - ตั้งครรภ์หรือกำลังวางแผนจะมีบุตร
  - มีข้อห้ามทางสุขภาพหรือใช้ยาที่ทำให้ดื่มสุราไม่ได้

ตกลงร่วมกันถึงแผนปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ถามถึงความพร้อมของผู้ป่วยว่า "คุณพร้อมที่จะลดหรือเลิกสุราแล้วหรือไม่" พูดคุยสำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะลดหรือเลิกเกี่ยวกับแผนการปฏิบัติตน

- **สำหรับผู้ที่ยังไม่ติดสุรา**
  - แนะนำให้ดื่มในระดับความเสี่ยงต่ำ
  - ให้ผู้ป่วยกำหนดปริมาณการดื่มของตัวเองให้ชัดเจน (set specific drinking goal) "คุณพร้อมที่จะกำหนดระดับการดื่มของคุณแล้วหรือไม่" "คนบางคนเลือกที่จะเลิกดื่มสักระยะเวลาหนึ่ง บางคนตั้งใจว่าจะเลิกตลอดไป หรือบางคนอาจจะกำหนดว่าจะดื่มไม่เกินเท่าไรต่อครั้ง คุณคิดว่าแบบใดที่ดีที่สุดสำหรับคุณ"
- **สำหรับผู้ที่ติดสุราแล้ว**
  - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจรักษาที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นแล้ว การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน (goal setting) การติดตาม (follow up) และระยะเวลาที่เหมาะสม (timing) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับความสำเร็จของการบำบัดแบบสั้น (20)

การกำหนดเป้าหมายหรือปริมาณการดื่มที่ชัดเจน (establish drinking goal) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย (21) ระหว่างการให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งมีการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ควรมีการสรุปข้อตกลงเกี่ยวกับปริมาณการดื่ม และทำเป็นลายลักษณ์อักษร มีลายเซ็นผู้ป่วยกำกับด้วย

การติดตาม (follow-up) เพื่อการประเมินการเปลี่ยนแปลงและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การติดตามต่อเนื่องนี้ติดตามทางโทรศัพท์ การนัดมาตรวจ ซึ่งอาจมีการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าท่าน (หรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย) จะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย บอกว่าท่านพร้อมที่จะติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและให้คำแนะนำผู้ป่วยต่อไป
เสริมความพยายามของผู้ป่วยในการลดหรือเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบ สำรวจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ชมผู้ป่วยในความพยายามที่ได้ทำไป เสริมให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่ดีขึ้น
พิจารณาการนัดหมายตามความเหมาะสม
พิจารณาส่งต่อผู้ป่วยบางรายไปรักษาเฉพาะทาง หากจำเป็นต้องรับการดูแลรักษาที่มากเกินความสามารถ หรือเกินจากความพร้อมของสถานพยาบาล

ระยะเวลาที่เหมาะสม (timing) จากงานศึกษาวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเมื่อคิดว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหา และเมื่อรู้สึกว่าตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (22) ผู้ป่วยบางคนอาจยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันทีที่ได้รับคำปรึกษา และไม่คิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันทีที่ได้รับคำปรึกษา (22, 23)

ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งจะช่วยบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใด ดังนั้นควรประเมินความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเสมอเมื่อเริ่มต้นให้การบำบัดแบบสั้น (24)

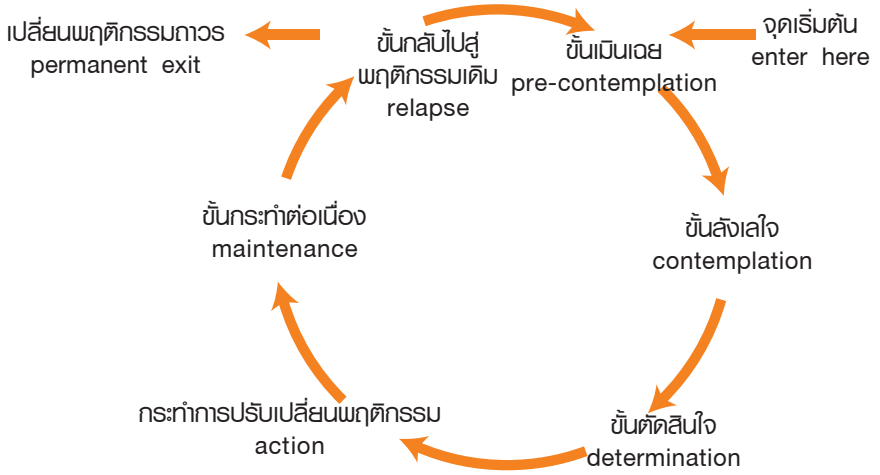
ผู้ป่วยที่มีความตระหนักถึงปัญหาและมั่นใจว่าตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การให้ความช่วยเหลือโดยการให้คู่มือแนะนำที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปริมาณการดื่มที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ร้อยละ 77 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำโดยทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงซึ่งปรับเปลี่ยนร้อยละ 28 (25) สำหรับผู้ที่ยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (24)

การประเมินระดับของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การประเมินนี้อาศัยการประเมินตามลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ซึ่ง Prochaska & Di Clemente ได้นำเสนอ (26) รูปแบบของขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีทั้งหมด 6 ขั้นคือ ขั้นเมินเฉยปัญหา (pre-contemplation) ขั้นลังเลใจ (contemplation), ขั้นตัดสินใจ (determination/ preparation) ขั้นลงมือแก้ไข (action) ขั้นกระทำต่อเนื่อง

(maintenance) และขั้นกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม (relapse) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีลำดับขั้นของวงจรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังภาพที่ 1 มีรายละเอียดในขั้นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ภาพที่ 1 วงจรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (a stage model of process of change)



1. **ขั้นเมินเฉย** (pre-contemplation) คือ ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าพฤติกรรมที่ตนทำอยู่ในปัจจุบันเป็นปัญหา เช่น **ไม่ทราบ**ว่าการดื่มในปริมาณที่ตนดื่มอยู่ประจำเป็นอันตราย หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2. **ขั้นลังเลใจ** (contemplation) คือ ผู้ป่วยตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ เช่น **ทราบ**ว่าปริมาณการดื่มที่ตนดื่มอยู่ในปัจจุบันเป็นอันตราย มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ **แต่ยังไม่คิดที่จะปรับลดปริมาณการดื่ม**

3. **ขั้นตัดสินใจ หรือขั้นเตรียมการ** (determination/ preparation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มมีการวางแผนการเตรียมการเพื่อให้ตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. **ขั้นลงมือแก้ไข** (action) ขั้นนี้เริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งอาจทำได้ไม่สม่ำเสมอ แต่อยู่ระหว่างการกระทำการปรับเปลี่ยน

5. **ขั้นกระทำต่อเนื่อง** (maintenance) ผู้ป่วยเริ่มคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

6. **ขั้นกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม** (relapse) ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม

การเปลี่ยนแปลงตามอุดมคติเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไปตามลำดับขั้น และคงการเปลี่ยนแปลงนั้นไว้ตลอดไป แต่โดยส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจริงมักไม่เป็นไปตามลำดับขั้นในวงจรเดียว ผู้ป่วยที่ปรับจากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งอาจกลับไปสู่ขั้นเดิมหรือกลับไปที่จุดเริ่มต้นใหม่ โดยเฉพาะระหว่างขั้นที่ตระหนักรู้แต่ยังลังเลใจ (contemplation) และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (determination) ซึ่งถือว่าเป็นขั้นที่ผู้ให้การรักษาต้องให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ พบว่าผู้ป่วยอาจตัดสินใจกลับไปกลับมาเมื่ออยู่ในระหว่างการลังเลใจและการตัดสินใจ ผู้ป่วยอาจตัดสินใจแล้วกลับไปลังเลใจใหม่ ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนปรับเปลี่ยนผ่านลำดับขั้นต่างๆ เร็วช้าแตกต่างกัน นอกจากนี้แล้วการที่ผู้ป่วยกลับไปสู่พฤติกรรม (27) เดิมเป็นสิ่งปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเปลี่ยนได้ในวงจรเดียว แต่หากผู้ป่วยผ่านเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบ่อยขึ้น แนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จยิ่งมากขึ้น จนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จในที่สุด

การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม motivational interviewing/ motivational enhancement therapy

การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วย อาศัยความเข้าใจในพื้นฐานเรื่องลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centre) ผู้ให้คำปรึกษามีท่าทีที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathic counseling style) ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข อดทน และมีความเข้าใจเมื่อผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้การให้คำปรึกษาเริ่มจากการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

ลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำแนะนำปรึกษาอาศัยการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเหมาะสมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในแต่ละลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (27, 28)

ลำดับขั้นในวงจรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการหลักเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

1. **ขั้นเมินเฉย** (pre-contemplation) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback/information)
2. **ขั้นลังเลใจ** (contemplation) การใช้วิธีการถ่วงน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสีย (pros and cons)
3. **ขั้นตัดสินใจ** (determination/ preparation) เสนอทางเลือก (menu of options) เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. **ขั้นลงมือทำ** (determination) ประเมินช่วยเหลือให้สามารถทำได้สม่ำเสมอ (assess compliance and adherence)

5. **ขั้นกระทำต่อเนื่อง** (maintenance) ติดตามป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม (relapse prevention)

6. **ขั้นกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม** (relapse) ให้ความช่วยเหลือเพื่อเข้าสู่การปรับเปลี่ยนอีกครั้ง

รายละเอียดของเทคนิคการให้คำแนะนำปรึกษาในแต่ละลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีดังต่อไปนี้

1. **ขั้นเมินเฉย** (pre-contemplation) ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมการดื่มเป็นผลเสีย ดังนั้นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการสร้างความตระหนัก เน้นการให้ข้อมูลโดยใช้ **"เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ** (feedback)" ร่วมกับการให้ความรู้ (giving information) เกี่ยวกับการดื่มสุราที่ปลอดภัย และผลเสียของการดื่มสุราในระดับที่เสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตราย การใช้ "เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ" โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบผลการประเมินเบื้องต้น ซึ่งผลการประเมินนี้ได้จากการสัมภาษณ์พูดคุย จากข้อมูลแบบประเมินผลการตรวจร่างกาย รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หากมี) นอกจากนี้สะท้อนข้อมูลให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบของการดื่มต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อจิตใจ ครอบครัวและการทำงานของผู้ป่วยเอง เช่น การสะท้อนให้เห็นว่าการดื่มของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ หรือการดื่มของผู้ป่วยได้ส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว และประสิทธิภาพการทำงาน ให้ข้อมูลโดยเปรียบเทียบปริมาณการดื่มของผู้ป่วยกับระดับปริมาณการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ การใช้เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับนี้ มีความสำคัญ เนื่องจากข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลที่เกี่ยวเนื่องโดยตรงกับตัวผู้ป่วยเอง เวลาสนทนาควรคำนึงถึงความสนใจของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ โดยมากผู้ป่วยมักเข้าใจว่าหากยังไม่มีอาการติดสุราจึงเรียกว่าไม่อันตราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักว่าการดื่มสุราในปริมาณที่สูงเกินขนาดหรือดื่มในบางสถานการณ์ถือว่ามีความเสี่ยงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้เช่นกัน

2. **ขั้นลังเลใจ** (contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยตระหนักรู้แต่ยังไม่คิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการหลักในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ **"การชั่งระหว่างข้อดีและข้อเสีย"** ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดื่มแบบเดิม และข้อดีข้อเสียของการปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมใหม่ลดปริมาณการดื่มลงให้อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่ม ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาควรแสดงความเห็นใจ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าการลังเลใจเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นเสมอ ดังนั้นจึงควรพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงข้อดีข้อเสียต่างๆ เพื่อการตัดสินใจ เน้นให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายที่ได้พูดถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเดิมและพฤติกรรมใหม่เอง ให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรองถึงผลกระทบของ

การดื่มต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งปัญหาที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องกับการดื่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงข้อดีข้อเสียได้ชัดเจนขึ้นด้วยตนเอง การปรับจากขั้นลังเลใจเป็นการตัดสินใจสู่พฤติกรรมใหม่เป็นขั้นที่ยากที่สุด

3. **ขั้นตัดสินใจหรือเตรียมการ** (determination/ preparation) การให้คำปรึกษาในขั้นนี้ เป็น "**การให้ทางเลือกสำหรับการปฏิบัติ** (menu of options)" โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเลือกแนวทางของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการสนับสนุนให้กำลังใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก่อนแล้วย้อนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม ยิ่งต้องการความมั่นใจเพื่อเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกครั้ง ทั้งนี้ควรให้กำลังใจว่า การที่เคยล้มเหลวมาก่อนถือเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งผู้ป่วยจะได้ใช้เป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนาตนเองและเปลี่ยนแปลงต่อไป ในขั้นนี้ยังมีความร่วมมือกันในการวางแผนการตั้งเป้าหมายในการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่ม คำแนะนำ เคล็ดลับในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้สำเร็จ เช่น กำหนดวันสำคัญซึ่งจะเป็นวันที่ผู้ป่วยเลือกสำหรับเป็นการตั้งตนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกลับตัวเป็นคนใหม่

4. **ขั้นลงมือปฏิบัติ** (action) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจใช้ความพยายามหลายครั้งกว่าจะทำการเปลี่ยนพฤติกรรมได้สม่ำเสมอ ควร "**ติดตามประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำการปรับเปลี่ยนได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอหรือไม่** (assess adherence and compliance)" ให้กำลังใจในความพยายามของผู้ป่วย

5. **ขั้นกระทำต่อเนื่อง** (maintenance) ถือว่าผู้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จต่อเมื่อปรับสู่พฤติกรรมใหม่มีอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ วางแผนการป้องกันหากผู้ป่วยเริ่มมีความรู้สึกอยากกลับไปดื่มอย่างเดิม และแนะนำผู้ป่วยให้ขอคำปรึกษาเมื่อคิดหวนสู่พฤติกรรมเดิม

6. **ขั้นกลับสู่พฤติกรรมเดิม** (relapse) ให้พูดคุยถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยย้อนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม ผู้ป่วยได้เรียนรู้อะไรบ้างจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการช่วยกันวางแผนต่อไป เช่น การเสริมความพยายามเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกครั้งโดยการกำหนดวันเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นัดติดตามต่อเนื่องถึงแม้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พิจารณาการส่งต่อแล้วแต่กรณี

เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (4, 28, 29)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่สร้างแรงจูงใจออกมาด้วยตนเอง (Self Motivation Statement - SMS) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานความจริงที่ว่า ตัวเราเองเท่านั้นที่จะบอกตัวเองเพื่อให้ทำการเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ จิตวิทยาในการสร้างแรงจูงใจอิงตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง self perception theory

ซึ่งบอกว่า **“ขณะที่ฉันได้ยินตัวเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ”** (As I hear my self talk, I learn what I believe) เมื่อคนเราพูดอะไรออกไปจะได้ฟังและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนพูด ความคิด ความเชื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางนั้น คำพูดที่ออกมาจากปากของตัวเอง จึงจะเป็นสิ่งที่ชักชวนตัวเองได้มากกว่าที่คนอื่นมาสั่งให้ปฏิบัติ **“ถ้าฉันพูดและไม่ได้มีใครบังคับให้ฉันพูด ฉันจะเชื่อในสิ่งนั้น”**

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ทักษะการถาม การสะท้อนความ และการสรุปความเป็นหลัก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดและได้ยินประโยคที่เป็นแรงจูงใจจากภายใน (Self Motivation Statement - SMS)

ถาม	เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจจากภายใน
สะท้อนความ	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินความคิดซึ่งเป็นแรงจูงใจของตัวเอง
สรุปความ	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินประโยคที่เป็นแรงจูงใจซ้ำอีกครั้ง

คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจมี 4 ประเภท (30) **ได้แก่**

1. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตระหนักถึงปัญหา (problem recognition) เช่น “การดื่มสุรามีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”

2. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุรา (concern) เช่น “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรบ้างหากคุณยังไม่หยุดดื่มสุรา”

3. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (intention to change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณอยากหยุดดื่มสุรา”

4. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (optimism for change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคุณจะเลิกได้สำเร็จ”

หลักการในการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: DARES

Develop discrepancy	ทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น
Avoid argumentation	หลีกเลี่ยงการโต้เถียง
Roll with resistance	ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน
Express empathy	แสดงความเห็นอกเห็นใจ
Support self efficacy	ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้รับการบำบัดให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้

Develop discrepancy **การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคต** แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น การสร้างให้เห็นภาพของความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับอนาคต อาจเริ่มโดยสอบถามแล้วให้ผู้ป่วยพูดถึงผลลัพธ์หรือปัญหาที่เกิดตามหลังการดื่ม ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษาได้แลกเปลี่ยนข้อมูลผลลัพธ์ที่อาจเป็นได้ และให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงภาพในอนาคตหากยังคงปฏิบัติเช่นเดิมต่อไป และให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบกับภาพจินตนาการที่อยากเห็นตัวเองในอนาคต ความแตกต่างของภาพในปัจจุบันกับอนาคตจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก ซึ่งผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีความต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยจริงใจถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะลดความรู้สึกแตกต่างนี้ ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนเข้าสู่ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น

Avoid argumentation **หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง** ในระหว่างการพูดคุยให้คำปรึกษา ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ และอาจใช้กลไกการป้องกันตัวเองเพื่อลดความสับสนไม่สบายใจ โดยตัดสินใจคงพฤติกรรมการดื่มไว้เช่นเดิม หากผู้ให้คำปรึกษาโต้แย้งในการตัดสินใจของผู้ป่วย จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาจะหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ผู้ให้คำปรึกษาไม่จำเป็นที่จะต้องยืนยันความถูกต้องหรือพยายามโต้เถียงเอาชนะ แต่ควรพยายามหาเทคนิคในการพูดคุยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นโทษที่เกิดจากการดื่มและเห็นผลดีของการลดปริมาณการดื่ม

Roll with resistance **ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน** การเกิดความรู้สึกสับสนถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผยจะเป็นประโยชน์ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน จะไม่ปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อ แต่ผู้ให้คำปรึกษาจะค่อยตะล่อมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้นโดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย โดยอาจเสนอแนวทางใหม่ในการคิดหรือให้ลองมองหามุมมองด้านอื่นๆ เกี่ยวกับปัญหา

Express empathy **แสดงความเห็นอกเห็นใจ** ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความเห็นอกเห็นใจทั้งโดยการแสดงออกทางกายและคำพูดและให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูง ให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกอย่างอิสระ และกำหนดเป้าหมายของตัวเอง เคารพในสิทธิและการตัดสินใจของผู้ป่วย ในกระบวนการแต่ละขั้นตอน เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ แต่ในขณะเดียวกันมีท่าทีที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอในแต่ละขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะป้อนข้อมูล พูดชักชวนด้วยความนุ่มนวลและบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทั้งหมดขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (reflection) เป็นเทคนิคหลักเพื่อสร้างแรงจูงใจและแสดงความเข้าใจผู้ป่วย

Support self efficacy **การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว** เมื่อเห็นปัญหาผู้ป่วยโดยปกติอาจจะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลง จนกว่าจะรู้สึกมีความหวังว่าจะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกว่าตัวเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพก็คือ ความรู้สึกว่าตนมีความสามารถที่จะทำอะไรหรืองานอะไรให้สำเร็จได้ ซึ่งขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาควรให้กำลังใจและความมั่นใจว่า การเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ และถ้าหากผู้รับการบำบัดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มจะมีผลในการลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาจากการดื่ม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีความหวังและมองด้านบวก ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่เกิดความมั่นใจในตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยจะใช้กลไกในการป้องกันตัวเองโดยปฏิเสธการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิม

กระบวนการในการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) (4, 28)

การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วยกระบวนการในการชักจูงสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดชั่วโมงการให้คำปรึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1. การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง
2. การชักจูงเข้าสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. การติดตามต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เทคนิคที่สำคัญที่ใช้ในส่วนนี้คือ เน้นการให้ผู้ป่วยได้พูดแสดงความคิดเห็นเรื่องการดื่มของผู้ป่วยว่ามีผลต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดทั้งในแง่ที่เป็นบวกและลบ ให้ผู้ป่วยได้ชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหาไปสู่ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

เทคนิคที่ใช้ในส่วนนี้ประกอบด้วย

1. **การสร้างแรงจูงใจโดยการถาม** เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจออกมาจากภายในตนเอง (elicit self - motivation statement)

2. **การรับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจ** (listening with empathy)

3. **ใช้ทักษะการถาม** ถามถึงความรู้สึก ความคิดเห็น ความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. **การนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยย้อนกลับให้กับตัวเอง** (presenting personal feedback) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากแบบสอบถาม การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแจ้งแก่ผู้ป่วย

5. **การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย** (affirming client) แสดงความชื่นชมให้กำลังใจในความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะทำได้สำเร็จ

6. **การจัดการกับการต่อต้าน** (handling with resistance) การต่อต้านของผู้ป่วยเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นเสมอ การให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจจะหลีกเลี่ยงการโต้เถียง แต่จะไม่ปล่อยให้การต่อต้านดำเนินต่อไป อาจใช้วิธีการสะท้อนความ หรือการเบนความสนใจของผู้ป่วย (shifting focus)

7. **การปรับมุมมองใหม่** (reframing) ให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบการรับรู้ของตัวเองหรือมองด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวก เช่น หากผู้ป่วยคิดว่าการดื่มช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์เป็นการให้รางวัลกับตนเอง อาจปรับมุมมองได้ว่า ยังมีวิธีการให้รางวัลกับตัวเองวิธีอื่นๆ อีก

8. **การสรุปความ** ในตอนท้ายของการสนทนาได้มีการสรุปความโดยเฉพาะในส่วนที่เป็นคำพูดที่สร้างแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วยเอง (self motivation statement)

ส่วนที่ 2 การชักจูงเข้าสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว กระบวนการถัดไปคือการทำให้ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนมีความชัดเจนมากขึ้น เพิ่มความมั่นใจและรู้สึกรับผิดชอบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กระบวนการในขั้นนี้ประกอบด้วย

1. **การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย** ผู้ป่วยจะมีความพร้อมที่จะให้คำมั่นสัญญาต่อเมื่อได้เข้าสู่ระยะตัดสินใจ (stage of determination) ในลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska and Di Clemente ประเมินได้จากท่าทีที่ต่อต้านน้อยลงของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีคำถามน้อยลงเมื่อขยับเข้ามาอยู่ในระยะตัดสินใจ มีท่าทีที่ผ่อนคลาย อาจพูดข้อความ self motivation statement ที่สะท้อนถึงการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น “ผมต้องทำอะไรซักอย่างแล้วเกี่ยวกับการดื่มของผม” หรือ “ถ้าผมหยุดดื่ม ผมต้องทำอะไรบ้างครับหมอ” หรือการที่ผู้ป่วยเริ่มวาดภาพถึงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. **พูดคุยเกี่ยวกับแผนการ** (discussing a plan) พยายามให้ผู้ป่วยและญาติเป็นฝ่ายที่ได้วางแผนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้วิธีการถามว่า “ผู้ป่วยคิดว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์บ้าง” อาจถามญาติว่าคิดว่าพอจะช่วยอะไรได้บ้าง ใช้เทคนิคการสะท้อนความและการสรุปความเสมอระหว่างการสนทนาวางแผน

3. **ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกอย่างอิสระในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** (communicating free choice) ทั้งนี้เน้นให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเอง (responsibility) และผู้ป่วยเองก็มีทางเลือกอย่างอิสระ

4. **การพูดคุยถึงผลของการปรับเปลี่ยนและการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** พูดคุยทั้งด้านบวกและด้านลบของทั้งการลงมือปรับพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิม อาจใช้แบบฟอร์มให้ผู้ป่วยได้เขียนข้อดีและข้อเสีย (pros and cons) ของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง

5. **ให้ข้อมูล** ให้ข้อเท็จจริงที่เฉพาะเจาะจงเพื่อตอบคำถามที่ผู้ป่วยและญาติสงสัย เมื่อให้ข้อมูลแล้วอาจสอบถามผู้ป่วยและญาติว่า มีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อมูลที่ได้รับทราบ

6. **เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด**

7. **ใช้เทคนิครับมือในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกต่อต้าน** โดยการสะท้อนความ (reflection) และปรับมุมมองความคิด (reframing)

8. **บันทึกแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** (the change plan work sheet) มีการเขียนใบงานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อทำให้แผนการในการปรับเปลี่ยนมีความชัดเจนมากขึ้น

9. **การสรุปการสนทนา** (recapitulating) เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมแล้วที่จะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พูดทบทวนถึงสิ่งที่ได้พูดคุยทั้งหมด ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาควรเน้นการทบทวนประโยคที่เป็นแรงจูงใจสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง (self motivation statement) บทบาทของผู้ป่วย บทบาทของญาติในการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

10. **ถามถึงคำมั่นสัญญา** (asking for commitment) หลังการสรุปบทสนทนาแล้วเป็นการถามย้ำถึงคำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้คำมั่นสัญญาควรทำเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการบันทึก และอาจมีการเซ็นชื่อในใบงานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจพิจารณาบทบาทของญาติในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (follow through sessions)

ในการติดตามผู้ป่วยเน้น 3 ขบวนการ

1. **การทบทวนความก้าวหน้า** (reviewing progress) เริ่มต้นด้วยการทบทวนเรื่องที่คุยกันในชั่วโมงการรักษาที่ผ่านมา ตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยได้ทำอะไรบ้าง ใช้เทคนิคการสะท้อน การตั้งคำถาม การให้กำลังใจ การปรับมุมมองความคิด

2. **การสร้างแรงจูงใจใหม่** (renewing motivation) อาจประเมินเพื่อทบทวนว่า สิ่งใดคือเหตุผลที่สำคัญที่สุดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. **การให้คำมั่นสัญญาซ้ำ** (redoing commitment) ผู้ให้คำปรึกษาถามย้ำถึงคำมั่นสัญญาเพื่อทบทวนมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบสั้

การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) มีความหลากหลาย ตั้งแต่การประเมินแล้วให้ความรู้ช่วงสั้นๆ เพียงครั้งเดียว ไปจนถึงเป็นการให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งต้องให้ทักษะของการให้คำปรึกษาโดยเป็นกระบวนที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

นับแต่ปี ค.ศ.1980 องค์การอนามัยโลกประกาศให้ความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่เริ่มมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาหรือโรคแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา และพัฒนาวิธีรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้เหมาะสำหรับเวชปฏิบัติปฐมภูมิ และได้ตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองและรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในปี ค.ศ.1982 ทำให้ได้เครื่องมือการคัดกรอง AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test (17, 31)

หลังจากได้มีการพัฒนาเครื่องมือ AUDIT ปี ค.ศ.1985 องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินโครงการในระยะที่ 2 ต่อ โดยผนวกการใช้เครื่องมือในการคัดกรองเข้ากับการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) (32) และศึกษาประสิทธิผลของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นใน 8 ประเทศ เพื่อประเมินผลลัพธ์ในพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ 5 นาที และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ 20 นาที ติดตามผลที่ระยะเวลา 9 เดือน โดยผู้ให้การบำบัดแบบสั้นเป็นบุคลากร ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล มีแพทย์และจิตแพทย์บางส่วน ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดแบบสั้นสามารถป้องกันปัญหาที่จะตามมาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นสามารถนำไปใช้ได้โดยไม่มีอุปสรรคของความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม และยังพบว่าประสิทธิผลไม่แตกต่างระหว่างการใช้เวลา 5 นาที หรือ 20 นาที

นอกจากนี้ Kristenson และคณะ ได้ทำการคัดกรองโดยใช้ผลทางห้องปฏิบัติการคือ ระดับเอนไซม์ gamma-glutamyltransferase (GGT) และให้คำแนะนำเพื่อลดปริมาณการดื่มสุรา ติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าการให้คำแนะนำสามารถลดปัญหาทั้งทางสุขภาพร่างกายและสังคมซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุรา มีประสิทธิผลในการลดอัตราตาย ลดค่า GGT ลดจำนวนวันในการหยุดงานและการนอนโรงพยาบาล การศึกษานี้ตีพิมพ์ในปี ค.ศ.1983 นับเป็นการตีพิมพ์ผลการศึกษาทดลองทางคลินิกครั้งแรก (33)

ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ปัญหาจากการดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศอังกฤษ Paul Wallace และคณะ (34) คัดกรองโดยใช้แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา และปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ที่คัดกรองพบว่ามีปัญหาจะถูกส่งเข้าร่วมการศึกษาทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ผลการศึกษา พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยแพทย์ทั่วไปมีประสิทธิผลหลังการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี และต่อมา D. Collin Drummond และคณะ (35) เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วย

ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับจิตแพทย์พบว่าประสิทธิผลการดูแลไม่แตกต่างกัน

โครงการ TREAT (Trial for Early Alcohol Treatment) เป็นงานวิจัยที่สำคัญซึ่งศึกษาประชากรขนาดใหญ่เป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา Michael F. Fleming และคณะ (36) รายงานผลของการศึกษานี้ที่คัดกรองผู้ดื่มสุราในระดับอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในประชากร 17,695 คน ใช้แบบสอบถามและแบบคัดกรอง CAGE ผู้ที่คัดกรองให้ผลบวกจะได้รับคำปรึกษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติ 2 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 10-15 นาที หลังการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ผลการศึกษายืนยันว่าการให้คำแนะนำของแพทย์ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรามีประสิทธิผล เป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยลดและป้องกันปัญหาเกี่ยวเนื่องจากการดื่ม จากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับที่อันตรายและเสี่ยงต่อปัญหามีมาตลอด โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองต่างๆ กัน การให้คำแนะนำปรึกษามีความหลากหลายทั้งเรื่องเทคนิค การให้คำแนะนำปรึกษา ระยะเวลาในการให้คำแนะนำแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่นัดให้คำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน พยาบาล หรือแพทย์ การศึกษาในช่วงหลังได้มีการใช้เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจเสริมเป็นเทคนิคหลักในการให้คำปรึกษาแบบสั้นทั้งในต่างประเทศ (12, 37) และประเทศไทย (4, 38-40)

ปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสารได้พัฒนาไปมาก ได้มีการนำการคัดกรองและการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้สื่อผ่านคอมพิวเตอร์เป็นเครือข่ายสื่อสาร (web-based) พบว่าการสื่อสารโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งนำวิธีการให้ข้อมูลที่สร้างแรงจูงใจเทคนิคมีประสิทธิผลถึง 1 ปีโดยไม่ต้องมีการเพิ่มจำนวนครั้งเพื่อให้ข้อมูลหลังให้ไปครั้งแรกแล้ว (41)

ตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิผลที่ใช้มีหลายตัวชี้วัดเช่นกัน เช่น การประเมินปริมาณการดื่ม จำนวนครั้งในการดื่มต่อวัน จำนวนครั้งในการดื่มต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุอันเป็นสาเหตุจากการดื่มสุรา จำนวนวันที่ขาดงานอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา อัตราการเสียชีวิต การประเมินโดยอาศัยคะแนนจากแบบประเมิน AUDIT และผลทางห้องปฏิบัติการจากค่า GGT, Mean Corpuscular Volume (MCV), Liver Function Test (LFT) เป็นต้น

ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้

นับแต่องค์การอนามัยโลกได้ตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาเครื่องมือและวิธีการที่ดูแลกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับที่อันตรายหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ได้มีการศึกษาประสิทธิผลการให้การบำบัดแบบสั้นอย่างต่อเนื่อง จนมีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมาก และได้งานวิจัยเพื่อทบทวนการศึกษาเชิงทดลองที่ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดแบบสั้นหลายการศึกษา (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 งานวิจัยประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดแบบสั้น

year	Author	Issues	Number of studies	Number of participants	Results
1993	Bein TH	Brief Intervention (BI) studies in 14 countries	12 RCTs 32 other trials	6000	- Effectiveness Brief Intervention - long intervention-mostly having MI component (extended BI no additional benefit)
1997	Wilk	Brief Intervention Meta-analysis 15-20 to 60 min- Intervention 6-12 month outcomes	12 RCTs	-	- Effective - MI and feedback component
1999	Poikolainen	Very brief intervention (15-20 mins)-Extended BI 6-12 month outcome	7 RCTs	-	- very brief intervention :Ineffective: - Extended BI: Effective in women
2003	Beich	- Systematic review, Meta-analysis12-24 mo. outcomes	8 RCTs	-	Screening : ineffective: 2-3 people are benefited from 1000 screening Women more defensive than men
2005	Bertholet	BI in Primary Care, Systematic review, Meta-analysis 6-12 mo. outcomes	19 RCTs	5639	Effective in primary care (1 study 3 yrs outcome: decrease mortality)
2005	Rubak	MI-Systematic review Meta-analysis	28 RCTs	648 (in meta-analysis)	Effective in 23 studies and results confirmed from meta-analysis
2006	Vasilaki	MI-Systematic Review Meta-analysis 3-6 mo. outcomes	22 RCTs	2767	Effective (Length of intervention=53-87 minutes)
2008	Kaner EF	BI in primary care, Cochrane review Systematic review 12 mo outcomes	22 RCTs	7619	Effective in men not in women (longer exposure/extended brief intervention – no additional benefit)

งานการศึกษาทบทวนประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราฉบับแรกตีพิมพ์ ปี ค.ศ.1993 โดย Bein TH และคณะ (10) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น และมีงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม 12 รายงาน รวมถึงการศึกษาอื่นๆ ซึ่งเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีก 32 รายงาน รวบรวมผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 6,000 คน ครอบคลุมประชากรจาก 14 ประเทศ ซึ่งผลการศึกษาบ่งชี้ว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) มีประสิทธิภาพ มากกว่าการไม่ให้คำปรึกษาและยังมีประสิทธิภาพเท่าๆ กับการให้คำแนะนำที่มีการใช้ระยะเวลาไม่นาน (brief advice)

การศึกษาทบทวน โดยทำการวิเคราะห์ meta-analysis โดย Alev I. Wilk และคณะ ในปี ค.ศ.1997 (9) รวบรวมรายงานจำนวน 12 การศึกษาทดลองซึ่งเข้าเกณฑ์และวัดผลที่ระยะเวลาระหว่าง 6-12 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่า OR ประมาณ 2 (1.91; 95% confidence interval 1.61-2.27) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มทดลองผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม มากกว่ากลุ่มควบคุม 2 เท่า

รายงานผลการศึกษาทบทวนการให้คำปรึกษาแบบสั้นมากซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที (very brief intervention) และการให้คำปรึกษาแบบสั้นที่มีการนัดติดตามเพื่อให้คำแนะนำหลายครั้ง (extended brief intervention) ประเมินประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาที่ระยะเวลา 6-12 เดือน โดย Poikolainen K. รวบรวมรายงานทบทวนวิจัยทั้งสิ้น 7 รายงานพบว่าการให้ปรึกษาแบบสั้นโดยใช้เวลาเพียง 15-20 นาทีไม่มีประสิทธิผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการให้คำปรึกษาแบบสั้นที่มีการนัดเพื่อให้คำปรึกษาหลายครั้งจากการวิเคราะห์ meta-analysis พบว่ามีประสิทธิผลในกลุ่มผู้หญิง ส่วนผู้ชายยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีประสิทธิผล (11)

การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ meta-analysis ในปี ค.ศ.2003 โดย Anderson Beich และคณะ (42) เพื่อทบทวนประสิทธิผลของการคัดกรองและกระบวนการบำบัดแบบสั้น ในกลุ่มผู้ดื่มสุราอย่างหนักในเวชปฏิบัติทั่วไป รวบรวมงานวิจัยจำนวน 8 การศึกษา พบว่าการบำบัดแบบสั้นทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ในการคัดกรองทั้งสิ้น 1,000 ครั้ง มีเพียง 90 คนที่ต้องส่งเพื่อรับการประเมิน และหลังจากการประเมินพบว่ามีเพียง 25 คน ที่ได้รับการให้คำปรึกษา และเมื่อติดตามไป 1 ปี มีเพียงร้อยละ 2.6 ที่รายงานผลว่าปริมาณการดื่มลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนั้นจากการศึกษานี้ การคัดกรองคนไข้ 1,000 ราย มีคนไข้เพียง 2-3 คน ที่ได้จะรับประโยชน์จากการคัดกรอง สิ่งนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติไม่ค่อยได้ทำการคัดกรอง ถึงแม้ว่าโดยหลักการแล้ว การบำบัดแบบสั้นจะให้ประโยชน์ก็ตาม

การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และใช้วิธีการวิเคราะห์ meta-analysis) เพื่อศึกษาผลในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยที่ดื่มสุราอย่างหนัก โดยใช้วิธีทดลองอย่างสุ่ม ทั้งสิ้น 19 รายงาน จำนวนประชากร

ศึกษา 5,639 คน พบว่า การบำบัดแบบสั้นสามารถลดปริมาณการดื่มลงได้โดยเฉลี่ย 38 กรัม ของเอธานอล (ประมาณ 4 ดื่มมาตรฐาน) ต่อสัปดาห์ ทั้งที่ 6 และ 12 เดือน นอกจากนี้ยังพบรายงาน 9 ใน 21 ฉบับ ว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัดแบบสั้นดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อีก 12 รายงาน ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการทบทวนการศึกษานี้ พบว่ามี 1 รายงานที่ศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาต่ออัตราการตาย พบว่าอัตราการตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัดผลที่ระยะเวลา 36 เดือน (43)

การทบทวนการศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ในปี ค.ศ.2005 รวบรวมงานวิจัยที่เป็นการทดลองแบบสุ่มจำนวนทั้งสิ้น 72 รายงาน ซึ่งศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่างๆ ทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราไปจนถึง พฤติกรรมในการติดตามรักษา ความต่อเนื่องในการมาตามนัด มีงานวิจัยทั้งสิ้น 28 รายงานที่ศึกษาประสิทธิผลการให้ปรึกษาต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา งานวิจัย 23 รายงาน สรุปว่าการให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ลดปริมาณการดื่มสุราและลดระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด (37)

ในปีถัดมา Eirini I. Vasilaki และคณะ (12) ได้ทบทวนการศึกษาผลของการบำบัดแบบสั้น โดยใช้เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ดื่มสุราอย่างหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี meta-analysis ทบทวนงานวิจัย 15 รายงานที่เข้าเกณฑ์ในการทบทวน พบว่าการให้คำปรึกษา โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลมากกว่าการไม่ให้คำแนะนำใดๆ และในการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจกับวิธีอื่นๆ เช่น การให้คำแนะนำทั่วไป การให้บริการตามปกติ การให้คำปรึกษาโดย direct-confrontation skill based counseling และ cognitive behavioural treatment พบว่าการให้คำปรึกษาโดยเสริมสร้างแรงจูงใจใช้ซึ่งเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 53 นาที มีประสิทธิผลมากกว่า การให้การดูแลให้คำแนะนำวิธีอื่นๆ รวมถึงวิธีการดูแลที่ใช้เวลานานกว่า เช่น cognitive behavioural treatment ซึ่งใช้เวลานานถึง 4 ชั่วโมงครึ่ง นอกจากนี้พบว่าการให้คำปรึกษาประสิทธิผลสูงในกลุ่มวัยกลางคน ซึ่งมีปัญหาการดื่มระดับอันตรายหรือเสี่ยง หรือเริ่มมีลักษณะการติดสุราแต่ยังเป็นไม่มากและการให้คำปรึกษามีประสิทธิผลมากที่สุดในการติดตามครั้งที่หนึ่ง ซึ่งเป็นสัญญาณว่าผลของการให้คำปรึกษา มีแนวโน้มที่จะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปนานสอดคล้องกับการศึกษาของ Hettema และคณะ (44)

ปี ค.ศ.2008 ผลการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบใน Cochrane review โดย Kaner EF และคณะ (1) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบสั้นในระบบบริการปฐมภูมิ รวบรวม 22 งานวิจัย ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่ม จำนวนประชากรศึกษา 7,619 คน ติดตามผล 1 ปีขึ้นไป พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้รับคำปรึกษาแบบสั้น ดื่มสุราในปริมาณที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยกลุ่มทดลองดื่มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยเฉลี่ย 38 กรัมต่อสัปดาห์ (95% Confidence Interval: -54 ถึง -23) การวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย 8 รายงาน รวบรวมผู้เข้าร่วมการศึกษา 2,307 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลยืนยันประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ชาย ปริมาณการดื่มลดลงโดยเฉลี่ย 57 กรัมต่อสัปดาห์ (95% Confidence Interval: -89 ถึง -25) แต่ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาในผู้หญิงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาต่อคุณภาพชีวิตพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และพบว่าการให้คำปรึกษาหลายครั้ง (extended intervention) ไม่ได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น

งานวิจัยในประเทศไทย

ปี พ.ศ.2541 วิวัฒน์ เชวงชัยยง และนิศานาถ โชคเกิด (15) ได้ทดสอบความไว และความจำเพาะ ของแบบสอบถาม CAGE ฉบับภาษาไทย โดยถือเอาระดับคะแนน >2 เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดสุรา และได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนจำนวน 160 ราย พบว่า CAGE ที่ระดับคะแนน >2 มีความไวและความจำเพาะ 89.71 และ 70.8 ตามลำดับ

ต่อมา วิวัฒน์ เชวงชัยยง และคณะ (45) ได้นำแบบสอบถาม CAGE ไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูน ในการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อประเมินผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยที่ดื่มสุราในระดับผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 130 ราย มาตามนัดและเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน จากการติดตามเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยหยุดดื่มร้อยละ 66.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 32.0 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ปริมาณการดื่มสุรา ปริมาณความถี่ในการดื่มสุรา และค่าเฉลี่ย GGT ในกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงโดยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉรา ฟองคำ และคณะ (46) ได้นำการให้คำปรึกษาแบบสั้นไปใช้ในกลุ่มผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลลำพูน ศึกษาติดตามผู้รับการบำบัดทั้งสิ้น 135 ราย มีผู้ที่บำบัดจนครบ ร้อยละ 65.2 ทั้งนี้เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 12 เดือน ร้อยละ 58.5 ประสบผลสำเร็จในการบำบัดโดยหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงในระดับที่ปลอดภัย ทั้งนี้ค่า GGT ลดลงชัดเจนเช่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นสามารถนำไปใช้ในผู้ติดสุรา

สำหรับการคัดกรองผู้ดื่มสุราในระดับระดับอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ในปี พ.ศ.2546 สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ (47) ได้รายงานผลการศึกษาความชุกของผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง (harmful drinking) และแบบอันตราย (hazardous drinking) การศึกษานี้ได้พัฒนาเครื่องมือ ในการคัดกรอง AUDIT ฉบับภาษาไทย และได้ทำการทดสอบความไว และความจำเพาะ พบว่ามีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้ได้

แบบคัดกรอง AUDIT นี้ได้ถูกนำไปใช้ในปี พ.ศ.2547 สายรัตน์ นกน้อย และคณะ (4) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิโดยใช้แบบคัดกรอง AUDIT ในการคัดกรองผู้ที่มารับบริการด้วยการศึกษาเชิงทดลองโดยสุ่มแยกผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้าร่วมในการศึกษาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomized controlled clinical trial) มีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ติดตามจนครบจำนวน 117 คน การให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองประกอบด้วย การให้คำปรึกษาโดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในวันแรกและสัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังเข้าร่วมในการศึกษา การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งใช้เวลา 15-20 นาที ติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าการให้คำปรึกษามีประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่มและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย

ต่อมาการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจได้ถูกนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ติดสุรา โดยสุนทรี ศรีโกไสย และคณะปี พ.ศ.2549 (38) ได้รายงานผลของการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อจูงใจให้ผู้ติดสุราจำนวน 22 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ติดตามผลของการให้คำปรึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น จำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง จำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น และมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการรักษามากขึ้น

ในปีเดียวกัน ดอกรัก ทิพาคำ (39) โดยนำการเสริมสร้างแรงจูงใจไปในการบำบัดรายกลุ่มเพื่อใช้บำบัดผู้ติดสุราจำนวน 15 คน ศึกษากึ่งทดลองที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ติดตามเป็นระยะเวลา 1 เดือนพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนและหลังการได้รับการบำบัดดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง

ปี 2551 มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้สื่อเสริมในการให้คำปรึกษาโดยการเสริมแรงจูงใจกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยไม่ใช้สื่อเพิ่ม ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ (40) รายงานผลการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราที่มารับการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการใช้สื่อร่วมในการให้คำปรึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผลไม่แตกต่างกันกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยไม่ใช้สื่อช่วย

สรุปประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น

จากการศึกษาทบทวนประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับที่อันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโดยส่วนใหญ่พบว่า การบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิผล (1, 3, 9, 10, 12, 37) ซึ่งการศึกษาในช่วงหลังทั้งหมด 4 รายงาน เป็นงานวิจัยที่ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบรายงานว่ามีประสิทธิผล โดยมี 2 รายงาน ที่ประเมินประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาที่ผนวกการเสริมสร้างแรงจูงใจ (12, 37)

ประเด็นประสิทธิผลในเพศชายและหญิง ข้อมูลจากการทบทวนงานวรรณกรรมต่างๆ ขัดแย้งกัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในระยะหลังที่มีการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยมากขึ้น สรุปว่าการให้คำปรึกษาในเพศชายมีประสิทธิผลแต่ไม่มีประสิทธิผลในเพศหญิง (48)

ประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาที่มีการติดตามเพิ่มขึ้นได้ประโยชน์มากขึ้นหรือไม่ ข้อมูลจากการศึกษาในระยะหลังในช่วง 5 ปีที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งกัน ข้อมูลจากการทบทวนของ Vasilaki (12) พบว่าขนาดของประสิทธิผลจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป แต่ข้อมูลจากการศึกษาของ Kaner EF (48) พบว่าการให้คำปรึกษาที่มีการติดตามเพิ่มเติม (extended brief intervention) ไม่ได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการศึกษาในประเทศไทยที่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม จำนวน 2 การศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (45) และอีกการศึกษาทำการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิซึ่งได้ให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้กลยุทธ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (4) นอกจากนี้แล้วในประเทศไทยได้มีการนำการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ติดสุรา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจูงใจสู่การบำบัดรักษาและลดจำนวนวันในการดื่ม (38) การศึกษาส่วนใหญ่ที่รวบรวมจะประมาณผลช่วง 6-12 เดือน อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาผลในระยะยาวซึ่งติดตามเป็นเวลา 9 ปี พบว่าผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นยังคงอยู่ บ่งว่าผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นอาจคงอยู่ตลอดไป

จากการประมวลข้อมูลทั้งหมดข้างต้นทำให้สรุปได้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยเฉพาะกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้กลยุทธ์สร้างเสริมแรงจูงใจมีประสิทธิผล แต่ยังมีข้อคำถามต่อไปถึง ประสิทธิผลคุ้มค่า ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในกระบวนการคัดกรอง และการให้คำปรึกษาแบบสั้นไปใช้เพื่อการปฏิบัติจริงในเวชปฏิบัติหรือไม่

การศึกษาประสิทธิผลคุ้มค่าของการบำบัดแบบสั้

งานวิจัยหลายชิ้นได้ทำการศึกษาประสิทธิผลคุ้มค่าของการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มสุรา ซึ่งมีรายงานที่บ่งว่าหากมีร้อยละ 1 ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วคงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ได้ ถือว่าคุ้มค่า และหากมีผู้ปรับคงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพิ่มเป็น ร้อยละ10 นั่นหมายความว่าการบำบัดแบบสั้นไม่เพียงแต่คุ้มค่าเท่านั้นแต่ยังลดการใช้ทรัพยากรของระบบสาธารณสุขด้วย (49) การศึกษาใช้ทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุข เปรียบเทียบผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นและการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจอีก 15 นาที เทียบกับผู้ที่ตรวจรับบริการตามระบบเดิม พบว่าการให้คำปรึกษามีแนวโน้มส่งผลให้ลดการใช้ทรัพยากร (50)

การศึกษา Project TREAT(Trial for Early Alcohol Treatment) ของ Fleming MF และคณะ รายงานการศึกษาประสิทธิผลคุ้มค่าโดยการคำนวณข้อมูลตัวเลขเป็นครั้งพบว่า สัดส่วนของคุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อการลงทุน (cost-benefit ratio) เท่ากับ 5.6:1 (95% CI: 0.4,11.0) ซึ่งหมายถึง ในการลงทุนทุก 10,000 ดอลลาร์ จะมีคุณประโยชน์เกิดขึ้นคิดเป็นมูลค่า 56,263 ดอลลาร์ ซึ่งจากการ ศึกษานี้นำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า การนำการให้คำปรึกษาแบบสั้น ไปปฏิบัติจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ระบบสาธารณสุขและสังคมส่วนรวม (2) Fleming MF และคณะ (51) ได้รายงานผลติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี และได้วิเคราะห์ประสิทธิผลคุ้มค่าจากข้อมูลการติดตามดังกล่าว พบว่าในการลงทุนทุก 10,000 ดอลลาร์ เพื่อที่ให้การดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่งผลให้ลดการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขลง 43,000 ดอลลาร์ สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยแพทย์ นำไปสู่การลดปริมาณการดื่มสุราระยะยาว ลดการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุข และลดจำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนน และการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ตามมาจากการเกิดอุบัติเหตุ นำไปสู่การคัดกรองและให้คำปรึกษาแบบสั้นไปใช้เป็นประจำในเวชปฏิบัติ ในระบบสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา (52) เช่นเดียวกันการศึกษาในประเทศออสเตรเลียก็สรุปว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราเป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา พบว่ามีประสิทธิผลคุ้มค่า เมื่อเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุน เทียบกับโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ถือว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นมีความคุ้มค่าอย่างมหาศาลควรลงทุน (53)

การศึกษาประสิทธิผลคุ้มค่าของการคัดกรองและให้คำปรึกษาผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุที่ห้องฉุกเฉิน พบว่ามีประสิทธิผลคุ้มค่า (54-56) ประมาณร้อยละ 27 ของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการให้คำปรึกษาและค่าใช้จ่ายทุก 1 ดอลลาร์ที่ใช้ไปในการคัดกรองและการให้คำปรึกษาแบบสั้น ป้องกันการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขได้ 3.81 ดอลลาร์สหรัฐ และคาดการณ์ผลลัพธ์จากการขยายการคัดกรองในวงกว้างว่าจะสามารถป้องกันการสูญเสียทรัพยากร 1.82 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ซึ่งหากมีการคัดกรองและให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปฏิบัติงานประจำ (55) และยิ่งมีประสิทธิผลคุ้มค่าเมื่อทำการติดตามศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และติดตามนานขึ้น (56)

การเปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่างการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้เทคนิคพื้นฐานในการให้คำปรึกษา ซึ่งใช้เวลารวมทั้งสิ้นน้อยกว่า 90 นาที เทียบกับการให้คำปรึกษาโดยวิธี cognitive behavioral training ซึ่งใช้เวลารวมทั้งสิ้น 270 นาที ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิผลคุ้มค่ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ นำไปสู่ข้อสรุปว่าในการรักษาผู้ติดสุรา ซึ่งยังไม่หนักมากในชุมชน ควรใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบสั้น (57)

สำหรับผู้ให้คำปรึกษา ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้คำปรึกษาโดยแพทย์กับพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ติดตามเป็นเวลา 12 เดือน พบว่าผลผู้ที่ได้รับการให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาจากแพทย์ หรือพยาบาล ติดตาม ปริมาณการ

ดื่มลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา พบว่าการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลให้ประสิทธิผลไม่ต่างจากการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ เมื่อคำนวณค่าใช้จ่าย การให้คำปรึกษาโดยแพทย์ ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น 4.16 ดอลลาร์สหรัฐต่อการดูแลผู้ป่วย 1 ราย ส่วนการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล พบว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 2.82 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย ดังนั้นการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าคิดเป็น 2/3 ของค่าให้คำปรึกษาโดยแพทย์ (58)

อย่างไรก็ตามพบว่าประสิทธิผลที่ได้รับจากการรักษากลุ่มผู้สูงอายุไม่คุ้มค่าการลงทุน (59) เนื่องจากต้องการการให้คำปรึกษาที่ต้องใช้ระยะเวลามากกว่า มีการลงทุนมากกว่า เพื่อให้ได้ประสิทธิผลในระดับเดียวกับกลุ่มผู้ดื่มสุราที่มีอายุน้อยกว่า

โดยสรุปการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราจากการศึกษาโดยส่วนใหญ่พบว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และกลุ่มผู้ติดสุราที่ยังมีอาการติดไม่มาก มีประสิทธิผลคุ้มค่า ควรนำไปใช้ในการปฏิบัติประจำในเวชปฏิบัติ และรายงานผลของการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราสองฉบับ (60, 61) ก็ให้ผลยืนยันประสิทธิผลคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาแบบสั้น

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2550 กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (29) ทั้งนี้ ตามแนวเวชปฏิบัติ ได้แนะนำให้ทำการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ห้องตรวจทั่วไป ซึ่งการทำการคัดกรองอาจทำโดยการซักประวัติหรือการใช้แบบคัดกรอง Quantity-Frequency Questions, CAGE, AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test ซึ่งเมื่อทำการคัดกรองแล้ว ผู้ป่วยจะแบ่งได้เป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ดื่มในปริมาณที่มีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดอันตราย กลุ่มที่มีการดื่มระดับเสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตราย และกลุ่มที่ติดสุรา การให้การดูแลขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มใด หากเป็นกลุ่มที่ดื่มในปริมาณที่มีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดอันตราย แนวทางการปฏิบัติคือ การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุรา ส่วนในกลุ่มที่ดื่มระดับเสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตราย แนวทางการปฏิบัติคือ การให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief advice/ brief intervention) และหากอยู่ในกลุ่มติดสุราแนะนำให้ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอาการจากการถอนยา และให้การรักษาต่อในคลินิกผู้ติดสารเสพติด

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราประกอบด้วยสารนิพนธ์ของ นีรนุช เศรษฐกร ซึ่งศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดการดื่มสุราในผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินเนื่องจากการดื่มสุรา (62) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน โดยการซักประวัติ พบว่ามีประวัติดื่มสุราก่อนเกิดอุบัติเหตุ 6 ชั่วโมง หรือประวัติการดื่มสุราก่อนเกิดเหตุ 8 ดื่มมาตรฐาน หากใช้ CAGE

questionnaire พบว่ามีคะแนน ≥1 และหากใช้ แบบคัดกรอง AUDIT ประเมินได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ซักประวัติได้ว่าผู้ดื่มสุราอยู่ในเกณฑ์กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรืออันตราย และไม่เป็นผู้ติดสุรา โปรแกรมการดูแลเพื่อลดการดื่มสุรา ควรเป็นกิจกรรมที่ใช้ระยะเวลาสั้น ซึ่งอาจเป็น brief intervention, motivational intervention, brief negotiated interview ผู้บำบัดควรผ่านการฝึกอบรมเรื่องการคัดกรอง และทักษะการสัมภาษณ์ เนื้อหา ควรได้รับการฝึกอบรมในเรื่อง motivational interviewing techniques และสำหรับรายละเอียดเนื้อหาและเทคนิคของโปรแกรมการบำบัดนั้น ประกอบด้วย การฟังและสะท้อนข้อมูล (reflective listening techniques) การส่งเสริมศักยภาพในตัวของผู้ป่วย การแสดงความเข้าอกเข้าใจ (empathy) มีท่าทีที่ความอบอุ่น (warmth) และจริงใจ (genuineness) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (confrontation) หลังจากนั้นควรมีการติดตามผู้ป่วยทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณการดื่มสุรา และกระตุ้นซ้ำ โดยการนัดหมายเพื่อติดตามที่หน่วยบริการ การติดตามโดยการใช้จดหมายหรือการติดตามทางโทรศัพท์

ประเด็นการนำไปใช้ ข้อจำกัด และความเป็นไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราระดับอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลคุ้มค่า อย่างไรก็ตามยังมีคำถามอีกมากมายซึ่งต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นเมื่อนำไปใช้ปฏิบัติจริงเป็นงานประจำในเวชปฏิบัติ และวิธีการที่จะทำให้มีการนำการให้คำปรึกษาแบบสั้นใช้ไปใช้ในเวชปฏิบัติอย่างแพร่หลาย (63)

ถึงแม้ว่าจะได้มีการพัฒนาวิธีการคัดกรองและการให้คำปรึกษามานานกว่า 40 ปี แล้ว การให้คำปรึกษาแบบสั้นยังไม่ได้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ แพทย์และพยาบาลในเวชปฏิบัติยังขาดความมั่นใจในศักยภาพของตนในการให้คำปรึกษา ข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้คำปรึกษา (64, 65) ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าต้องคัดกรองผู้ป่วยจำนวนมาก เพื่อที่บ่งชี้ผู้ที่มีปัญหาเพียงไม่กี่คน และหลังจากให้การดูแลแล้วพบว่ามีผู้เข้ารับคำปรึกษาจำนวนไม่มากที่ได้รับประโยชน์เมื่อเทียบกับเวลา และการลงทุนลงแรงที่ได้ทำไป (42)

ข้อเสนอแนะ

การที่จะทำให้มีการนำการให้คำปรึกษาแบบสั้นไปใช้อย่างแพร่หลาย องค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย การให้ความสำคัญ ความเข้มข้นของการอบรม และความพยายามในการผลักดันให้มีการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ทั้งนี้ต้องมีการให้การอบรมและให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ (66) การเพิ่มความรู้และการฝึกฝนให้กับบุคลากรจะเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรอง และการให้คำปรึกษา (67) ความมุ่งมั่นตั้งใจ และแรงจูงใจที่จะให้คำปรึกษาของบุคลากรก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการให้คำปรึกษาไปสู่การปฏิบัติเป็นประจำในเวชปฏิบัติ และควรมีการให้ความรู้ทางด้านนี้ตั้งแต่หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้แพทย์และพยาบาลได้มีความตระหนักและให้ความสำคัญตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพ (66) ทั้งนี้พบว่าการให้ความรู้ การอบรม และให้ได้ฝึกฝนทักษะที่เหมาะสม สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มพูนทักษะอย่างมีนัยสำคัญ (68)

การให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยส่วนใหญ่จากการทบทวนพบว่า ได้รวมเอาองค์ประกอบของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจไว้ด้วย (9, 10, 12, 37) และจากการทบทวนพบว่าการให้คำปรึกษาที่มีการสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลอย่างชัดเจน หากการให้คำปรึกษาแบบสั้น องค์ประกอบเป็นหลัก (12, 37) และทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาระยะหลังยังพบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้น มีประสิทธิผลมากกว่าการให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว (69)

ใครควรเป็นผู้ทำ brief intervention

ผลการทบทวนการศึกษาพบว่า ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาโดยการสร้างเสริมแรงจูงใจไม่ขึ้นกับพื้นฐานการศึกษาของผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้การให้คำปรึกษาสามารถทำได้โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจเป็นนักจิตวิทยา จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาล นักโภชนาการ หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ (37)

การให้คำปรึกษาแบบสั้นเมื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงพบว่า แพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่ยังขาดทักษะ ปัญหาที่พบในเชิงปฏิบัติ คือการขาดการติดตามต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และอาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ทั่วไปอาจไม่ใช่กลุ่มที่เหมาะสมในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (70) เมื่อเปรียบเทียบในเชิงเศรษฐศาสตร์แล้ว ระหว่างการให้คำปรึกษาโดยแพทย์เทียบกับพยาบาล พบว่าการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลมีประสิทธิผลคุ้มค่ามากกว่าคือใช้จ่ายต่ำกว่า คือประมาณ 2/3 ของการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ (58) อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลยังขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษา ต้องการมีความรู้และได้รับการอบรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษา (43, 58)

โดยรวมแล้วเนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขแต่ละฝ่ายมีข้อเด่นข้อด้อยแตกต่างกัน การให้คำปรึกษาควรทำเป็นทีมประกอบด้วยทั้งแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้แล้วการเพิ่มพูนความรู้และการฝึกฝนทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนที่สำคัญ (66, 71)

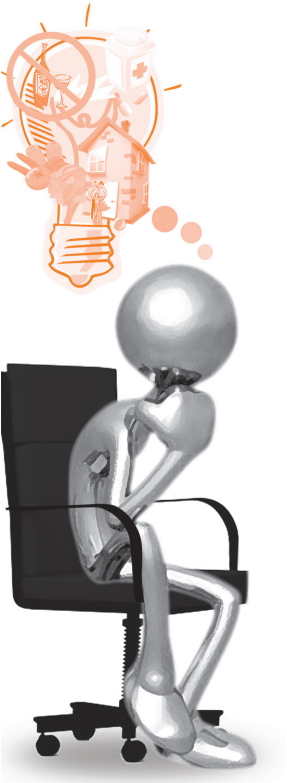
สำหรับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา บุคลากรทางสาธารณสุขจะเป็นผู้คัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มส่วนผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นพยาบาล โดยที่ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองและการให้คำปรึกษาจะต้องผ่านการอบรมและมีการรับรองยืนยันว่ามีศักยภาพที่จะให้การดูแลตามที่ได้รับการอบรมไป (4, 45)

บริบทที่ควรทำการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น

การคัดกรองเป็นงานที่ต้องลงทุน ต้องใช้ทั้งเวลาและทรัพยากรจำนวนมาก แต่เนื่องจากทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องใช้วิธีที่จะเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด การคัดกรองจึงควรทำในสถานที่ที่มีความชุกของปัญหาสูงอยู่แล้ว เพื่อลดความสูญเปล่าในการใช้ทรัพยากร

เนื่องจากในห้องฉุกเฉินเป็นจุดปฏิบัติงานที่มีโอกาสสูงที่จะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ดังนั้นจึงควรทำการคัดกรอง ผู้ป่วยทุกรายที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน แต่หากมีข้อจำกัดในเรื่องด้านทรัพยากรแนะนำให้สุ่มทำการคัดกรองในกลุ่มที่พบว่ามีอุบัติการณ์สูง โดยคัดกรองในผู้ป่วยชายที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน (67)

นอกจากนี้แล้วผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ทั้งนี้สอดคล้องกับภารกิจหลักที่มุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิภาพและ มีประสิทธิผลคุ้มค่า (1-4)



ประเด็นที่ควรต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม

ประสิทธิผลคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ดื่มสุราสูง เป็นไปได้ว่าการคัดกรองน่าจะมีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่ามากกว่าการศึกษาในต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ได้ทำการคิดคำนวณความคุ้มค่าของการลงทุน และขาดข้อมูลการศึกษาที่ประเมินผลในระยะยาว นอกจากนี้ ยังขาดข้อมูลเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาเมื่อนำไปใช้เป็นงานประจำ ถึงแม้ว่าจากการศึกษาเชิงทดลองจะบ่งว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นจะมีประสิทธิผล แต่ข้อมูลต่างๆ นั้นได้จากการรวบรวมข้อมูลในการทดลอง เมื่อนำไปปฏิบัติจริงในเวชปฏิบัติอาจให้ผลที่แตกต่างกัน คำถามที่สำคัญที่ยังต้องการการค้นหาก็คือประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาในระยะยาว

นอกจากนี้แล้วพบว่าในปัจจุบันยังขาดข้อมูลในเชิงลึกเรื่ององค์ประกอบที่เป็นปัจจัยสำคัญของเทคนิคการให้คำปรึกษาที่เป็นกุญแจสู่ความสำเร็จ ทั้งนี้เพราะในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษามักใช้หลายเทคนิคในการให้การดูแล ทั้งนี้หากทราบว่าองค์ประกอบใดเป็นส่วนสำคัญ จะทำให้สามารถพัฒนาการดูแลให้ใช้เวลาน้อยลง มีความคุ้มค่ามากขึ้นภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดได้มากขึ้น

สรุป

ถึงแม้การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย โดยหลักประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญคือ การถามหรือคัดกรอง ทั้งนี้สามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งในงานวิจัยต่างๆ ได้มีการใช้วิธีการที่แตกต่างกัน เช่น การให้การสัมภาษณ์ปริมาณการดื่ม การใช้แบบคัดกรอง CAGE, AUDIT หรือแบบคัดกรองอื่นๆ เช่น การใช้วิธีการตรวจระดับเอนไซม์ GGT ในกระแสเลือด การประเมินผลอาศัยข้อมูลที่ได้จากการถามและคัดกรอง ผลการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม การประเมินผล สามารถทำได้พร้อมๆ กับการคัดกรองหลังจากกระบวนการนี้แล้ว เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาและติดตาม

การบำบัดแบบสั้นมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ การให้คำแนะนำถึงผลเสียทั้งนี้เน้นการให้คำแนะนำโดยใช้การให้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นฐาน โดยให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราต่อตัวเอง (feedback) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing motivation enhancement therapy)

หลักเบื้องต้นที่สำคัญใน**การให้คำแนะนำ** (brief advice) ประกอบด้วย feedback ดังได้กล่าวข้างต้น การเน้นให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสำเร็จคือตัวเองและเป็นความรับผิดชอบของตนเอง (responsibility) การให้คำแนะนำเรื่องความรู้ที่เกี่ยวกับปริมาณการดื่มและพฤติกรรมการดื่มที่เหมาะสม รวมถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มในระดับที่อันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา (advice) การเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย (menu of options) ท่าทีที่แสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้ให้คำปรึกษา (empathy) และการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (support of self efficacy) ซึ่งองค์ประกอบ 6 ข้อนี้มีตัวย่อในการช่วยจำว่า FRAMES

การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ก็มีความหลากหลายทั้งเทคนิคและรูปแบบของการให้คำปรึกษา ระยะเวลาที่ให้คำปรึกษาเช่นกัน อาจใช้เวลาสั้นมาก เช่น 5-20 นาที หรืออาจ

นานถึง 1 ชั่วโมง องค์ประกอบที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบสั้นก็คือการให้ข้อมูลของผู้ป่วยเอง (feedback) เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหา และการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความจำเป็นในการใช้เวลาและเทคนิคในการให้คำปรึกษาแตกต่างกัน ขึ้นกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งนี้สามารถประเมินระดับแรงจูงใจได้โดยเทียบกับพื้นฐานเรื่องระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska และ Di Clemente (26) การให้คำแนะนำปรึกษาขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของลำดับขั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้ป่วยที่ยังอยู่ในขั้นต้นๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ ยังไม่ตระหนักรู้ (pre-contemplation) หรือลังเลใจ (contemplation) กระบวนการหลักของการให้คำปรึกษาคือ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ยังไม่ตระหนักรู้ (pre-contemplation) ต้องสร้างความตระหนักโดยให้คำแนะนำซึ่งเน้นการใช้วิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) หากผู้ป่วยตระหนักรู้แล้วแต่ยังลังเลใจ (pre-contemplation) ควรเน้นให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยชั่งระหว่างข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเดิมเทียบกับหากลดหรือหยุดดื่มสุรา (pros and cons) ซึ่งผู้ป่วยมีแรงจูงใจมากน้อยแตกต่างกัน การให้คำปรึกษาจะใช้เวลามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบนี้เป็นส่วนสำคัญ ร่วมกับการใช้เทคนิคพื้นฐาน FRAMES และการเน้นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ซึ่งสามารถทำได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจของตนเอง (Self Motivation Statement-SMS) อาศัยทักษะการถาม สะท้อนความและสรุปความ

หากผู้ป่วยมีความตระหนักอยู่เดิม และมีแรงจูงใจอยู่บ้างแล้ว อาจก้าวเข้าสู่การตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (determination) ได้เร็ว การให้คำปรึกษาเน้นที่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เข้าสู่กระบวนการให้คำแนะนำโดยเสนอทางเลือกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นส่วนที่สำคัญสำหรับกลุ่มนี้ โดยเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และเป็นความรับผิดชอบของตัวเองไม่มีใครทำแทนได้ ซึ่งยังคงตั้งอยู่บนองค์ประกอบพื้นฐาน FRAMES

สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความตระหนักอยู่เดิม มีแรงจูงใจอยู่บ้างแล้ว การให้คำปรึกษาแบบสั้นอาจใช้เวลาโดยรวม 15-20 นาที แต่หากผู้ป่วยยังไม่มีความตระหนักหรือยังลังเลใจ ต้องให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อาจต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาทบทวนพบว่าใช้เวลาโดยประมาณ 50-60 นาที (12) โดยเน้นการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้ป่วยลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องติดตามเพื่อประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง ผู้ให้คำปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมอย่างไรได้บ้าง

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ตีพิมพ์ในช่วง 5 ปีหลังนี้พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิผลชัดเจน (3, 12, 37, 48) และมีประสิทธิผลคุ้มค่า (60, 61) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งหลักฐานในประเทศไทยมีข้อมูลสนับสนุนเช่นเดียวกัน (4, 15)

บริบทที่เหมาะสมสำหรับกระบวนการคัดกรองและการให้คำปรึกษาคือ ห้องฉุกเฉิน และสถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากในห้องฉุกเฉินเป็นจุดปฏิบัติงานที่มีโอกาสสูงที่จะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ดังนั้นจึงควรทำการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน แต่หากมีข้อจำกัดในเรื่องด้านทรัพยากร แนะนำให้สุ่มทำการคัดกรองในกลุ่มที่พบว่ามีอุบัติการณ์สูง โดยคัดกรองในผู้ป่วยชายที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน (67) สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจหลักที่มุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลคุ้มค่า (1-4) การให้คำปรึกษาควรทำเป็นทีมประกอบด้วยทั้งแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้แล้วการเพิ่มพูนความรู้ และการฝึกฝนทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนที่สำคัญ (66, 72)

ประเด็นที่ยังทำการศึกษาเพิ่มเติมคือประสิทธิภาพในระยะยาวมากกว่า 1 ปี ผลของการให้คำปรึกษาคงอยู่ตลอดไปหรือไม่ และประสิทธิผลคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาในประเทศไทยและองค์ประกอบใดในเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้การให้คำปรึกษาแบบสั้นประสบความสำเร็จ เพื่อให้การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาลดลง และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีความคุ้มค่ามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews [serial online] 2007; (2). Available from:http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004148/ frame.html.
2. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings.[comment]. Med Care. [Clinical Trial Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2000 Jan;38(1):7-18.
3. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005 May 9;165(9):986-95.
4. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, ราม รังสินธุ์ และอุษา ตันติแพทยางกูร. รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก; 2547.
5. Bang-on RJ. Alcohol Consumption and Control in Thailand. London: The Global Alcohol Policy Alliances; 2001 [cited 2009 Feb 20]. Available from: http://www.ias.org.uk/resources/publications/theglobe/globe200103-04/gl200103-04.pdf.
6. สมชาย ผลเอี่ยมเอก. การศึกษาผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรในกรุงเทพมหานคร. สารศิริราช 2539;48:212-9.
7. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;1:177-88.
8. Assanangkornchai S. Prevalence and predictors of alcohol-related problem in general practice. Songkla Med J 1990;8(4):7.
9. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J Gen Intern Med 1997;12(5):274-83.
10. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review.[see comment]. Addiction 1993 Mar;88(3):315-35.
11. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Preventive Medicine. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1999 May;28(5):503-9.
12. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol 2006 May-Jun;41(3):328-35.
13. NIAAA. The physicians' guide to helping patients with alcohol problems. Washington, DC: National institutes of Health; 1995 [cited 2009 Jun 1]; NIH publication No 95-3769]. Available from: http://kobiljak.msu.edu/CAI/OST517/PhysicianGuide.html.
14. ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์โรคติดยา: คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. สงขลา: ลิมบราเดอร์; 2543.
15. วิวัฒน์ เชวงชัยยง, นิศานาถ โชคเกิด. การใช้ CAGE เพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่ติดสุราในโรงพยาบาล. วารสารสวนปรุง 2541 พฤษภาคม-สิงหาคม;14(1):32-7.

16. Selzer ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971 Jun;127(12):1653-8.

17. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction. [Comparative Study]. 1993 Jun;88(6):791-804.

18. Brief Interventions [Online]. DHHS NIH NIAAA. 2005 [cited 2009 Jun 1]. Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA66/AA66.pdf.

19. Miller WR, and Sanchez, V.C, editors. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1993.

20. Gramham AW, Fleming MS. Brief Intervention. In: Schultz TKaW BB, editor. Principles of Addiction Medicine: American Society of Addiction Medicine; 1998. p. 615-30.

21. Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational Interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press; 1991.

22. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991 Apr;59(2):295-304.

23. DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. J Subst Abuse1990;2(2):217-35.

24. Heather N, Rollnick S, Bell A. Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. Addiction1993 Dec;88(12):1667-77.

25. Spivak K, Sanchez-Craig M, Davila R. Assisting problem drinkers to change on their own: effect of specific and non-specific advice. Addiction1994 Sep;89(9):1135-42.

26. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992 Sep;47(9):1102-14.

27. Thomas F, Babor JCH-B. Brief Intervention for Hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care: World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001. Available from: http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf.

28. Miller WAZ, Carlo CD, Robert G. Rychtarik, editors. Motivational enhancment therapy manual: a clinical research guide for therapist treatment individuals with alcohol abuse and dependent. Rockville, Maryland: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism; 1999.

29. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, สุนทรี ศรีโกไสย, บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2549.

30. พิชัย แสงชาญชัย. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ฮาโมนี; 2548.

31. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. Addiction 1993 Mar;88(3):349-62.

32. WHO. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. WHO Brief Intervention Study Group. Am J Public Health. [Clinical Trial Comparative Study Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1996 Jul;86(7):948-55.

33. Kristenson H, Ohlin H, Hulten-Nosslin MB, Trell E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. Alcohol Clin Exp Res 1983 Spring;7(2):203-9.

34. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. Bmj 1988 Sep 10;297(6649):663-8.

35. Drummond DC, Thom B, Brown C, Edwards G, Mullan MJ. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. Lancet 1990 Oct 13;336(8720):915-8.

36. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA1997 Apr 2;277(13):1039-45.

37. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005 Apr;55(513) :305-12.

38. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;51(3):25-35.

39. ดอกรัก ทิพาคำ. ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

40. ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิทิกร สอนชา, การุณย์ หงษ์กา. การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551;53(2):151-64.

41. Kypri K, Saunders JB, Williams SM, McGee RO, Langley JD, Cashell-Smith ML, et al. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: A double-blind randomized controlled trial. Addiction 2004 Nov;99(11):1410-7.

42. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta-analysis. BMJ 2003 6;327(7414):536-40.

43. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2002;26(1):36-43.

44. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:91-111.

45. Chavengchaiyong W, Chockeard FA. The Effect of Brief Intervention to Changing Behaviour of Alcohol Disorder Patients at Lamphun Hospital. Bull Dept Med Serv 2000;25(2):87-95.

46. อัจฉรา ฟองคำ, นิศานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวิชศรี และ ชยันตร์ธร ปุทุมานนท์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุรา และลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546 มกราคม-มีนาคม;49(1):15-26.

47. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N, Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev 2003 Sep;22(3):287-93.

48. Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. Patient Educ Couns 2003 Nov;51(3):277-84.

49. Lindholm L. Alcohol advice in primary health care-is it a wise use of resources?. Health Policy 1998 Jul;45(1):47-56.

50. Freeborn DK, Polen MR, Hollis JF, Senft RA. Screening and brief intervention for hazardous drinking in an HMO: effects on medical care utilization. J Behav Health Serv Res. [Clinical Trial Comparative Study Controlled Clinical Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2000 Nov;27(4):446-53.

51. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis [comment]. Alcohol Clin Exp Res. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2002 Jan;26(1):36-43.

52. Mundt MP. Analyzing the costs and benefits of brief intervention. Alcohol Res Health. [Randomized Controlled Trial]. 2006;29(1):34-6.

53. Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. Soc Sci Med 2001 Mar;52(6):863-70.

54. Barrett B, Byford S, Crawford MJ, Patton R, Drummond C, Henry JA, et al. Cost-effectiveness of screening and referral to an alcohol health worker in alcohol misusing patients attending an accident and emergency department: a decision-making approach. Drug Alcohol Depend2006 Jan 4;81(1):47-54.

55. Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. Ann Surg 2005 Apr;241(4):541-50.

56. Kunz FM, French MT, Bazargan-Hejazi S. Cost-effectiveness analysis of a brief intervention delivered to problem drinkers presenting at an inner-city hospital emergency department. J Stud Alcohol 2004 May;65(3):363-70.

57. Shakeshaft AP, Bowman JA, Burrows S, Doran CM, Sanson-Fisher RW. Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. Addiction. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Nov;97(11):1449-63.

58. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Burleson JA, Zarkin GA, Bray J. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. Alcohol Alcohol 2006 Nov-Dec;41(6):624-31.

59. Mundt MP, French MT, Roebuck MC, Manwell LB, Barry KL. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. Journal of Studies on Alcohol. [Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2005 May;66(3):389-94.

60. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) : toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus 2007;28(3):7-30.

61. Kraemer KL. The cost-effectiveness and cost-benefit of screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in medical settings. Subst Abus 2007 ;28(3):67-77.

62. นีรนุช เศรษฐกร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดการดื่มสุรา ในผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเนื่องจากการดื่มสุรา. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

63. Saitz R. Screening and brief intervention enter their 5th decade. Subst Abus 2007;28(3):3-6.

64. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. Bmj 2002 Oct 19;325(7369):870.

65. Johansson K, Akerlind I, Bendtsen P. Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions: A qualitative study from primary care in Sweden. Addict Behav 2005 Jun;30(5):1049-53.

66. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare: A systematic review. Scand J Prim Health Care 2006 Mar;24(1):5-15.

67. Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high risk alcohol consumption. Drug Alcohol Depend 2006 Jun 9;83(1):1-14.

68. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Higgins PS, Gassman RA, Gould BE. Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. Subst Abus 2004 Mar;25(1):17-26.

69. Pal HR, Yadav D, Mehta S, Mohan I. A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India community-based sample followed for 3 months. Alcohol Alcohol. [Comparative Study Randomized Controlled Trial]. 2007 Jul-Aug;42(4):328-32.

70. Roche AM, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. Drug Alcohol Rev 2004 Mar;23(1):11-8.

71. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. Alcohol Alcohol 2002 Jan-Feb;37(1):38-42.

Brief Intervention in Alcohol Abuse

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถ.ช่างหล่อ ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525
โทรสาร 053-273201
www.i-mapthailand.org