

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

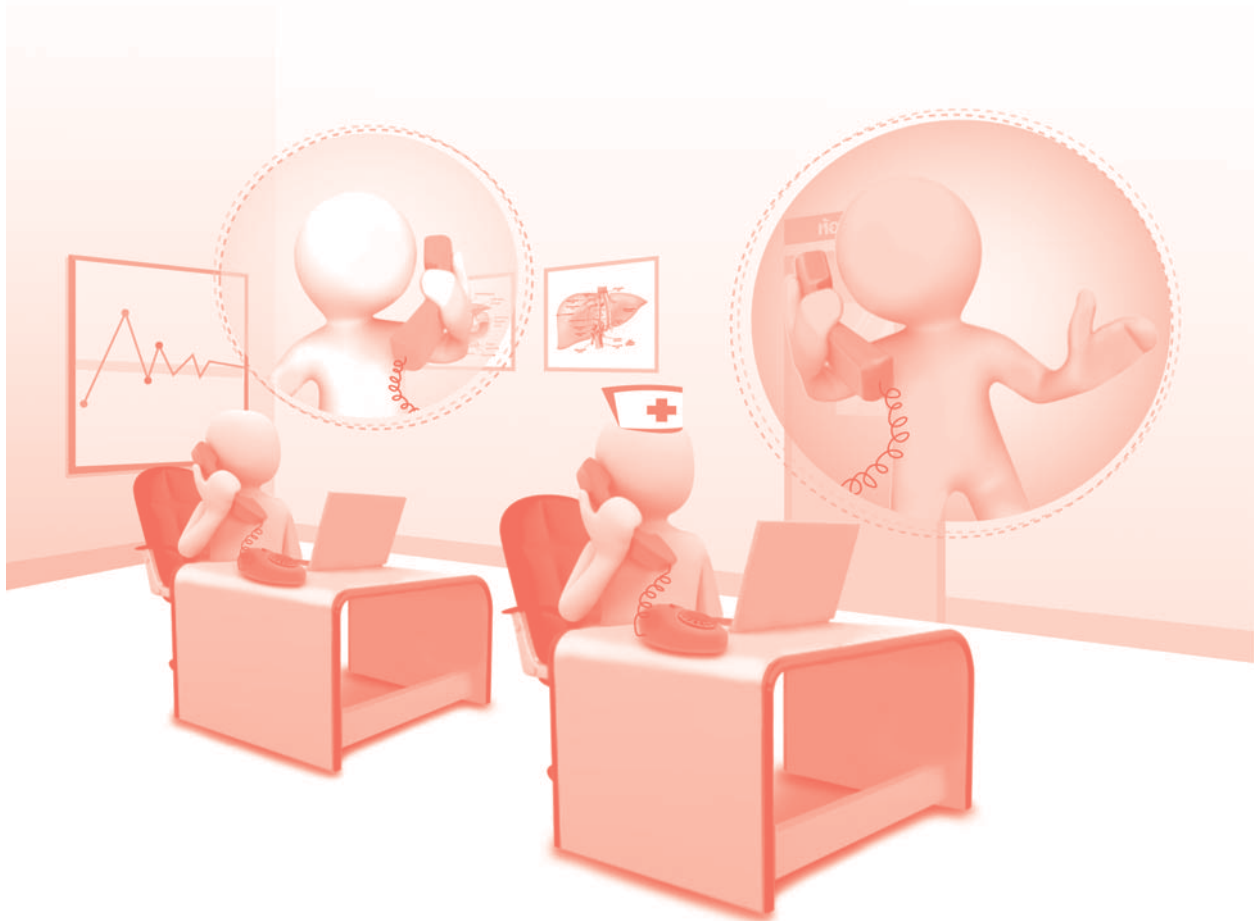
สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ที่ได้รับผลกระทบในครอบครัว
Telephone Counseling for Alcohol Abusers and their Family



โดย แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ที่ได้รับผลกระทบในครอบครัว

Telephone Counseling for Alcohol Abusers and their Family



การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหการดื่มสุรา และผู้ที่ได้รับผลกระทบในครอบครัว

Telephone Counseling for Alcohol Abusers and their Family

เรียบเรียงโดย

แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย

ISBN : 978-974-296-808-3

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหการดื่มสุรา (ผรส.)

ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์ (ศปสท.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหการดื่มสุรา (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลห้วยยา อำเภอมะเอยีล จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201

มือถือ 08 0491 0505, 08 0500 2140

www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม 2556

จำนวน : 46 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 1,000 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิดาการพิมพ์ โทรศัพท์ 0 5311 0503-4, 08 1783 8569

ข้อมูลค้นคว้า :

สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหการดื่มสุรา

และผู้ที่ได้รับผลกระทบในครอบครัว. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหการดื่มสุรา (ผรส.); 2556.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาติให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใด ๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส. โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนิยม

จากปัญหาการดื่มสุราที่รุนแรงมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ทำให้มีความต้องการการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ในขณะที่บริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ติดสุราในระบบบริการสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดและไม่ครอบคลุม การจัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จึงนับเป็นช่องทางหนึ่งในการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ ที่สามารถให้บริการทั้งผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยตรง และผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวของผู้ดื่มสุราอีกด้วย

อนึ่ง แม้ในการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพเอง ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราส่วนใหญ่ขาดความตระหนักถึงปัญหาของตน หรือหากทราบว่ามีปัญหาแต่ไม่กล้าเข้ารับบริการ หรืออาจเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นการจัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จะเป็นช่องทางหนึ่งให้ผู้รับบริการกล้าที่จะรับคำปรึกษาแบบไม่เผชิญหน้า นอกจากนี้ บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เองใช้ต้นทุนต่ำ และสามารถนำไปใช้ในบริบทที่ต่างกันไป เช่น เพื่อติดตามผู้ป่วย หรือเป็นเครือข่ายบริการเป็นตัวกลางประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดให้มีการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับหลักพื้นฐานในการให้บริการทางโทรศัพท์ ทักษะการสื่อสารที่จำเป็น รวมถึงรูปแบบ เทคนิค และบริบทของการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวจากผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

แผนงานฯ หวังว่า เอกสารวิชาการฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพในการนำมาบูรณาการร่วมกันระหว่างงานบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และงานการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อพัฒนาการบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้เกิดประโยชน์สูงสุด



แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้จัดการแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและคณะที่ปรึกษาด้านวิชาการของแผนงานฯ ที่สนับสนุนงบประมาณ ให้คำปรึกษา บทวิพากษ์ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเอกสารบทความความรู้เรื่อง “การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว” ฉบับนี้

- **แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์**
ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- **พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย**
กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- **คุณธวัชชัย กุศล**
หัวหน้าศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์ (สายด่วน 1413)
- **Mr.Roman Perez Velasco**
นักวิจัยอิสระ

สารบัญ

บทนำ.....	1
• วัตถุประสงค์	2
• วิธีดำเนินงาน	2
• ขอบเขตของการศึกษา	3
ผลการทบทวนองค์ความรู้.....	4
• การให้บริการสุขภาพทางโทรศัพท์	4
• หลักพื้นฐานในการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	5
• ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นสำหรับการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์.....	6
• รูปแบบและบริบทของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์.....	8
• เทคนิคในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา.....	12
• การให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว	14
• การให้บริการสายด่วนเลิกสุรา	17
• ประสิทธิภาพของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา	19
บทสรุป.....	22
ภาคผนวก ตารางแสดงข้อมูลงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่าง	
เป็นกลุ่มทดลองและควบคุม.....	25
เอกสารอ้างอิง.....	33

บทสรุปผู้บริหาร

ปัญหาการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย แต่การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราหรือผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรายังมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการอยู่มาก การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จึงเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ รายงานบททบทวนองค์ความรู้ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมความรู้ที่เหมาะสมนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการพัฒนาระบบบริการสายด่วนเลิกสุรา

การสื่อสารทางโทรศัพท์มีข้อจำกัดด้านข้อมูลจากภาษากายที่คู่สนทนาสื่อออกมา ดังนั้นการให้บริการทางโทรศัพท์ ผู้ให้บริการควรจะต้องมีทักษะการฟังที่ดี และสามารถจับสังเกตถึงความผิดปกติของอารมณ์และความรู้สึกได้ผ่านทางการพูด โทนเสียงหรือปฏิกิริยาอื่นๆ ที่สื่อออกมาจากการสื่อสารทางโทรศัพท์ ควรทบทวนความเข้าใจเป็นระยะ ๆ ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งความประทับใจที่เกิดขึ้นจากการพูดคุยกันครั้งแรกก็มีความสำคัญเฉกเช่นเดียวกับความประทับใจแรกพบที่เกิดขึ้นเวลาเจอกัน ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้รับบริการกลับมาติดต่อหรือยินดีในการติดตามผล และเมื่อจะสิ้นสุดการสนทนาควรถามอีกครั้งว่ายังมีสิ่งใดที่สงสัย ทบทวนและสรุปความสิ่งที่สำคัญที่ได้คุยกัน การส่งต่อและการนัดหมายติดตาม

การบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษามีความสำคัญ ควรบันทึกให้เสร็จหลังการสนทนา จดประเด็นสำคัญ ได้แก่ คำถามที่ถาม ความรู้สึกด้านลบ รวมถึงวันที่ให้คำปรึกษา เพื่อให้การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา หน่วยงานที่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จำเป็นต้องมีการพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการให้มีมาตรฐาน เพื่อสามารถใช้ร่วมกันภายในทีมและผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกฝนทักษะในการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ห้องทำงานต้องมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน เพื่อให้ผู้ให้บริการมีสมาธิ สามารถให้บริการทางโทรศัพท์โดยไม่มีภารกิจอื่นเข้ามารบกวน และไม่มีเสียงแทรกแซงที่ให้บริการ เช่น เสียงแทรกคุยกันของเพื่อนร่วมงาน ผู้ให้บริการต้องให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการว่า ผู้ให้บริการพร้อมที่จะรับฟัง การพูดคุยมีความเป็นส่วนตัวและเรื่องราวที่คุยจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย ในกรณีที่มีการบันทึกเสียงของการสนทนา ผู้ให้บริการต้องได้รับความยินยอมให้บันทึกเสียงจากผู้รับบริการด้วย

การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุราได้ถูกนำไปใช้ในหลายรูปแบบในบริบทที่ต่างกันไป ตั้งแต่การให้บริการให้คำปรึกษาหลังจากคัดกรองพบว่ามีปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุรา ซึ่งอาจคัดกรองจากห้องฉุกเฉิน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือจากการคัดกรองในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามผู้ป่วยในกรณีการนัดหมาย หรือการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาต่อเนื่องภายหลังรับการบำบัดเพื่อเลิกสุราในกลุ่มผู้ที่ติดสุรา โดยส่วนใหญ่ในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา จะใช้หลักการให้คำปรึกษาแบบสั้น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การสร้างเครือข่ายในการจัดบริการเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการซึ่งช่วยให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การทำงานเชื่อมต่อนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา เนื่องจากการที่จะมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การปรึกษาในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปได้ยาก การทำงานร่วมกันโดยเชื่อมต่อนระหว่างผู้ทำงานในบริการปฐมภูมิประสานให้เข้าถึงการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นทางเลือกหนึ่งของการเพิ่มศักยภาพในการจัดระบบบริการ

การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สามารถทำร่วมกับการส่งจดหมายเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้พูดคุยคำแนะนำ โดยมีเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน เน้นย้ำเรื่องการนัดหมาย โดยส่งจดหมายถึงผู้รับบริการภายใน 2 วันหลังการสนทนาทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการให้บริการ ทั้งนี้หลังจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ควรมีการติดตามผล ซึ่งได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินผลด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่ม ความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า และการขับขี้ปอดก๊ยก และเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ หน่วยบริการควรนำเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมาใช้ในการประเมินผลหลังการให้คำปรึกษา ซึ่งมีเครื่องมือหลายชิ้นที่ได้แปลเป็นภาษาไทย และผ่านกระบวนการวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือให้ได้มาตรฐาน

ในการให้คำปรึกษาผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหาการดื่มสุราของคนในครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจภาวะที่เกิดขึ้นในครอบครัว เนื่องจากกลไกที่ใช้ในการแก้ปัญหาของแต่ละครอบครัวแตกต่างกัน ความต้องการความช่วยเหลือของเรื่องคำปรึกษาสำหรับแต่ละครอบครัวจึงแตกต่างกัน เช่น หากครอบครัวใช้กลไกการปกป้องเป็นกลไกหลักในการแก้ปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยให้ใช้กลไกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมเนื่องจากการปกป้องสุดท้ายกลายเป็นการส่งเสริมให้ติดสุรามากขึ้น หรือการใช้ครอบครัวใช้กลไกการควบคุม หรือการตำหนิครอบครัวอาจมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ หรือหากใช้กลไกการแยกตัวจะส่งผลให้ครอบครัวมีข้อจำกัดเรื่องเครือข่ายความช่วยเหลือจากชุมชนที่ตนอยู่ นอกจากนี้แล้วปัญหาเรื่องความรุนแรงเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องประเมินร่วมด้วยเสมอในการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

สายด่วนให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสุรานั้นโดยส่วนใหญ่มีพัฒนาการตามมาหลังจากการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ แต่การให้บริการสำหรับสายด่วนเลิกสุรามีลักษณะพิเศษต่างจากการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่คือ การให้บริการสายด่วนเลิกสุราครอบคลุมไปถึงครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราด้วย การให้บริการสายด่วนในประเทศไอร์แลนด์ ใช้ชื่อสายด่วนว่า Drinkline แทนคำว่า Helpline เพื่อให้ความหมายเชิงบวก เพราะผู้โทรสามารถโทรเข้ามาได้โดยไม่ต้องเป็นผู้ที่รู้สึกว่าคุณมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้โครงการพัฒนาสายด่วนเลิกสุราในประเทศไอร์แลนด์ เป็นการพัฒนาโดยสร้างความตระหนักและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งชุมชนมีส่วนในการเสนอความเห็นเรื่องการจัดซื้อสำหรับการให้บริการสายด่วน และทำกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราและการรับรู้ถึงการจัดบริการสายด่วน โดยมีการทำสติ๊กเกอร์ แผ่นพับรณรงค์

การพัฒนาสายด่วนเลิกสุราในประเทศอูกันดามีลักษณะการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเช่นเดียวกัน ซึ่งมีการรณรงค์ระดับชาติให้คนหนุ่มสาวดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ (drink responsibly) และได้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องเวลาให้บริการของสายด่วนเลิกสุราผ่านทางรายการวิทยุ ช่วงเวลาโฆษณา และแผ่นพับใบปลิว โดยผู้ให้คำปรึกษาทั้งหมดได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และมีทีมงานซึ่งพูดได้หลายภาษา ทั้งนี้มีข้อสังเกตจากประสบการณ์สายด่วนประเทศต่างๆ คือ ช่วงเวลาให้บริการควรเปิดให้ยาวนานและเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งหากเปิดทำการเฉพาะเวลาราชการทำให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และควรสร้างเครือข่ายบริการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อจะได้ส่งต่องานระหว่างกันได้

สำหรับประสิทธิผลของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นั้นพบว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสำหรับกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง ช่วยให้มีพฤติกรรมการขับขี้อลดน้อยลง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ในกลุ่มผู้รับการปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่ติดสุรายังไม่มีข้อมูลว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีประสิทธิผล ทั้งนี้ในการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามให้คำปรึกษาหลังจากรับการบำบัดรักษาการติดสุราในสถานพยาบาลพบว่า ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดในผู้ที่มีแนวโน้มสูงในการกลับไปติดซ้ำ การรักษาด้วยวิธีมาตรฐานซึ่งเป็นการนัดหมายผู้รับการบำบัดมาทำกิจกรรมได้ผลดีกว่า ส่วนในกลุ่มผู้รับการบำบัดที่มีแนวโน้มการกลับไปติดสุราต่ำ พบว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อเนื่องหลังรับบำบัดสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาจะมีประสิทธิผลสำหรับในกลุ่มผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง ข้อมูลที่จำกัดอยู่มากเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาในระยะยาว การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรายังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนา ยังไม่มีการศึกษาเรื่องวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว การพัฒนาระบบบริการควรมีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาถอดบทเรียน เกิดเป็นองค์ความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาและจัดบริการที่เหมาะสมในบริบทของประเทศไทย และควรทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคและรูปแบบที่ต่าง ๆ กัน ทั้งนี้การพัฒนาระบบการติดตามผลในระยะยาวมีความจำเป็นสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อที่จะได้สามารถพัฒนาการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทนำ

ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มสุราในประเทศไทยปี พ.ศ.2552 พบว่าร้อยละ 29.3 ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ดื่มสุรา และร้อยละ 13.5 ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา¹ อย่างไรก็ตามการให้บริการสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรายังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราเองขาดความตระหนัก ไม่กล้าขอเข้ารับบริการเพื่อรับคำปรึกษา รู้สึกอายที่จะรับการปรึกษา หรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากท่าทีที่มีอคติของบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้การจัดบริการเพื่อให้ความช่วยเหลือยังไม่ทั่วถึง และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรายังไม่ทราบแหล่งที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการ เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และใช้ต้นทุนในการให้บริการน้อยกว่าการให้บริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตระหนักดีว่าการรณรงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมลด ละ เลิกการดื่มสุราอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นจะต้องให้ประชาชนเข้าใจถึงวิธีการหยุดดื่มสุราอย่างถูกต้องและปลอดภัย จึงได้ก่อตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาลด ละ เลิกการดื่มสุรา (CALL Center) ในวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2548 ซึ่งภายหลังได้เปลี่ยนชื่อเป็น **“ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์” (Alcohol HELP Line Center)** ซึ่งถือว่าเป็นช่องทางหนึ่งของการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

รายงานทบทวนองค์ความรู้ฉบับนี้จึงได้จัดทำขึ้น เพื่อรวบรวมความรู้ที่เหมาะสมนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เนื้อหาที่รวบรวมประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานและการเลือกเทคนิคในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และประสบการณ์การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ผ่านมาในประเทศต่าง ๆ ซึ่งมีความสำคัญ เพื่อพัฒนาการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เกิดประโยชน์สูงสุด



วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนองค์ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว (ได้แก่ ภรรยา-สามี, บุตร, มารดา-บิดา, ญาติพี่น้อง) ในประเด็นหลักของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เทคนิคของการให้คำปรึกษาที่นำไปใช้
2. เพื่อศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา
4. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการเลิกสุราทางโทรศัพท์ (สายด่วนเลิกเหล้า): บทเรียนจากต่างประเทศ

วิธีดำเนินงาน

ทบทวนหลักฐานทางวิชาการเรื่องการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยใช้ฐานข้อมูล Medline, Embase, PsychInfo, CINAHL, AMED, BNI, HMIC, HEALTH BUSINESS ELITE โดยสืบค้นผ่านห้องสมุดของ NHS โดยใช้ search term คือ (phone OR hotline OR helpline OR quitline) AND alcohol* NOT (smok* OR suicid* OR gamb*) ร่วมกับการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจาก Cochrane Library และการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลงานวิจัยในประเทศไทยได้แก่ Chula Med Library, Thai Index Medicus, Siriraj Medical Library Thai Medical Index และ Thai list โดยรวบรวมบทความที่เป็น Systematic Review, Randomized Controlled clinical trial และ Cost-effectiveness studies และทบทวนเรื่องรูปแบบการให้บริการสายด่วนเลิกสุราในประเทศต่างๆ จาก Google search engine



ขอบเขตของการศึกษา

- หลักการพื้นฐานในการให้บริการและทักษะการสื่อสารสำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- รูปแบบและบริบทของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา
- การให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการมีสมาชิกในครอบครัวที่ติดสุรา
- ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ
- บริบทของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุรา
- รูปแบบและประสบการณ์การให้บริการสายด่วนเลิกสุราในต่างประเทศ



ผลการทบทวนองค์ความรู้

การให้บริการสุขภาพทางโทรศัพท์

ตั้งแต่มีการคิดค้นประดิษฐ์โทรศัพท์ขึ้นมาในปี พ.ศ.2419 โทรศัพท์ได้ถูกนำไปใช้เพื่อให้บริการทางสุขภาพ โดยข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการใช้โทรศัพท์เป็นครั้งแรกโดยอเล็กซานเดอร์ เกรแฮม เบล (Alexander Graham Bell) เป็นการขอความช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลเบื้องต้น เมื่ออเล็กซานเดอร์ เกรแฮม เบล ทำการดัดแปลงหูฟังโทรศัพท์ของตนเอง นับแต่นั้นการใช้โทรศัพท์เพื่อให้บริการทางสุขภาพยังไม่ได้มีการใช้มากนัก ถึงแม้ว่าโทรศัพท์จะเป็นอุปกรณ์ที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน²

อย่างไรก็ตามเนื่องจากความต้องการในการใช้บริการทางสุขภาพได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบันและเกิดข้อจำกัดของทรัพยากรเพื่อให้บริการสุขภาพ การให้บริการทางโทรศัพท์จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ยากเช่น กลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางสุขภาพและเพิ่มคุณภาพในการบริการ^{3, 4} นอกจากนี้แล้วลักษณะของการให้บริการทางโทรศัพท์ซึ่งผู้รับบริการไม่ต้องแสดงตนต่อหน้าผู้ให้บริการ ทำให้การโทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษาเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการขอความช่วยเหลือแต่ยังไม่พร้อมที่จะแสดงตน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งจากงานวิจัยที่ทำการสำรวจในกลุ่มเด็กวัยรุ่นเรื่องทางเลือกเพื่อขอรับคำปรึกษาพบว่า วัยรุ่นเลือกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นอันดับ 1 และเลือกการขอรับการปรึกษาแบบตัวต่อตัวซึ่งต้องเผชิญหน้ากับผู้ให้คำปรึกษาเป็นลำดับที่ 2⁴

การให้บริการทางโทรศัพท์มีหลายลักษณะ ทั้งรูปแบบของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อติดตามหลังจากการรับการรักษาที่คลินิก การให้บริการทางโทรศัพท์ในลักษณะของศูนย์ให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์ เช่น สายด่วนเลิกสูรา สายด่วนเลิกบุหรื ซึ่งอาจใช้ชื่อต่างๆ กัน เช่น Quitline, Hotline, Helpline, Drinkline การให้บริการสายด่วนให้คำปรึกษาเพื่อเลิกใช้สารเสพติด เป็นบริการทางโทรศัพท์เพื่อให้บริการช่วยเหลือสำหรับผู้ติดสารเสพติด ในปัจจุบันโดยส่วนใหญ่การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีการให้บริการเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรื ผู้ติดสูรา หรือผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว

ดังเช่นในประเทศไทยมีการให้บริการสายด่วนเลิกสุรา (1413) และสายด่วนเลิกบุหรี่ (1600)

การให้บริการทางโทรศัพท์มีหลายระดับ ตั้งแต่ในระดับการให้ข้อมูลเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น การให้ข้อมูลเพื่อส่งต่อผู้ที่ติดสุราเข้ารับการบำบัดที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการทางโทรศัพท์มีการใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น ทั้งนี้การให้บริการทางโทรศัพท์มีหลักการพื้นฐานในการให้บริการดังนี้

หลักพื้นฐานในการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์^{2, 5}

1. ตอบรับสายโทรศัพท์ทันทีที่มีการเรียกสาย
2. บอกชื่อของผู้รับสายให้ผู้โทรเข้าได้ทราบชื่อ
3. ขอชื่อและเบอร์โทรของผู้โทรเข้า ทั้งนี้เพื่อจะสามารถโทรกลับได้ ใช้ในการติดตามหรือในกรณีที่สายหลุด ผู้ให้บริการจะสามารถโทรกลับไปได้ทันที
4. พุดสายโดยตรงกับบุคคลที่มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ
5. บันทึกวันที่และเวลาที่มีการโทรเข้ามาเพื่อขอรับบริการ
6. บันทึก ชื่อ เพศ และอายุ ไว้เป็นหลักฐาน เช่นเดียวกับการบันทึกประวัติผู้ป่วยเหมือนการให้บริการที่สถานพยาบาล
7. สอบถามรายละเอียดของปัญหา ประวัติความเจ็บป่วย
8. ให้คำแนะนำเรื่องการรักษา หรือแผนการดูแลที่ต้องทำต่อไป
9. ให้คำแนะนำเพื่อติดตามอาการและการพบแพทย์ เช่น ในกรณีอาการแยลงอาการไม่ดีขึ้นในเมื่อผ่านไปถึงช่วงที่น่าจะดีขึ้น หรือมีอาการใหม่เพิ่มขึ้นมา
10. สรุปบทสนทนาถึงประเด็นสำคัญที่ผู้รับบริการควรนำไปปฏิบัติ
11. สอบถามผู้รับบริการให้ทวนความในสิ่งที่ได้แนะนำไป และการสอบถามเพื่อทวนความเข้าใจควรทำตลอดช่วงของการสนทนาในสาย
12. สอบถามผู้รับบริการว่ามีคำถามเพิ่มเติมหรือไม่ หรือมีประเด็นสำคัญที่ยังไม่ได้ถาม
13. ควรให้ผู้รับบริการเป็นผู้วางสายก่อน



ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นสำหรับการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์^{2, 5}

- การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) และการถามรายละเอียดเพื่อให้ได้ประวัติที่ชัดเจน
- การทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้รับบริการซึ่งโทรเข้ามา และการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการทางโทรศัพท์มีความเข้าใจที่ถูกต้อง
- มีความไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ เช่น กรณีที่ผู้รับการปรึกษามีโทนน้ำเสียงที่เปลี่ยนไปหรือนิ่งเงียบไม่พูด
 - การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการถาม
 - การให้คำแนะนำ
 - การจดบันทึกข้อมูล

โดยทั่วไปในการให้บริการทางสุขภาพหรือการรักษาโรค การสอบถามประวัติเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากที่สุด เพื่อให้ได้การวินิจฉัย ซึ่งโดยทั่วไป ประมาณร้อยละ 75 ของการดูแลผู้ป่วยสามารถให้การวินิจฉัยได้จากการสอบถามประวัติเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามในการสื่อสารโดยทั่วไปภาษากายมีความสำคัญอย่างมากในการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ให้การรักษา มีบทบาทประมาณร้อยละ 55 ในการสนทนา^{2, 6} จะเห็นได้ว่าการสื่อสารทางโทรศัพท์มีข้อจำกัดในการที่จะได้ข้อมูลจากภาษากายที่คู่สนทนาสื่อออกมา ดังนั้นในการให้บริการทางโทรศัพท์ ผู้ที่ให้บริการจะต้องใช้เวลามากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเพียงพอสำหรับการวินิจฉัย และต้องมีทักษะการฟังที่ดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถจับสังเกตถึงความผิดปกติของอารมณ์และความรู้สึกได้ผ่านทางคำพูด โทนเสียง หรือปฏิกริยาอื่นๆ ที่สื่อออกมาจากการสื่อสารทางโทรศัพท์

เพื่อให้การให้บริการทางโทรศัพท์มีคุณภาพลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้บริการทางโทรศัพท์ และหน่วยงานที่ให้บริการทางโทรศัพท์จำเป็นต้องมีการพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการที่มีมาตรฐาน เพื่อสามารถใช้ร่วมกันภายในทีม ในการให้บริการทางโทรศัพท์ผู้ที่ให้บริการควรมีสมาธิและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานโดยไม่มีภารกิจอื่นเข้ามารบกวนระหว่างพูดคุย

อยู่ในสาย ในกรณีที่มีการบันทึกเสียงของการสนทนาผู้ให้บริการต้องได้รับความยินยอมให้บันทึกเสียงจากผู้รับบริการก่อน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความไว้วางใจ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความสำคัญซึ่งจะมีผลทำให้ผู้รับบริการกลับมาติดต่อหรือยินดีในการติดตามครั้งถัดไปหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการสื่อสารที่สื่อสารผ่านข้อความ น้ำเสียง จังหวะ โทนเสียงที่ใช้ในการสื่อสาร ความประทับใจที่เกิดขึ้นจากการพูดคุยกันครั้งแรก มีความสำคัญ เชกเช่นเดียวกับความประทับใจแรกพบที่เกิดขึ้นเวลาเจอหน้ากัน

เนื่องจากการประเมินอาศัยการสอบถามประวัติจากการพูดคุยทางโทรศัพท์ ข้อมูลบางอย่างที่ได้จากภาษากายไม่สามารถประเมินได้ทางโทรศัพท์ การสอบถามและการให้คำแนะนำ ควรครอบคลุมทุกประเด็นที่สำคัญ โดยเริ่มจากการพูดคุยเรื่องทั่วไป ใช้คำถามปลายเปิด รับฟังเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เล่าเรื่องราวอธิบายในรายละเอียด แล้วค่อยๆ ถามลงลึกในส่วนที่มีความสำคัญ ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการทางโทรศัพท์ต้องมีทักษะการฟังที่ดี ทำความเข้าใจและมีความไวต่อสิ่งที่มีดสังเกต เช่น ผู้รับบริการยังปิดบังไม่พร้อมที่จะเล่าเรื่องบางอย่าง หรือมีเรื่องที่ยากถามแต่ยังไม่กล้าถาม

ผู้ให้บริการควรให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการว่าผู้ให้บริการมีความพร้อมที่จะรับฟัง การพูดคุยมีความเป็นส่วนตัว และเรื่องราวที่พูดคุยจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย และในขณะเดียวกันต้องระมัดระวังว่าสิ่งแวดล้อมในที่ให้บริการนั้นมีความเหมาะสม เป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงแทรก เช่น เสียงจากการพิมพ์งาน เสียงพูดคุยของเพื่อนร่วมงานในห้อง เป็นต้น ในการพูดคุยควรทบทวนความเข้าใจเป็นระยะๆ สังเกตอารมณ์ตอบสนองของผู้รับบริการ และเมื่อจะสิ้นสุดการสนทนาควรถามอีกครั้งว่ายังมีสิ่งใดที่สงสัย ทบทวนและสรุปความสำคัญที่ได้คุยกัน การส่งต่อและการนัดหมายติดตาม การบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา มีความสำคัญ ควรบันทึกให้เสร็จหลังการสนทนา จุดประเด็นสำคัญได้แก่ คำถามที่ถาม ความรู้สึกด้านลบ รวมถึงวันที่ให้คำปรึกษา



รูปแบบและบริบทของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

การให้บริการทางโทรศัพท์ที่ได้ถูกนำไปใช้ในบริบทต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การแจ้งผลการตรวจโรค การรักษา เช่น การบำบัดเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพจิต การติดตามผลการรักษา การติดตามให้มารับการตรวจรักษาตามนัด ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะขาดการตรวจตามนัด การให้บริการทางโทรศัพท์เพื่อติดตามผู้ป่วยสามารถลดปัญหาการไม่มาติดตามนัดหมายนี้ได้²

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่กลุ่มผู้ป่วยที่เคยดื่มสุราแล้วเกิดปัญหาอุบัติเหตุ ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยให้คำแนะนำเรื่องการไม่ดื่มสุราก่อนขับรถสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับรถซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะสาเหตุอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา⁷ นอกจากนี้แล้วได้มีการพัฒนาระบบบริการโดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สำหรับให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูงซึ่งมารับบริการปฐมภูมิ เนื่องจากในการให้บริการปกติที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดเรื่องภาระงานต่างๆ ซึ่งทำให้มีเวลาไม่เพียงพอสำหรับการให้คำปรึกษาในขณะที่มารับบริการ^{8, 9, 10, 11, 12}

การจัดบริการโดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้มีการพัฒนารูปแบบโดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่รวมกับการส่งจดหมายเพื่อให้ข้อมูล ทบทวนบทสนทนาทางโทรศัพท์ที่ผ่านไปในทุกครั้งที่มีการให้คำปรึกษา ทั้งนี้เนื้อหาในจดหมายที่ส่งไปมีข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับการปรึกษาแต่ละคน และส่งถึงภายใน 2 วันหลังการให้คำปรึกษา จดหมายแต่ละฉบับจะสรุปข้อมูลที่ได้พูดคุย คำแนะนำที่ให้ และย้ำเรื่องนัดหมายในการสนทนาครั้งถัดไป ซึ่งพบว่ามีผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา⁹

การให้บริการสำหรับผู้รับบริการที่ปฐมภูมิโดยส่วนใหญ่เน้นที่การให้บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ซึ่งผู้รับการปรึกษาถูกคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม เช่น แบบคัดกรอง Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)^{13, 14} ซึ่งแบบคัดกรองนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและมีการใช้อย่างแพร่หลาย¹⁵ แบบคัดกรอง Luebeck Alcohol Dependence and Abuse Screening Test (LAST)¹⁶ และ The co-morbidity alcohol risk evaluation tool¹⁷ ซึ่งใช้ในการคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากแบบสอบถาม

ที่กล่าวมาแล้ว การคัดกรองสามารถทำได้โดยการใช้แบบคัดกรอง CAGE ซึ่งเป็นตัวช่วยจำ ในการถามประกอบด้วยคำถาม 4 คำถาม คือ

1. ถามเรื่องความต้องการในการหยุดดื่ม (Cut down)
2. เคยมีความรู้สึกรำคาญที่มีคนพูดถึงพฤติกรรมการดื่มของตนหรือไม่ (Annoyed)
3. เคยมีความรู้สึกผิดหลังจากดื่มไปแล้วหรือไม่ (Guilt)
4. เคยต้องดื่มสุราในตอนเช้าเพื่อให้ตนเองรู้สึกตื่นหรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือไม่ (Eye opener)^{18, 19}

นอกจากการคัดกรองที่ใช้แบบสอบถามหรือการใช้คำถามเฉพาะเจาะจงเรื่องการดื่มแล้ว ยังสามารถใช้วิธีคัดกรองที่เป็นแบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพโดยทั่วไปร่วมกับการมีคำถามประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราเช่น Modified Health Screening Survey²⁰ สำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกจากจะมีการให้คำปรึกษาเรื่องการดื่มสุราแล้วยังพบว่าได้พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยในบริการปฐมภูมิซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพร่วมกันหลายปัญหา คือ มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับการดื่มสุราซึ่งในการคัดกรองใช้แบบสอบถามชื่อ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD)²¹ ร่วมกับประเมินปริมาณการดื่มโดยใช้แบบสอบถามประเมินการดื่มในช่วงที่ผ่านมา (Timeline follow-back)²²

ในการคัดกรองผู้รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยส่วนใหญ่เป็นการให้บริการที่ไม่รวมกลุ่มผู้ติดสุรา เนื่องจากมีความเสี่ยงต่ออาการขาดสุราจากการหยุดดื่มสุรา ทั้งนี้สามารถประเมินความเสี่ยงในการเป็นผู้ติดสุรา โดยใช้แบบสอบถาม Alcohol Dependence Scale (ADS) ซึ่งหากคะแนนมากกว่า 14 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นผู้ติดสุรา²³ อย่างไรก็ตามพบว่ามีความพยายามพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในบริการปฐมภูมิสำหรับกลุ่มผู้ติดสุรา¹⁰ การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ยังได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ติดสุราโดยใช้เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากการรักษาอย่างเข้มข้นที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยที่ติดสุราหลังจากการรักษาช่วงนี้แล้วจะเข้ารับการรักษาด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดหรือการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังการศึกษาของ McKay JR และคณะซึ่งพัฒนารูปแบบการบำบัดสำหรับผู้ติดสุราร่วมกับสารเสพติดโคเคนหลังจากที่ได้รับการบำบัดเข้มข้นที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 4 สัปดาห์แรก และใช้การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แทนการทำกิจกรรมกลุ่ม²⁴



การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรากลุ่มหลังจากคัดกรองว่ามีปัญหาจากการดื่มสุรา แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์ของ DSM-IV คือกลุ่มที่ดื่มในปริมาณมาก (heavy drinking) กลุ่มผู้ดื่มสุราในปริมาณที่เสี่ยง (at risk drinking) กลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับที่เป็นปัญหา (alcohol abuse) กลุ่มผู้ติดสุรา (alcohol dependence) ซึ่งได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น^{25, 26}

สำหรับผู้ให้การปรึกษามีได้หลายกลุ่มเช่นกัน อาจเป็นบุคลากรทั่วไปที่ได้รับการฝึกฝนทักษะและเทคนิคต่างๆ เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาโดยผู้มีประสบการณ์ในการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ที่ติดสารเสพติด พยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ เรื่องพฤติกรรมทางสุขภาพ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ บุคลากรระดับปริญญาโท และปริญญาเอก ซึ่งผ่านการฝึกฝนทักษะการให้คำปรึกษาในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเด็นปัญหาเรื่องข้อจำกัดของทรัพยากร โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลศูนย์ การที่จะมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้บริการปรึกษาในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นไปได้ยาก การทำงานร่วมกันโดยเชื่อมต่อระหว่างผู้ทำงานในบริการปฐมภูมิกับผู้เชี่ยวชาญ ในโรงพยาบาลใหญ่เพื่อร่วมมือกันในการดูแลคนไข้ และใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยผ่านทาง โทรศัพท์นับเป็นทางเลือกหนึ่งของการจัดระบบบริการ สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพ การให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อกันระหว่างหน่วยงานโดยเฉพาะการทำงานขึ้น อยู่กับคนละต้นสังกัด การบริหารจัดการภายในพื้นที่มีความสำคัญเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างคุ้มค่ามากที่สุด^{27, 28}

ความถี่ในการให้คำปรึกษา การจัดให้บริการมีหลายลักษณะตั้งแต่ 3 ถึง 6 ครั้ง ในช่วง 3 ถึง 4 เดือน โดยการโทรศัพท์ติดตามแต่ละครั้งห่างกัน 1-2 สัปดาห์ **ระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุย**อยู่ในช่วงตั้งแต่ 15-45 นาที แต่โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลานาน 30 นาทีขึ้นไป และติดตามผลลัพธ์การให้คำปรึกษาที่ระยะเวลา 1, 3, 6, 9, 12 และ 24 สัปดาห์หลังจาก **การประเมินครั้งแรก** ทั้งนี้การประเมินครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้เวลานานซึ่งอาจใช้เวลานานประมาณ 45 นาที โดยในช่วง 30 นาทีแรกเน้นเรื่องการประเมินปัญหา ส่วนเวลาที่เหลือใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้การรักษอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁸

สำหรับการประเมินผลภายหลังการให้คำปรึกษาสามารถประเมินได้ในหลายลักษณะ ทั้งเรื่องการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อวัดปริมาณการดื่ม เช่น แบบประเมินการดื่มสุราในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (7-days timeline follow back for alcohol use) โดยถือว่ามีปัญหาการดื่มสุราในปริมาณการดื่มที่มากกว่า 21 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (14 ดื่มมาตรฐานสำหรับผู้หญิงและผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี) หรือดื่มหนัก หากดื่มหนักมากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน^{8, 29} และเครื่องมือที่ใช้ถามข้อมูลการดื่มในช่วงเวลา 28 วันที่ผ่านมา (28 day time-follow back procedure)³⁰ ซึ่งถือว่ามีปัญหาหากพบว่าปริมาณการดื่มมากกว่า 56 ดื่มมาตรฐานในช่วง 28 วันที่ผ่านมา หรือมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้หญิงดื่มมากกว่า 44 ดื่มมาตรฐานในช่วง 28 วันที่ผ่านมา หรือมากกว่า 3 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งที่ดื่ม^{9, 30} และได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยการประเมินเรื่องการขับขี้ออกโดยใช้แบบสอบถาม Impaired Driving Scale ซึ่งประกอบด้วย 6 คำถามและมี 4 คำถามเกี่ยวข้องกับปริมาณการดื่มสุรา^{7, 31, 32}

ในการประเมินผลนอกจากประเมินเรื่องพฤติกรรมการดื่มแล้ว ยังมีปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression-24 items (HDRS)³³ และแบบประเมินเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าซึ่งมีการพัฒนาเป็นภาษาไทย ได้แก่ Thai Depression Inventory (TDI)³⁴ แบบประเมินความเครียดความกังวล: Thai version of the state trait anxiety inventory (STAI)³⁵ แบบประเมินเรื่องความภูมิใจในตน Thai Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg M, 1965)³⁶



เทคนิคในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา

เทคนิคการให้คำปรึกษาในช่วงเริ่มต้น ผู้ให้การปรึกษาจะถามข้อมูลพื้นฐานชีวิตประจำวัน การทำงาน ครอบครัว ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และถามถึงวิธีการแก้ปัญหาเมื่อผู้รับบริการมีปัญหา (coping strategies) การดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณ การดื่ม ความถี่ที่ดื่ม และโอกาสที่ดื่มสุรา หลังจากนั้นจึงถามถึงเป้าหมายของผู้รับบริการปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในการประเมินว่าวิธีการดื่มที่ใช้อยู่มีผลดีหรือเสียต่อผู้รับคำปรึกษาอย่างไร และถามถึงปัญหาหรือสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยน ให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับบริการปรึกษาเรื่องการดื่มระดับที่เสี่ยง และเป็นอันตรายต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาอื่น ๆ ถามถึงความตั้งใจ และคำมั่นสัญญา หรือข้อตกลงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม

ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แรงจูงใจจากภายในตัวผู้รับบริการปรึกษา นำข้อความที่ผู้รับบริการปรึกษาพูด (self-motivation statement) สะท้อนให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ยินและรับรู้ถึงแรงจูงใจของตน ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเห็นภาพความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยู่ในปัจจุบันและสิ่งที่ฝันอยากให้เป็น/เป้าหมายในชีวิต (develop discrepancy) ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เมื่อให้การปรึกษาแล้วในกรณีที่ผู้รับบริการปรึกษาร่วมที่จะปรับเปลี่ยน ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยในการวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยน ให้มีความชัดเจนต่อการวางแผนเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน ร่วมประเมินสิ่งที่จะเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยน ให้คำแนะนำการหลีกเลี่ยงเมื่อมีสิ่งเร้าให้อยากกลับไปดื่ม หาสิ่งทดแทนเพื่อทดแทนความอยากดื่ม การให้รางวัลกับตัวเองเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย ผู้ให้การปรึกษาต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการปรึกษา รวมทั้งเป้าหมายเรื่องการดื่มสุราซึ่งผู้รับบริการปรึกษาดัดสินใจเลือก สำหรับผู้รับบริการปรึกษาที่ยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในครั้งถัดๆ มาของการสนทนา ผู้ให้การปรึกษาจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในอนาคต

ในการโทรศัพท์เพื่อติดตามหลังจากให้การปรึกษาไปแล้ว ผู้ให้การปรึกษาคควรถามเรื่องปริมาณการดื่ม ประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงว่าผู้รับการปรึกษาสามารถทำตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ในการประเมินผลควรเป็นการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา และควรประเมินผลในหลากหลายมิติ ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ ชีวิตประจำวัน การทำงาน และครอบครัว สอบถามซ้ำถึงเป้าหมายเรื่องปริมาณการดื่ม เป้าหมายในชีวิต รวมทั้งช่วยผู้รับการปรึกษาประเมินปัญหาและอุปสรรค ปรับเปลี่ยนแผนให้มีความเหมาะสม เมื่อใกล้จะสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ควรแจ้งให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่า การให้คำปรึกษามีทั้งหมดกี่ครั้ง และการให้คำปรึกษาจะสิ้นสุดลงเมื่อให้การปรึกษาครบจำนวนครั้งตามที่กำหนด ผู้ให้การปรึกษาร่วมกันกับผู้รับการปรึกษาในการหาแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องในอนาคต

การให้คำปรึกษาโดยส่วนใหญ่จะใช้หลักการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)³⁷ การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Change Counseling: BCC)³⁸ ร่วมกับการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีลำดับขั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (The transtheoretical model of change/the stage of change model: TTM)³⁹ ซึ่งในบางการศึกษาได้พัฒนารูปแบบของการให้คำแนะนำ/คำปรึกษาผ่านทางคอมพิวเตอร์ในเบื้องต้นโดยอยู่บนพื้นฐานของการให้คำแนะนำปรึกษาให้สอดคล้องกับความพร้อมเพื่อการปรับเปลี่ยน ก่อนที่จะให้คำปรึกษาเพิ่มเติมทางโทรศัพท์⁴⁰



การให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัว และผู้ที่ได้รับผลกระทบในครอบครัว

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อไม่เฉพาะต่อผู้ดื่มเท่านั้นหากแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งนี้พบว่า ภรรยาของผู้ที่ดื่มสุราประสบปัญหาการได้รับบาดเจ็บ ถูกทำร้ายร่างกาย มีความเครียด ความกังวลสูง สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตแย่กว่าประชากรโดยทั่วไป⁴¹ นอกจากนี้แล้วเด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มีผู้ติดสุรา ได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีปัญหาด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เกิดความเครียด มีอารมณ์ซึมเศร้า และมีปัญหาอันเนื่องมาจากการถูกทำร้าย มีปัญหาการเรียนมากกว่าเด็กทั่วไป หรืออาจถูกละเลยไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม^{42, 43} ทั้งนี้พบว่าครอบครัวที่มีผู้ติดสุราอยู่ในบ้าน มักจะผ่านประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเป็น 4 ลักษณะคือ

1. การใช้กลไกในการปกป้อง (ครอบครัวที่ปกป้อง: the protector) ครอบครัวอาจปกปิดโดยการโกหก เพื่อปกป้องไม่ให้ผู้ที่ติดสุราโดนตำหนิ หรือปกป้องเพื่อไม่ให้รับผลกระทบจากสิ่งที่ผู้ติดสุราต้องรับผิดชอบ เช่น ปกกันไม่ให้ผู้ติดสุราทำงาน จึงมักออกมารับแทน และขอโทษบุคคลภายนอกครอบครัว เมื่อผู้ติดสุรามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อไม่ให้ผู้ติดสุราได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของตนเอง

การช่วยเหลือนี้มีผลทำให้ปัญหาจากการติดสุราลุกลามมากขึ้น เนื่องจากผู้ติดสุราไม่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของตน การปกป้องจึงกลายเป็นการสนับสนุนการดื่ม (ครอบครัวที่สนับสนุน: the enabler) ซึ่งทำให้ผู้ติดสุรายิ่งดื่มมากขึ้น

2. การใช้การควบคุม (ครอบครัวที่ควบคุม: the controller) ครอบครัวมีพฤติกรรมที่จะพยายามควบคุมการดื่มของผู้ติดสุรา เช่น ควบคุมการเงิน ช้อนกุญแจรถไม่ให้ออกไปดื่ม หรืออาจดื่มไปด้วยกันโดยหวังผลที่จะช่วยลดปริมาณการดื่มของผู้ติดสุราโดยการดื่มแทน ซึ่งนำไปสู่กรณีปัญหาการติดสุราของทั้งคู่สามีและภรรยาในที่สุด การพยายามควบคุมกลับทำลายความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และนำไปสู่การพยายามเอาชนะของอีกฝ่าย ซึ่งต้องพยายามหาวิธีที่ตนจะดื่มสุราให้ได้



3. การตำหนิตีเดียวน (ครอบครัวที่ตำหนิ: the blamer) ในกรณีนี้อาจเริ่มจากการที่ผู้ติตสุราใช้การโทษผู้อื่นว่าเป็นสาเหตุของการดื่ม ส่งผลให้ครอบครัวเรียนรู้พฤติกรรม การตำหนิตีเดียวน และใช้เป็นกลไกหลักในการเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกล้มเหลว กลัว โกรธ เจ็บปวด และระบายความรู้สึกเหล่านี้ออกด้วยการตำหนิต่อว่าผู้ติตสุราว่าเป็นสาเหตุของ ปัญหาทุกอย่างในครอบครัว ในขณะที่ผู้ติตสุราเองก็ใช้กลไกการตำหนิเช่นเดียวกัน โดย ต่อว่าความเครียดจากครอบครัวและที่ทำงานเป็นสาเหตุของการดื่มสุราของตน ซึ่งส่งผล ทำให้เกิดความขัดแย้งที่รุนแรงในครอบครัว และนำไปสู่การหย่าร้าง

4. การแยกตัว (ครอบครัวที่แยกออกห่าง: the loner) พฤติกรรมการดื่มสุราเป็น พฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา หลังจากทีครอบครัวผู้ติตสุราได้ผ่านความวุ่นวายต่าง ๆ มากมาย พฤติกรรมที่เกิดจากการติตสุรายังดำเนินต่อและลุกลามมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึก ด้อยค่า ละอาย สูญเสียความมั่นใจและความภาคภูมิใจ เกิดการแยกตัวของครอบครัวออก จากสังคมรอบข้าง และในขณะเดียวกันก็เกิดการโดดเดี่ยวละเลยผู้ดื่ม เนื่องจากสมาชิก ในครอบครัวเองก็ไม่แน่ใจว่าผู้ติตสุราจะมาร่วมกิจกรรมของครอบครัวหรือไม่ เช่น ในมื้ออาหาร อาจรับประทานอาหารโดยไม่รอผู้ติตสุรา เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเอง ไม่ทราบว่าผู้ติตสุราจะมาร่วมรับประทานอาหารหรือไม่

ในการให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้ให้ คำปรึกษาต้องเข้าใจภาวะที่เกิดขึ้นในครอบครัวซึ่งแต่ละครอบครัวมีลักษณะแตกต่างกันไป ดังนั้นจึงต้องประเมินรายละเอียดของปัญหาเฉพาะของแต่ละครอบครัวว่ามีปัญหาอะไรบ้าง เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับผลกระทบจากการดื่มของ ผู้ติตสุราได้เล่ารายละเอียดให้มากขึ้น โดยการใช้คำถามปลายเปิด เช่น *“หมออยากให้คุณช่วย เล่ารายละเอียดให้ฟังหน่อยนะคะ”* และถามเฉพาะเจาะจงลงในรายละเอียด เช่น *“การดื่มสุรา นั้นส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไรบ้าง”* *“การดื่มสุราส่งผลต่อผู้รับการปรึกษาอย่างไรบ้าง”* *“ผู้รับการปรึกษาไม่สบายใจหรือกังวลเกี่ยวกับการดื่มของสมาชิกในครอบครัวคนนี้เรื่อง อะไรบ้าง”*

คำถามเหล่านี้ช่วยในการประเมินว่ามีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวหรือไม่ และ ช่วยในการประเมินว่าการติตสุราส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กอย่างไรบ้าง เช่น การขาดเรียน ความเจ็บป่วย รวมทั้งช่วยในการประเมินว่าการติตสุราส่งผลต่อความสามารถ ในการปฏิบัติภารกิจตามความรับผิดชอบปกติของสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง



นอกจากนี้แล้วควรสอบถามถึงความเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวว่ามีความเห็นต่อเรื่องนี้อย่างไรบ้าง ถามผู้รับการปรึกษาเองว่าได้แก้ปัญหาอย่างไรบ้าง มีการใช้ยาหรือสุราหรือสารเสพติดอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ตนลดความเครียดหรือไม่ ในการตั้งคำถามในหัวข้อที่มีความอ่อนไหวต่อการยอมรับ ให้ใช้การตั้งคำถามโดยมีประโยชน์ที่อธิบายให้เข้าใจว่าเรื่องที่ถามเป็นเรื่องที่พบโดยทั่วไปเหมือนปกติ (normalization) เช่น *“ดิฉันเคยได้ดูแลกรณีของครอบครัวอื่น ๆ ซึ่งพบว่าหลายครอบครัวอาจรู้สึกอาย กลัว ไม่อยากเล่าเรื่องการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ทราบว่าจะสถานการณ์ในครอบครัวของผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างไรบ้าง”*

ผู้ให้การปรึกษาควรให้กำลังใจว่ามีคนอื่น ๆ อีกหลายคนที่มีประสบปัญหาเช่นเดียวกันกับผู้รับการปรึกษา ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาเป็นเด็ก ควรสอบถามว่าจะอนุญาตให้คุยเรื่องนี้กับผู้ปกครองด้วยหรือไม่ ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษาว่า ไม่ได้เป็นต้นเหตุของปัญหาการดื่มสุราในครอบครัว และในขณะเดียวกันผู้รับการปรึกษาหรือครอบครัวก็ไม่สามารถจะไปควบคุมการดื่มของผู้ติดสุราได้ ทั้งนี้พฤติกรรมควบคุมปริมาณการดื่มผู้ที่ทำได้มีคนเดียวคือตัวผู้ติดสุราเอง ทั้งนี้ตัวผู้รับการปรึกษาหรือครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ และครอบครัวควรเริ่มต้นด้วยการหยุดพฤติกรรมที่สนับสนุนการดื่มของผู้ติดสุรา เพราะไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกัน ไม่ควรเสียเวลาไปเถียงหรือต่อรองในขณะที่ผู้ติดสุราได้เริ่มดื่มสุราไปแล้ว เพราะอยู่ในระยะที่เมาขาดสติ การพูดคุยจะไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใด ควรพูดคุยหรืออธิบายเฉพาะเมื่อผู้ติดสุรารู้สึกตัวดี และไม่อยู่ระหว่างการดื่ม

ผู้รับการปรึกษาหรือครอบครัวของผู้ดื่มไม่ควรแยกตนออกห่างจากสังคมของเพื่อนและสิ่งแวดล้อม เพราะจะยิ่งทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและไร้หนทาง เพื่อนหรือคนที่อยู่รอบข้างอาจรู้ปัญหาอยู่แล้วและโดยส่วนใหญ่จะยินดีเป็นกำลังใจให้กับครอบครัวที่ประสบปัญหา ผู้ให้การปรึกษาควรแนะนำแหล่งที่จะให้การดูแลให้ความช่วยเหลือครอบครัวต่อเนื่องในระยะยาว และประสานส่งต่อเพื่อให้ผู้ติดสุราได้รับการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป^{44, 45}

การให้บริการสายด่วนเลิกสุรา

การให้บริการสายด่วนเลิกสุรา พัฒนาตามมาหลังจากการพัฒนาสายด่วนเลิกบุหรี่ ซึ่งการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่มี 2 ลักษณะคือ **“reactive”** และ **“proactive”** ในกรณีผู้รับบริการแสดงความประสงค์จะเลิกบุหรี่ ผู้ให้บริการสายด่วนให้เบอร์แก่ผู้รับบริการแล้วแนะนำให้โทรศัพท์เข้าไปที่ศูนย์ให้คำปรึกษาด้วยตนเองแบบนี้เรียกว่า **“reactive”** ส่วนการบริการอีกแบบคือศูนย์ให้บริการสายด่วนเสนอตัวที่จะเป็นฝ่ายโทรหาผู้ที่ต้องการจะเลิกบุหรี่เรียกว่า **“proactive”**⁴⁶ เทคนิคการให้คำปรึกษาและเนื้อหาที่นำไปใช้สำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับการเลิกบุหรี่ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาเรื่องการช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ สำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสุรานั้น ยังมีพัฒนาการน้อยกว่าสายด่วนเลิกบุหรี่ การให้บริการสำหรับสายด่วนเลิกสุรามีลักษณะพิเศษต่างจากการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่คือ การให้บริการยังครอบคลุมไปถึงครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหการดื่มสุราด้วย

การพัฒนาสายด่วนเลิกสุราในบางประเทศเป็นพัฒนาการต่อเนื่องหลังจากการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ เช่น สายด่วนเลิกสุราในประเทศสวีเดน มีการพัฒนาต่อเนื่องหลังจากมีการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ที่เข้มแข็งแล้ว ซึ่งเริ่มขึ้นในปี ค.ศ.2007 ซึ่งในการพัฒนาสายด่วนเลิกสุราในประเทศสวีเดนพัฒนาโดยอาศัยความร่วมมือของทีมงานสายด่วนเลิกบุหรี่ซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งการให้บริการสายด่วนเลิกสุราในประเทศสวีเดน (the National Swedish Alcohol Helpline) มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ที่ดื่มสุราและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทั้งนี้การให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนเลิกสุรา จะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และ Cognitive behavior therapy เป็นหลัก ซึ่งการให้บริการให้คำปรึกษาขยายกว้างรวมผู้ที่ดื่มสุราในระดับที่เป็นปัญหา ผู้ติดสุรา และครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัวด้วย^{47, 48}



ในปี พ.ศ.2547 มีการศึกษาเพื่อรณรงค์สร้างความตระหนักถึงปัญหาสุราในชุมชนแห่งหนึ่งในประเทศไอร์แลนด์ เป็นการทำงานรณรงค์ร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการและการรณรงค์ ได้มีการจัดตั้งสายด่วนเลิกสุราโดยใช้ชื่อว่า Drinkline ซึ่งในการทำงานทีมงานมีความเห็นว่าการใช้ชื่อ Drinkline ให้ความหมายเชิงบวก เพราะผู้โทรเข้าสามารถโทรมาได้โดยไม่ต้องเป็นผู้ที่รู้สึกว่าคุณมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ พร้อมกันนี้ได้มีการทำสติ๊กเกอร์ แผ่นพับรณรงค์ ให้เบอร์โทรของสายด่วนเลิกสุราจากการรวบรวมข้อมูลระยะสั้นๆ เป็นเวลานานประมาณ 1 เดือน พบว่ามีผู้โทรเข้า 15 สาย ซึ่ง 3 รายที่โทรเข้าเป็นมารดาของผู้ดื่ม, 1 รายเป็นภรรยา และ 3 รายเป็นตัวผู้ดื่มเอง⁴⁹

จากประสบการณ์ของสายด่วนเลิกสุราประเทศอุกันดาซึ่งรวบรวมผลการดำเนินการในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (มกราคม-มิถุนายน 2011) ถือกำเนิดพร้อมๆ กับการรณรงค์ระดับชาติให้คนหนุ่มสาวดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ (drink responsibly) และได้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องเวลาให้บริการของสายด่วนเลิกสุราผ่านทางรายการวิทยุ ช่วงเวลาโฆษณาทางวิทยุ และแผ่นพับใบปลิวโฆษณา สายด่วนเลิกสุราเปิดระหว่างวันจันทร์ถึงศุกร์ ช่วงเวลา 8.00-17.00 น. โดยมีผู้ให้การปรึกษาทั้งหมด 12 คน ซึ่งได้รับการฝึกฝนและใช้หลากหลายภาษา พบว่าจากผู้โทรเข้า 200 คน ร้อยละ 92 เป็นผู้ชาย ผู้ที่โทรเข้าส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-24 ปี (62/200 คน) รองลงมาอายุระหว่าง 15-19 ปี (50/200 คน) ผู้ที่โทรเข้ามามีทั้งจากในเขตชนบท (92/200) และในเขตเมือง (89/200)

หลังให้การปรึกษาในการส่งต่อพบว่าส่วนใหญ่ถูกส่งต่อไปยังกลุ่ม Alcoholics Anonymous 98 ราย และรองลงมาเป็นสถานกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation center) 63 ราย นอกจากนี้แล้วมีการส่งต่อไปสถานฟื้นฟูผู้ติดสุรา (recovering alcoholics) ส่วนน้อยถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน 14 ราย สำหรับเหตุผลหลักของผู้ที่โทรเข้ามาคือ ผู้รับบริการยังไม่ทราบผลเสียที่ตามมาจากการดื่มสุรา ผู้รับบริการต้องการทราบความหมายของการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ จากการทำโครงการสายด่วนเลิกสุราพบว่า ยังมีข้อจำกัดของจำนวนกลุ่ม Alcoholics Anonymous ในเขตชนบท

จากตัวอย่างการให้ข้อมูลของผู้ที่เคยมีประสบการณ์ขอคำปรึกษาจากสายด่วนเลิกสุราพบว่า ผู้โทรเข้ารายหนึ่งได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม รู้สึกมีความสุขและภรรยาของเค้าก็รู้สึกมีความสุข และได้มีส่วนผลักดันให้คนอื่น ๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการดื่มสุรา ตั้งกลุ่ม alcohol anonymous ในตำบลของตนเอง และเห็นถึงความสำคัญของการ

ให้ความช่วยเหลือและการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนในพื้นที่ ผู้รับบริการอีกรายโทรเข้ามาหลังจากที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน หยุดดื่มอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์และใช้เวลาทำกิจกรรมทดแทนอื่นๆ เช่น การไปโบสถ์ และได้หลีกเลี่ยงกลุ่มเดิมของตนเอง ซึ่งเคยนั่งวงดื่มร่วมกัน คำถามที่มักถูกถามบ่อยๆ ได้แก่ ผมจะต้องทำอะไรเพื่อหยุดดื่ม มียาช่วยหรือไม่ ดื่มสุรามากแล้วมีผลเสียอย่างไร จะช่วยให้พี่ น้อง สามี หรือลูก หยุดดื่มได้อย่างไร ควรจะดื่มปริมาณเท่าไร ข้อจำกัดของโครงการสายด่วนเลิกสุรานี้คือ ผู้โทรเข้าส่วนน้อยที่โทรกลับ ไม่สามารถติดตามได้หลังจากให้คำปรึกษาไปแล้ว สายด่วนเลิกสุราเปิดทำการเฉพาะเวลาราชการ จึงจำกัดการเข้าถึงบริการของบุคคล ซึ่งทำงานและไม่สามารถโทรหาสายด่วนเลิกสุราช่วงเวลาทำการที่เปิดบริการได้

โดยสรุปแล้วการให้บริการสายด่วน เป็นทางเลือกในการให้คำปรึกษาที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นมิตร เป็นแหล่งในการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษารวมทั้งคำแนะนำเรื่องการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม ควรมีระบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินการ ควรขยายเวลาทำการเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น และควรต้องมีการเพิ่มเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราเมื่อต้องส่งต่อ⁵⁰

ประสิทธิภาพของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา

ในปี 2000 Midanik และคณะ ได้ทำการศึกษาซึ่งทำการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการสำรวจโดยการสอบถามผ่านทางโทรศัพท์กับการสอบถามโดยเผชิญหน้าผู้สัมภาษณ์พบว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มที่ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์แตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มที่ถูกสัมภาษณ์โดยเผชิญหน้าผู้สัมภาษณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ถูกสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ให้ข้อมูลปริมาณการดื่มในระดับที่มากกว่ากลุ่มที่ถูกสัมภาษณ์โดยที่เผชิญหน้า ทั้งนี้ น่าจะมีสาเหตุมาจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องเห็นใบหน้าของผู้ถาม ทำให้ไม่รู้สึกลอาย ลดความรู้สึกผิดจากการให้ข้อมูลซึ่งบ่งถึงความผิดหรือข้อเสียของตนเอง⁵¹



ความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งเกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษาจากการสื่อสารระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับการปรึกษาผ่านทางท่าทาง สีหน้า แววตา การสัมผัส และการสนทนา มีส่วนอย่างมากสำหรับการบำบัดโดยการให้คำปรึกษา⁵² จึงยังมีข้อถกเถียงในปัจจุบันว่าการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์นั้นจะมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญแห่งความสำเร็จในการให้คำปรึกษาส่วนนี้ได้ถูกลดทอนไป^{53, 54} ทั้งนี้พบว่า การให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่มีประสิทธิผลเท่า ๆ กับการให้บริการที่คลินิกอดบุหรี่ แต่มีข้อได้เปรียบคือการให้การบริการทางโทรศัพท์มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการให้บริการที่คลินิกอดบุหรี่ (มีประสิทธิผลคุ้มค่ามากกว่า) และนอกจากนี้แล้วการให้บริการทางโทรศัพท์ยังมีส่วนช่วยให้ผู้อดบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาวโดยเพิ่มจากสัดส่วนของผู้เลิกบุหรี่สำเร็จเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 30⁵⁵ อย่างไรก็ตามสำหรับประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรายังมีข้อมูลอยู่จำกัด

ในการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยการให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจฉุกเฉินด้วยอุบัติเหตุ หลังพบว่า มีปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุราจากการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือคัดกรอง Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้คัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินแล้วติดตามให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ภายใน 5 วัน หลังจากผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินไปแล้ว ในการให้คำปรึกษาผู้ให้การศึกษาเริ่มต้นด้วยการประเมินการขับรถของผู้ป่วยก่อน แล้วจึงสุ่มผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้เวลา 30 นาทีในการให้คำแนะนำเรื่องการขับรถหลังจากผ่านไป 2 สัปดาห์ผู้ให้การศึกษาจึงติดตามผลการให้คำปรึกษา

พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับรถเมื่อติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน ในการศึกษานี้เกิดองค์ความรู้ใหม่ว่า ช่วงเวลาที่สอนได้ผลดีไม่จำเป็นต้องเป็นการให้ความรู้ทันทีที่เกิดเหตุการณ์ ดังเช่นการพยายามให้ความรู้ที่ห้องฉุกเฉินทันทีที่ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ เนื่องจากสถานการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉินมีภาระหลายอย่างซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้ความสำคัญมากกว่าและสภาพแวดล้อมที่โกลาหลทำให้การให้คำปรึกษาอย่างสั้นทันทีที่ห้องฉุกเฉินถูกละเลยไป การโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำจึงเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งทำให้ระบบบริการมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น⁷

การปรึกษาเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ทำในประเทศไทย วัดประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาที่ระยะเวลา 3 สัปดาห์พบว่าปริมาณการดื่มต่อครั้ง และจำนวนวันที่ดื่มต่อสัปดาห์ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.1 ± 2.0 VS 2.8 ± 2.0 วัน $p < 0.01$) 37% ของกลุ่มทดลองลดปริมาณการดื่ม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า 11.8% ลดปริมาณการดื่มลง ($p < 0.01$)¹² ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown RL และคณะ ซึ่งติดตามผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าในกลุ่มผู้รับการปรึกษาที่เป็นผู้ชาย พบว่า ปริมาณการดื่มโดยรวมในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (17.3% VS 12.9%, $p = 0.001$) วัดปริมาณการดื่มโดยใช้วิธีการถามข้อมูลการดื่มในช่วงเวลา 28 วันที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของจำนวนวันที่ดื่มแบบเสี่ยงในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 30.6 ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 8.3 อย่างไรก็ตามสำหรับการดื่มในผู้หญิงไม่พบความแตกต่างของจำนวนวันที่ดื่มแบบเสี่ยงที่ลดลงและปริมาณการดื่มที่ลดลง⁹

นอกจากนี้แล้ว Lin JC และคณะ¹¹ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้สูงอายุ พบว่าที่ระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มผู้ที่ได้รับคำปรึกษาครบ 3 ครั้งมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มแบบไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มผู้ที่ได้รับคำปรึกษาไม่ครบ 3 ครั้ง (OR 5.31; 95% CI 1.92-14.7; $p = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brown⁹ ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งที่ให้การปรึกษามีผลต่อประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับการประเมินผลที่ระยะเวลา 12 เดือนในการศึกษาของ Lin JC และคณะพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้ที่ดื่มแบบไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย (OR 2.01; 95% CI 0.71-5.67; $p = 0.18$) เนื่องจากในการศึกษานี้ การให้คำปรึกษาทั้งหมดเสร็จสิ้นใน 3 เดือนแรก จึงมีข้อสันนิษฐานว่า หากมีการให้คำปรึกษาต่อเนื่องนานขึ้น อาจทำให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิผลมากขึ้น

สำหรับการศึกษาที่รวบรวมกลุ่มผู้ติดสุราอยู่ในกลุ่มผู้รับการปรึกษาพบว่า การให้คำปรึกษามีประสิทธิผลเฉพาะกลุ่มที่ดื่มที่เกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง โดยการให้คำปรึกษามีผลต่อปริมาณการดื่มของผู้รับการปรึกษาในกลุ่มนี้ ในขณะที่กลุ่มผู้รับการปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่ติดสุรา ไม่พบความแตกต่างกันของปริมาณการดื่มเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง¹⁰



บทสรุป

การสื่อสารทางโทรศัพท์ที่มีข้อจำกัดในการที่จะได้ข้อมูลจากภาษากายที่คู่สนทนาสื่อออกมา ดังนั้นในการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้ที่ให้บริการจะต้องมีทักษะการฟังที่ดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ สามารถจับสังเกตถึงความผิดปกติของอารมณ์และความรู้สึกได้ผ่านทางคำพูด โทนเสียง หรือปฏิกิริยาอื่นๆ ที่สื่อออกมาจากการสื่อสารทางโทรศัพท์ การพูดคุยควรทบทวนความเข้าใจเป็นระยะๆ การบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษามีความสำคัญ ควรบันทึกให้เสร็จหลังการสนทนา จดประเด็นสำคัญ หน่วยงานที่บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จำเป็นต้องมีการพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลของผู้มารับบริการให้มีมาตรฐาน เพื่อให้ได้สามารถใช้ร่วมกันภายในทีม และผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกฝนทักษะในการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุราได้ถูกนำไปใช้ในหลายรูปแบบในบริบทที่ต่างกันไป การบริการให้คำปรึกษาหลังจากการคัดกรองพบว่ามีปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุรา ซึ่งอาจคัดกรองจากห้องฉุกเฉิน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือจากการคัดกรองในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการใช้การโทรศัพท์เพื่อติดตามผู้ป่วยในกรณีการนัดหมาย หรือการให้การศึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาต่อเนื่องภายหลังการรับการบำบัดเพื่อเลิกสุราในกลุ่มผู้ที่ติดสุรา

เนื้อหาในการให้คำปรึกษามีหลากหลาย ทั้งเรื่องการให้คำแนะนำเรื่องเมาไม่ขับ ปริมาณการดื่มลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย การหยุดดื่มสุรา การให้ความช่วยเหลือกรณีอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น การให้คำปรึกษาโดยส่วนใหญ่จะใช้หลักการให้คำปรึกษาแบบสั้น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีลำดับขั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหาดื่มสุรา ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจภาวะที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวมีลักษณะแตกต่างกันไป เนื่องจากกลไกที่ใช้ในการแก้ปัญหาแตกต่างกัน เช่น ใช้กลไกการปกป้อง การควบคุม การตำหนิ การแยกตัว ซึ่งลักษณะกลไกการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันส่งผลให้วิธีการให้คำปรึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง

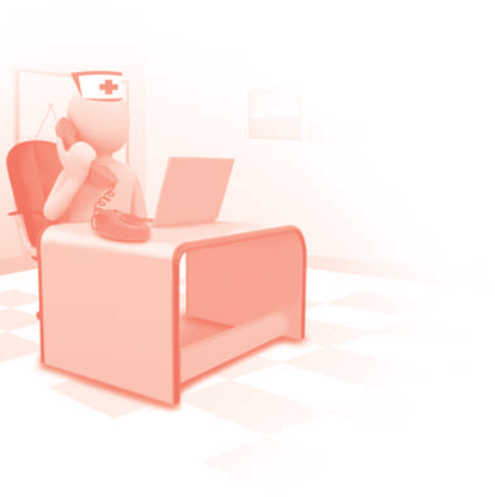
การสร้างเครือข่ายในการจัดบริการเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการซึ่งช่วยให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การทำงานเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ศูนย์ที่มีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สามารถทำร่วมกับการส่งจดหมายเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้พูดคุย จะส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้หลังจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ควรมีการติดตามผล ซึ่งได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่หลากหลายเพื่อประเมินผล ทั้งทางด้านพฤติกรรมและปริมาณการดื่ม ความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า และการขับขีปอดภัย เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ หน่วยบริการควรนำเครื่องมือที่มีมาตรฐานมาใช้ในการประเมินผลหลังการให้คำปรึกษาด้วย

สายด่วนให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูรานั้นโดยส่วนใหญ่มีพัฒนาการตามมาหลังจากการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ ทั้งนี้การให้บริการสำหรับสายด่วนเลิกสูรมีลักษณะพิเศษต่างจากการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่คือ การให้บริการยังครอบคลุมไปถึงครอบครัวและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มสูรด้วย โครงการสายด่วนเลิกสูรในหลายประเทศเป็นโครงการพัฒนาเพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเป็นการทำงานรณรงค์ร่วมกับชุมชน และใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ตระหนัก ให้เห็นความสำคัญ และทำสติ๊กเกอร์รณรงค์ สำหรับบริบทในประเทศไทยกั้นดา มีการรณรงค์ระดับชาติให้คนหนุ่มสาวดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะจากประสบการณ์สายด่วนประเทศต่างๆ คือ ช่วงเวลาการทำการควรเปิดให้ยาวนานและเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งหากเปิดทำการเฉพาะเวลาราชการทำให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และควรสร้างเครือข่ายบริการประสานการส่งต่อ



สำหรับประสิทธิผลของการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นั้นพบว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสำหรับกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง ช่วยให้มีความถี่ของการขับขีปอดภัย ลดอารมณ์ซึมเศร้า ในกลุ่มผู้รับการปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่ติดสูรยังไม่มีข้อมูลว่าการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิผล ทั้งนี้ในการใช้โทรศัพท์ เพื่อติดตามให้การปรึกษาหลังจากการรับการบำบัดรักษาการติดสูร ในสถานพยาบาล พบว่า ในกลุ่มผู้รับการบำบัดที่มีแนวโน้มการกลับไปติดสูรซ้ำน้อยกว่า กล่าวโดยสรุปคือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องหลังการรับการบำบัดสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาจะมีประสิทธิผลสำหรับในกลุ่มผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง ข้อมูลที่จำกัดเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาในระยะยาว ยังขาดการศึกษาเรื่องวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มสุราในครอบครัว การเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพควรมีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาถอดบทเรียนเกิดเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ การพัฒนาระบบการติดตามผลในระยะยาวมีความจำเป็นสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อที่จะได้สามารถพัฒนาการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต



ภาคผนวก

ตารางแสดงข้อมูลงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม (Randomized Controlled Clinical Trials)

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
Oslin DW, ⁸ 2003 USA	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ในบริการปฐมภูมิคัดกรองทั้งสิ้น 2,489 คน	N=97	BI	I = การจัดกระบวนการดูแลโรคโดยใช้โทรศัพท์พื้นฐาน (Telephone-based disease management) โทรศัพท์ติดตามที่ระยะเวลา 1, 3, 6, 9, 12 และ 24 สัปดาห์หลังจากการประเมินครั้งแรก การสนทนาแต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที โดยในช่วง 30 นาทีแรกเน้นเรื่องการประเมินปัญหา ส่วนเวลาที่เน้นใช้เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม C = Usual Care	พยาบาลได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Health Specialist)	ติดตามที่ระยะเวลา 4 เดือน คะแนนอารมณ์ซึมเศร้า จากทั้งแบบสอบถาม CES-D และ HDRS score กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันของคะแนนเรื่องปริมาณการดื่ม
McKay JR, ²⁴ 2005	ผู้ที่ติดสุราและ/หรือโคเคนที่ผ่านกระบวนการรักษาแบบเข้มข้นที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้เวลา 4 สัปดาห์ในกระบวนการรักษา	N=359	CBT	I1 การรักษามาตรฐาน (Standard continuing care, STND) การให้การรักษาระดับกลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดสารเสพติด และ 12 ขั้นตอนในการปฏิบัติเพื่อฟื้นคืนสภาพ (12-step recovery practices)	ผู้ให้บริการรักษาเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ที่ติดสารเสพติด	ติดตามที่ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ในกลุ่มผู้ติดสุราพบว่า ค่า GGT ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ (TEL) ต่ำกว่าในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว เพื่อกำหนดการร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม (RP) ต่ำ

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

BI = Brief Intervention

TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)

MI = Motivational Interviewing

BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)

NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
				I2 การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Individualized Relapse Prevention Continuing Care; RP) ให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับการให้คำปรึกษารายกลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ I3 โทรศัพท์ติดตามเพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง (Telephone based continuing care; TEL) ในเบื้องต้นได้รับการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว 1 ครั้ง หลังจากนั้นจะได้รับโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 15 นาที ในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวเข้าสู่การรับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เนื่องจากเดิมผู้รับบริการเริ่มตื่นจากการเข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิก ในกรณีที่ผู้ให้การบำบัดประเมินว่าผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้สารเสพติดสูง ผู้รับการบำบัดยังคงเข้ากิจกรรมกลุ่มต่อไปหลังจากผ่านไป 4 สัปดาห์แล้ว		Composite risk indicator measure ประเมินแนวโน้มการกลับไปดื่มซ้ำพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ดื่มแล้วไม่การกลับไปดื่มซ้ำมีผลการรักษาดีกว่าหากรักษาตามมาตรฐาน (STDN) เมื่อเทียบกับกรณีให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (TEL) ส่วนในกลุ่มที่ดื่มแล้วไม่การกลับไปดื่มซ้ำ ใช้วิธีการรักษาติดตามผ่านทางโทรศัพท์ (TEL) ให้ผลดีกว่าวิธีการรักษามาตรฐาน (STDN)

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
BI = Brief Intervention
TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)
MI = Motivational Interviewing
BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)
NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
Brown RL, ⁹ 2007 USA	คัดกรองผู้ที่มีมาตรฐาน โรคทั่วไปที่หน่วย บริการปฐมภูมิ (28,622 คน) โดยใช้แบบคัดกรอง Modified Health Screening Survey (Fleming and & Barry, 1991)	n=897 I n=445, C n=452	MI/ TTM	I: การให้คำปรึกษาทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และ ให้คำปรึกษาให้เสร็จสิ้นก่อนครบ 3 เดือน เมื่อใกล้จะสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด ผู้ให้การปรึกษาร่วมกันกับผู้รับบริการ ช่วยกันหาแหล่งสนับสนุนให้ความ ช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถดำเนินการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หลังการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งจะมีการ ส่งจดหมายซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง สำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ภายใน 2 วันหลังการให้คำปรึกษา จดหมาย แต่ละฉบับจะสรุปข้อมูลที่ได้พูดคุย คำแนะนำที่ได้ให้ และย้ำเรื่องนัย ในการสนทนาครั้งถัดไป C: แผนพับเรื่องการดูแลสุขภาพ	ผู้หญิง 3 คน ชาย 1 คน โดยผู้ให้บริการ จะได้รับการปรึกษ กับผู้ให้บริการปรึกษ กับผู้ให้การปรึกษ คนเดิมทั้ง 6 ครั้ง ผู้ให้การปรึกษาผ่าน การฝึกฝนเป็นระยะ เวลา 4 สัปดาห์ โดยเริ่มจากการ ฝึกฝน เรื่อง Motivational Interviewing และหลังจากนั้น เรียนรู้เพิ่มเติมเรื่อง the different readiness to change	ติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน ในผู้ชาย I n=199, C n=201 วัดปริมาณการดื่มโดยใช้วิธีการถาม ข้อมูลการดื่มในช่วงเวลา 28 วันที่ ผ่านมาสัดส่วนของจำนวนวันที่ดื่ม แบบเสี่ยงในกลุ่มทดลอง (30.6%) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (8.3%) และปริมาณการดื่มโดยรวมในกลุ่ม ทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (17.3% VS 12.9%, p=0.001) ในผู้หญิง (I n=246, C n=251) ไม่พบความแตกต่างของจำนวนวัน ที่ดื่มแบบเสี่ยงที่ลดลงและปริมาณ การดื่มที่ลดลง จำนวนวันที่ดื่มแบบเสี่ยงที่ลดลง 17.2% VS 11.5%, p=NS ปริมาณการดื่มที่ลดลง 13.9% VS 11.0, p=NS จำนวนครั้งที่โทรให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับปริมาณ การดื่มที่ลดลง

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
BI = Brief Intervention
TTM = Transtheoretical Model of Change,

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)
MI = Motivational Interviewing
BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)
NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
Bischof G. ¹⁰ 2008 German	ผู้ป่วยที่ได้รับการ ประเมิน (10,803 คน) ได้รับการคัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรอง เพื่อประเมินปัญหา อื่นเนื่องมาจาก การดื่มสุรา(AUDIT)	228	BI/MI/ BCC/ TTM	Stepped Intervention Problem Drinker (SIP) BCC (Behavioral Change Counseling; Rollnick S, 1999) I1, I2 หลังจากการให้ประเมินจาก ข้อมูลพื้นฐานทางคอมพิวเตอร์ ผู้ให้บริการจะได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ผ่านทางคอมพิวเตอร์ (computerized feedback) โดยการให้ข้อมูลนี้ตั้งอยู่ บนพื้นฐานของการประเมินลำดับขั้น ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นดำเนินการให้คำปรึกษา เต็มรูปแบบ (I1 Full intervention) ทันทีหลังจากผ่านกระบวนการประเมิน และให้ข้อมูลพื้นฐานผ่านคอมพิวเตอร์ ผู้ให้บริการจะได้รับคำปรึกษาโดย นักจิตวิทยาที่ผ่านการฝึกฝน การให้คำปรึกษาโดยใช้หลักการ MI/BCC เพื่อลดปริมาณการดื่มที่เป็นปัญหา	นักจิตวิทยา	ที่ระยะเวลา 12 เดือน พบว่าในกลุ่มที่ดื่มแล้วเกิดปัญหา จากการใช้สุราหรือกลุ่มที่ดื่มแบบ เสี่ยง การให้คำปรึกษามีผลต่อ ปริมาณการดื่มของผู้รับบริการ ในกลุ่มนี้ ในกลุ่มผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ที่ติดสุรา ไม่พบความแตกต่างกันของปริมาณ การดื่มเมื่อเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองทั้ง 2 กลุ่ม กับกลุ่มควบคุม ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มที่ให้คำปรึกษาเต็มรูปแบบ (Full counseling) และกลุ่มที่ให้ คำปรึกษาเป็นลำดับขั้น (Stepped care intervention) โดยที่การให้ คำปรึกษาเป็นลำดับขั้นใช้เวลา ในการให้คำปรึกษาเพียงครึ่งหนึ่ง ของการให้คำปรึกษาเต็มรูปแบบ

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

BI = Brief Intervention

TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)

MI = Motivational Interviewing

BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)

NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
				หลังจากนั้นติดตามให้คำปรึกษาที่ 1, 3 และ 6 เดือน การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาที I2 Stepped care intervention (การให้คำปรึกษาเป็นลำดับขั้น) หลังจากการประเมินพื้นฐานและการให้ข้อมูลย้อนกลับทางคอมพิวเตอร์ การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดไม่เกิน 3 ครั้ง โดยกำหนดไว้ให้มีการให้คำปรึกษาที่ 1, 3 และ 6 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลา 30-40 นาที หากในการให้คำปรึกษาประเมินพบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมเสี่ยงในปริมาณที่ลดลง ไม่ดื่มแบบเสี่ยงอีกตลอดช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และเมื่อสอบถามถึงความมั่นใจในศักยภาพของตนที่จะปรับเปลี่ยนแล้ว ผู้รับบริการตอบว่ามีความมั่นใจมากกว่า 5 จากคะแนน 0-10 ผู้ให้บริการจะไม่ใช่โทรศัพท์เพื่อให้การปรึกษาอีก จนกว่าจะถึงเวลาติดตามที่ระยะเวลา 12 เดือน		

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

BI = Brief Intervention

TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)

MI = Motivational Interviewing

BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)

NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
Mello MJ, ⁷ 2008	ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการบาดเจ็บทางกายจากการตีกรอง โดยใช้แบบสอบถาม AUDIT ตัดกรองเรื่องปัญหาจากการดื่มสุรา	N=238	BI/MI	กลุ่มทดลองครั้งที่ 1 ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ภายใน 5 วันหลังจากการตีกรองที่ห้องฉุกเฉิน ใช้เวลา 30 นาทีในการให้คำปรึกษาแบบสนทนาเรื่องปริมาณการดื่มและปัญหาการขับรถอย่างเหมาะสม เช่นการไม่ดื่มก่อนขับรถครั้งที่ 2 ติดตามห่างจากครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ให้คำแนะนำเป็นระยะเวลา 15 นาที เพื่อกะตุ้นเตือนอีกครั้ง	บุคลากรระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ซึ่งผ่านการฝึกฝนทักษะการให้คำปรึกษา MI การพัฒนาแบบฟอร์มในการให้คำปรึกษาเพื่อใช้ในการสนทนาทางโทรศัพท์	ติดตามที่ระยะเวลา 3 สัปดาห์ คะแนน AUDIT score ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมคะแนนจากการประเมินเรื่องการขับที่ปลอดภัยโดยใช้แบบสอบถาม (Impaired Driving Scale) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
Lin JC, ¹¹ 2010	คัดกรองผู้ใหญ่อายุมากกว่า 55 ปีซึ่งมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 631 แห่ง โดยใช้เครื่องมือ The co-morbidity alcohol risk evaluation tool (Moore AA, 2002)	I 310	BI/MI	Healthy living as you age (HLAYA) study เนื่องจากความยากในการให้คำปรึกษาอย่างต้นในเวชปฏิบัติและด้วยข้อจำกัดของภาระงาน ในสถานการณ์ปัจจุบันงานวิจัยนี้จึงศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โทรศัพท์เพื่อให้บริการปรึกษา	ผู้ให้ความรู้เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการฝึกโดยนักจิตวิทยาและเรียนรู้ประสบการณ์เรื่องการสื่อสารเฉพาะกับผู้สูงอายุ	ติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือนจากผู้เข้าร่วมการศึกษา 310 คน ซึ่งอยู่ในกลุ่มทดลองทั้งสิ้นพบว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับคำปรึกษาครบ 3 ครั้ง มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มแบบไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มผู้ที่ได้รับคำปรึกษาไม่ครบ 3 ครั้ง (OR 5.31; 95%1.92-14.7; p=0.001)

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

BI = Brief Intervention

TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)

MI = Motivational Interviewing

BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)

NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
	Secondary analysis of data from a RCT วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโครงการ (n=310)			การให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้โทรศัพท์ทั้งหมด 3 ครั้ง ^{ที่ระยะเวลา 2, 4 และ 8 สัปดาห์} (การให้คำปรึกษาทั้งหมดเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรก) หลังจากการประเมินเบื้องต้น โดยใช้สมุดบันทึกข้อมูลส่วนตัว โดยประเมินความเสี่ยงและพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะการดื่มเหตุผลที่ดื่ม ความพยายามในการลดปริมาณการดื่มในอดีต การให้คำปรึกษาครั้งแรกจะพูดคุยเกี่ยวกับเนื้อหาในสมุดบันทึก และเมื่อใกล้จะสิ้นสุดการสนทนา ^{ผู้ให้คำปรึกษา} จะสอบถามความตั้งใจที่จะลดปริมาณการดื่ม และให้กำลังใจจนนำไปสู่การตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายในการติดตามครั้งที่ 2 และ 3 การสนทนาในครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ครั้งถัดมาประมาณ 20 นาที		ไม่พบความแตกต่างระหว่างสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้ที่ดื่มแบบไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ ^{ที่ดื่ม} ได้รับคำแนะนำครบ 3 ครั้ง กับผู้ที่ได้รับคำปรึกษาครบ 3 ครั้ง (OR 2.01; 95% CI 0.71-5.67; p=0.18)

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 BI = Brief Intervention
 TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)
 MI = Motivational Interviewing
 BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)
 NS = Not significant

งานวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	วิธีการ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้บริการ	การติดตามและผลลัพธ์
Wongp akaran T. ¹² 2011	คัดกรองจากผู้ป่วย ที่รับบริการที่ โรงพยาบาลสมหาราช นครเชียงใหม่ ใช้แบบคัดกรอง AUDIT	60	BI/MI	กลุ่มทดลอง การให้คำแนะนำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และใช้เวลาในการให้คำปรึกษา แต่ละประมาณ 20-30 นาที กลุ่มควบคุมได้รับแผ่นพับ เพื่อให้ความรู้	จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา	ที่ระยะเวลา 3 เดือน ปริมาณการดื่มต่อครั้ง และจำนวน วันที่ยังดื่มต่อสัปดาห์ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญ (4.1 0±2.0 VS 2.8± 2.0 วัน p<0.01) 37% ของกลุ่มทดลองลดปริมาณ การดื่มลง เปรียบเทียบกับ 11.8% กลุ่มควบคุมที่ลดปริมาณการดื่มลง p<0.01

หมายเหตุ : n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

BI = Brief Intervention

TTM = Transtheoretical Model of Change

I = Intervention group (กลุ่มทดลอง)

MI = Motivational Interviewing

BCC = Behavioral Change Counseling

C = Control group (กลุ่มควบคุม)

NS = Not significant

เอกสารอ้างอิง

1. บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑามารณ์ แก้วมุงคุณ, กมลลา วัฒนพร, ไศภิต นาสืบ, แหวดดาว พิมพ์พันธ์ดี, ปณรรฐพร จงประเสริฐยิ่ง และคณะ. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2552. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2552.
2. Car J. Telephone consultations. BMJ. 2003. 326:966-9.
3. Kennedy GJ. Targets for telephone based behavioral health interventions. Primary Psychiatry. 2008;15(5):35-9.
4. Youthline.Evidence of the effectiveness of telephone counselling services. Auckland. 2008.
5. Ormond KE, Haun J, Cook L, Duquette D, Ludowese C, Matthews AL. Recommendations for telephone counseling. J Genet Counsel. 2000;9(1):63-71.
6. Furnham A. The message, the context and the medium. Lang Comm. 1982. 2(1):33-47.
7. Mello MJ, Longabaugh R, Baird J, Nirenberg T, Woolard R. Dial: a telephone brief intervention for high risk alcohol use with injured emergency department patients. Ann Emerg Med. 2008; 51(6): 755-64.
8. Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Have TT, Conigliaro J, et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. Psychosom Med. 2003;65(6):931-7
9. Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcome. Alcohol ClinExp Res. 2007; 31(8):1372-9.
10. Bischof G, Grothues JM, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf HJ. Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol related-disorders: a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend. 2008; 93(3): 244-51.
11. Lin JC, Karno MP, Tang L, Barry KL, Blow FC, Davis JW, et al. Do health educator telephone calls reduce at-risk drinking among older adult in primary care. J Gen Intern Med. 2010; 25(4):334-9.
12. Wongpakaran T, Petcharaj K, Wongpakaran N, Sombatmai S, Boripuntakul T, Intarakamhaeng D, et al. The effect of telephone-based intervention (TBI) in alcohol abusers: a pilot study. J Med Assoc Thai. 2011;94(7):849-56.
13. 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. 1993;88(6):791-804.
14. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG.The alcohol use disorder identification test--Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
15. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev. 2003;22(3):287-93.
16. Rumpf HJ, Hapke U, Hill A, John U. Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. Alcohol ClinExp Res. 1997;2(5)1:894-8.

17. Moore AA, Beck JC, Babor TF, Hays RD, Reuben DB. Beyond alcoholism, identifying older, at risk drinkers in primary care. *J Stud Alcohol*. 2002; 63(3):316-24.
18. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7.
19. สวัสดิ์ อัจฉนงค์กรชัย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.); 2552.
20. Fleming MF, Barry KL. A three-sample test of a masked alcohol screening questionnaire. *Alcohol*. 1991;26(1):81-91.
21. Radloff L. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for research in the general population. *ApplPsycholMeas* 1977;1:385-401.
22. Sobell LC, Sobell MB. Timeline Follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. In Litten RZ, Allen J, editors. *Measuring alcohol consumption*. New Jersey: Humana Press; 1992. p. 41-65.
23. Kivlahan DR, Sher KJ, Donovan DM. The Alcohol Dependence Scale: a validation study among inpatient alcoholics. *J Stud Alcohol*. 1989;50(2):170-5.
24. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-months outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(2): 199-207.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
26. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M, The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *J Ment Health Thai*. 2005;13:126-35.
27. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:72.
28. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:66.
29. Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. Totowa NJ, Human Press: 41-65.
30. Carney MA, Tennen H, Affeck G, Del Boca FK, Kranzler HR. Levels and pattern of alcohol consumption using timeline follow back daily diaries and real time electronic interviews. *J Stud Alcohol*. 1998;59(4):447-454.
31. Donovan JE. Young adult drinking-driving: behavioral and psychosocial correlates. *J Stud Alcohol*. 1993;54(5): 600-13.
32. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):989-94.
33. Hamilton M. A rating scale for depression. *J NeuroNeurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
34. Lortrakul M, Sukkhanit P, Sukying C. The development of Hamilton Rating Scale for Depression-Thai version. *J PsychiatrAssoc Thai*. 1996;41:235-46.

35. Thapnita D, translator. The State-Trait Anxiety Inventory. 1991. Located at Chiang Mai University, Chiang Mai 50200.
36. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
37. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guildford Press; 2002.
38. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change: a guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1999
39. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. n.p.: Dow Jones-Irwin; 1984.
40. Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, John U, Rumpf HJ. The expert test and report on alcohol (ExTRA): development and evaluation of a computerized software program for problem drinkers. In: Baye DR, editor. New research on alcoholism. New York: Nova Publishers, 2006. P. 155-177
41. Dawson DA, Grant BF, Chou SP, Stinson FS. The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(1):66-75.
42. Filstead WJ, McElfresh O, Anderson C. Comparing the family environment of alcoholic and normal families. *J Alcohol Drug Educ* 1981;26:24-31.
43. Johnson J, Rolf JE. Cognitive functioning in children from alcoholic and non-alcoholic families. *Br J Addict*. 1988;83(7): 849-57.
44. Adger H, Blondell R, Cooney J, Finch J, Graham A, Macdonald DI, et al. Helping children and adolescents in families affected by substance use [Internet]. MD: National Association for Children of Alcoholics. [date unknowns; cited 2012 Nov 30]. Available from: <http://www.nacoa.org/pdfs/guide%20for%20health.pdf>
45. Law Care. Caring about a problem drinker [Internet]. London: LawCare. [date unknowns]-[cited 2012 Nov 30]. Available from: <http://www.lawcare.org.uk/PDF%20Files/Caring%20About%20a%20Problem%20Drinker.pdf>
46. European Network of Quitlines. Guideline for best practice 2004. 1sted. London: the European Network of Quitlines. 2004. [cited 2012 Oct 7]. Available from: <http://www.enqonline.org/resources/GTBPEnglish.pdf>
47. In an email from Kerstin DamstromThakker, PhD, Head of the National Swedish Alcohol Helpline (Kerstin.damstrom-thakker@sll.se) in April 2012.
48. Wikipedia: the free encyclopedia [internet]. Quitline: Wikimedia Foundation, Inc. 2001 - [cited 2012 Dec 18]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Quitline>
49. South Western Area Health Board. Community alcohol awareness project/Health Promotion Unit South Western Area Health Board. Ireland: The Irish Health Repository; 2003. [cited on 2012 December 18]. Available from: <http://lenus.ie/hse/bitstream/10147/46308/1/60.pdf>
50. Engurat L. How a toll free telephone hotline addresses alcohol abuse in Uganda. Paper present at: The Global Alcohol Policy Conference (GAPC); 2012 February 13-14. Bangkok, Thailand. Power point presentation available from: http://www.fhpprogram.org/files/presentation/3_Lawrence%20Engurat_GAPC-%20Feb%202012-Final.pdf
51. Midanik LT, Greenfield TK, Rogers JD. Reports of alcohol-related harm: telephone versus face to face interviews. *J Stud Alcohol*. 2001; 62(1): 74-8

52. Horvath AO, Bedi RP. The alliance. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: the therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002. p.37-69.
53. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W. Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol*. 1998;53(9):1017-31.
54. Bee PE, Bower P, Lovell K, Gilbody S, Richards D, Gask L, et al. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*. 2008;8:60.
55. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.



แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคาการดื่มสุรา (พรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลทรายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201
มือถือ 08 0491 0505, 08 0500 2140
www.i-mapthailand.org