

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินประสิทธิผลการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยเลิกสุราผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุรา และการเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413)

Evaluation of the Effectiveness of Telephone Counseling Services for
Alcohol Cessation through Alcohol and Drugs Helpline Centre (1413 Helpline)

(เลขที่สัญญาโครงการ: 66-00111-0036 รหัสโครงการ 67013069RM001LO)

ธันวาคม 2567

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

รศ. พญ.รัตมน กัลยาศิริ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมวิจัย

ดร. ภาณุสุราสินี คำหลวง

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

จิราธร สุตะวงศ์

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ธนกิตติ อธิบดี

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เนอริลิน ประทุมสุวรรณ

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ศุภสุดา โพธิ์สีริย์

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

จุฬาทิพย์ บุญมา

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

บุษพงศ์ จงโชติชัยวาลย์

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

โปรยฝน จิตต์อักษร

ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

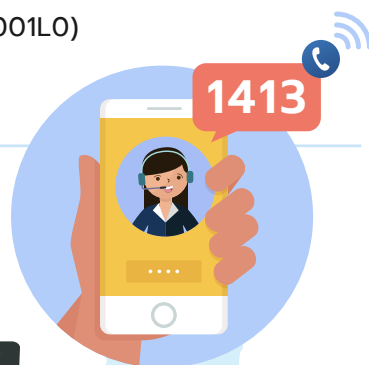
รุ่งดารา ศรีจันทร์ดี

ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

ที่ปรึกษา

ดร. ภาณุปฤษฎพร ทังแก้ว

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายเลิกเหล้า)
มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย
ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รายงานฉบับสมบูรณ์
การประเมินประสิทธิผลการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกสุราผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและ
การเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413)

Evaluation of the Effectiveness of Telephone Counseling Services for Alcohol Cessation
through Alcohol and Drugs Helpline Centre (1413 Helpline)
(เลขที่สัญญาโครงการ: 66-00111-0036 รหัสโครงการ 67013069RM001L0)

โดย

ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายเลิกเหล้า)

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธันวาคม 2567



รหัสโครงการ 67013069RM001L0

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินประสิทธิผลการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413)

(รหัสโครงการ 67013069RM001L0)

โดย

ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการเสพติด (1413 สายเลิกเหล้า)

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Final Report

Evaluation of the Effectiveness of Telephone Counseling Services for Alcohol Cessation through Alcohol and Drugs Helpline Centre (1413 Helpline)

(Contract no: 66-00111-0036 Project code: 67013069RM001L0)

By

Alcohol Drug Helpline Centre (1413 Helpline)

Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation

This project was supported by

Centre for Addiction Studies (CADS)

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

December 2024

คณะผู้วิจัย

หัวหน้า	รศ.พญ.รัศเมน กัลยาศิริ	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โครงการ		จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ร่วมวิจัย	ดร.ภญ.สุธาสนี คำหลวง	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นางสาวจิราธร สุตะวงศ์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นายธนกิตต์ อธิบดี	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นางสาวณเฮอร์ลิณญ์ ประทุมสุวรรณ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นางสาวศุภสุดา โพธิ์ไธร์ย์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นางสาวจุฬาทิพย์ บุญมา	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นางสาวนุชพงศ์ จงโชติชัชวาลย์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	นางสาวโปรยฝน จิตต์อักษร	ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด
ที่ปรึกษา	นางสาวรุ่งดารา ศรีจันทร์ดี	ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด
	ดร.ภญ.ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

อภิธานศัพท์

ศศก.	ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
สคล.	สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า
สคอ.	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
สปสข.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุข
ASSIST	Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test: ASSIST (แบบคัดกรองประสิทธิภาพในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่น ๆ)
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test (แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา)
BI	Brief Intervention (การให้คำแนะนำอย่างสั้น)
BIA	Budget Impact Analysis (ผลกระทบด้านงบประมาณ)
CEA	Cost-Effectiveness Analysis (การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล)
CEAC	Cost-Effectiveness Acceptability Curve (ความผันแปรของเพดานความเต็มใจจ่ายของสังคม)
CUA	Cost-Utility Analysis (การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์)
DALYs	Disability-adjusted life years (การสูญเสียปีสุขภาวะ)
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio (อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม)
MET	Motivational Enhancement Therapy (การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ)
MI	Motivational Interviewing (การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ)
NMB	Net Monetary Benefit (ค่าเฉลี่ยของผลประโยชน์สุทธิในรูปของตัวเงิน)
QALY	Quality-Adjusted Life Year (ปีสุขภาวะ)
SBIRT	Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (การคัดกรองผู้ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดและส่งต่อ)
ST-5	Stress-5 questionnaires (แบบทดสอบความเครียดฉบับสั้น)
T-MET	Telephone Motivational Enhancement Therapy (การให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์)
UCBP	Universal Coverage Benefit Package (ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
VAS	Visual Analog Scale (การวัดค่าอรรถประโยชน์แบบให้คะแนน)

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	1
บทคัดย่อภาษาไทย	2
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	3
บทที่ 1 บทนำ.....	5
1.1. หลักการและเหตุผล	5
1.1.1. ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้น	5
1.1.2. นโยบายและมาตรการเพื่อแก้ปัญหา	6
1.1.3. การจัดบริการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	7
1.1.4. การให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดทางโทรศัพท์ (Alcohol and Drugs Helpline Centre: helpline 1413)	8
1.1.5. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	12
1.2. วัตถุประสงค์	13
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย	14
2.1. การทบทวนวรรณกรรม.....	14
2.1.1. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือมาตรการที่ดำเนินการโดยสายช่วย เลิกสุรา	14
2.1.2. การประเมินความคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งในและต่างประเทศ	16
2.2. กรอบแนวคิดการวิจัย	22
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	23
3.1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review).....	23
3.2. การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ.....	23
3.2.1. ระยะเวลาการติดตาม	23
3.2.2. จำนวนขนาดตัวอย่าง.....	24
3.2.3. ข้อมูลด้านประสิทธิผลของการให้บริการสายด่วน 1413.....	25
3.2.4. ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ	29
3.2.5. การวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษา	29
3.2.6. จริยธรรมการวิจัย	31
3.2.7. การประกันคุณภาพงานวิจัย.....	31
3.2.8. รูปแบบการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด	31
3.2.9. การพิจารณาคุณภาพการให้บริการและขอบเขตการให้บริการ	33
3.2.10. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ.....	33
บทที่ 4 ผลการศึกษา	34
4.1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสุราและการเสพติด.....	34

4.2. การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้าง แรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูราและการเสพติด โดยศูนย์ฯ 1413	34
4.2.1. ประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ แก่ผู้ดื่ม	35
4.2.2. ประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ แก่ผู้ได้รับผลกระทบ	66
บทที่ 5 วิจัยและสรุปผลการดำเนินงาน.....	73
บทที่ 6 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้.....	78
เอกสารอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก เอกสารเผยแพร่สู่สาธารณะ (infographic)	84

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์.....	26
ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานทางประชากร (demographic characteristics) ของผู้ดื่ม.....	36
ตารางที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดสุรา	38
ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของการให้บริการสายด่วน 1413 ต่อผลลัพธ์ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ในผู้ดื่มที่ระยะติดตาม 90 วัน.....	39
ตารางที่ 5 ผลต่างของคะแนนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ระหว่าง baseline และระยะติดตาม 90 วัน.....	51
ตารางที่ 6 คะแนนระดับความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT.....	55
ตารางที่ 7 คะแนนระดับความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT.....	59
ตารางที่ 8 ลักษณะพื้นฐานทางประชากร (demographic characteristics) ของผู้ได้รับผลกระทบ.....	66
ตารางที่ 9 ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบทั้ง 3 กลุ่ม.....	68
ตารางที่ 10 คะแนนความเครียดของผู้ได้รับผลกระทบ	69

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 แนวทางในประเทศไทยสำหรับการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบสุขภาพ (บำบัดโดยสถานพยาบาล) และนอกระบบสุขภาพ	8
รูปที่ 2 การคัดกรองปัญหาการดื่มและให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราทางโทรศัพท์	10
รูปที่ 3 การติดตามให้บริการปรึกษาเชิงรุกสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราทางโทรศัพท์	10
รูปที่ 4 สถิติการให้บริการประจำปี พ.ศ. 2565	11
รูปที่ 5 การดำเนินงานของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP)	12
รูปที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการศึกษา	22
รูปที่ 7 การติดตามผู้ดื่มสุราที่ต้องการเลิกดื่มสุราที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับบริการ การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1413	24
รูปที่ 8 รูปแบบการบริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด	32
รูปที่ 9 Sankey diagram แสดงจำนวนและสถานะการย้ายกลุ่มการติดตามของผู้ดื่มที่เข้าร่วมงานวิจัย	36
รูปที่ 10 Sankey diagram แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนน ASSIST ตลอดเวลาที่ติดตามของผู้ดื่ม ...	39
รูปที่ 11 Kaplan-Meier curve ของผลลัพธ์ percent days abstinent ที่ระดับต่าง ๆ	43
รูปที่ 12 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 100 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT	44
รูปที่ 13 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 100 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT	45
รูปที่ 14 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 50 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT	46
รูปที่ 15 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 50 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT	47
รูปที่ 16 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 30 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT	48
รูปที่ 17 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 30 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT	49
รูปที่ 18 ระดับความเสี่ยงที่ baseline และที่ระยะติดตาม 90 วัน	54
รูปที่ 19 คะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงระหว่าง baseline และการติดตามที่ 90 วัน แบ่งตามระดับความเสี่ยงที่ baseline	56
รูปที่ 20 ระดับความเสี่ยงที่ baseline และที่ระยะติดตาม 90 วัน	58
รูปที่ 21 คะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงระหว่าง baseline และการติดตามที่ 90 วัน แบ่งตามระดับความเสี่ยงที่ baseline	60
รูปที่ 22 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง	62
รูปที่ 23 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT	63
รูปที่ 24 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง	64
รูปที่ 25 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT	65

รูปที่ 26 ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่ม ซึ่งรายงานโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบ	70
รูปที่ 27 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มที่รายงานโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT	71
รูปที่ 28 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มที่รายงานโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบ ในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT	72

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนสำคัญในการพัฒนาผลงานที่มีคุณค่าในด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ตลอดจนขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413) และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาให้การสนับสนุนข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ที่สนับสนุนกระบวนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการศึกษา

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่าน ที่สละเวลาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ซึ่งช่วยปรับปรุงคุณภาพของงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์

ท้ายที่สุดนี้ รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง ทั้งนี้ ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัยนี้เป็นของคณะผู้วิจัย และไม่ได้สะท้อนถึงทัศนคติหรือความคิดเห็นของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรายงานฉบับนี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญที่สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกสุรา รวมถึงเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอน้อมรับเพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

คณะผู้วิจัย
ธันวาคม 2567

บทคัดย่อภาษาไทย

ภูมิหลัง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในปัจจุบัน การลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพจึงถือเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ถึงแม้จะมีบริการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่การเข้าถึงบริการเหล่านี้ยังมีข้อจำกัด ประเทศไทยมีแนวทางในการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 2 ลักษณะ ได้แก่ การให้บริการในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดทางโทรศัพท์ (สายเลิกเหล้า 1413) นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการบริการ เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการดื่มฯ มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดทางโทรศัพท์ ในการช่วยงด/ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในรูปแบบของคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้ใช้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) ในกลุ่มผู้ดื่มสุราที่ต้องการเลิกดื่มสุราหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราที่โทรศัพท์เข้ามาใช้บริการและทำการติดตามผลการให้บริการต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้แบบทดสอบ Alcohol, Smoking, Substance Inventory Screening Test (ASSIST), แบบทดสอบความเครียด Stress Test Questionnaire (ST-5) และจำนวนวันหยุดดื่ม จากนั้นวิเคราะห์ผลทางสถิติเชิงพรรณนาและระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis) เพื่อหาประสิทธิผลของการให้บริการการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสุราทางโทรศัพท์เปรียบเทียบกับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในด้านการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการเลิกสุรา

ผลการศึกษา ผู้ดื่มทั้งหมดที่โทรเข้ามาใช้บริการจากสายเลิกเหล้า 1413 ครั้งแรกรวม 647 รายซึ่งมีเพียง 151 ราย (ร้อยละ 23) ที่สะดวกเข้าร่วมวิจัยและมีข้อมูลสมบูรณ์ที่การติดตามในระยะเวลา 90 วัน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัด 144 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด 7 ราย โดยประสิทธิผลของมาตรการการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ ในด้านร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) พบว่า ผู้ดื่มมีจำนวนวันหยุดดื่มต่อเนื่องเฉลี่ย 30-33 วัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม ระดับความเสี่ยงจากการดื่มสุราโดยใช้คะแนนจาก ASSIST ของผู้ดื่มมีแนวโน้มลดลงทั้งสองกลุ่มโดยเฉพาะผู้ที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางและสูงเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ นอกจากนี้ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราที่ได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ 1 ครั้งมีแนวโน้มว่ามีคะแนนความเครียดลดลงที่ระยะติดตาม 90 วัน

ข้อสรุป การให้บริการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ อาจมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดื่มสามารถลดปริมาณการดื่มได้ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ข้อมูลประสิทธิผลของการให้บริการจากการดำเนินงานจริง (real-world data) ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างและระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์ที่ยาวนานขึ้นเพื่อสะท้อนให้เห็นผลจากการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์และลดความไม่แน่นอนของผลการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ใช้บริการที่ได้รับการติดตามเมื่อครบกำหนดเวลามีจำนวนจำกัด ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรทำอย่างระมัดระวัง

คำสำคัญ: สายเลิกเหล้า 1413 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสิทธิภาพ แบบประเมินความเครียด

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Background: Alcohol consumption among the Thai population is increasing and represents a significant public health issue in Thailand. Reducing alcohol consumption is a challenge that requires collaboration across various sectors. Although there are services available for screening, treatment, and rehabilitation for people who live with alcohol-related problems, the accessibility to these services remains limited. Specifically, Thailand has two main options for addressing alcohol problems, including 1) services inside of the healthcare system and 2) services outside of the healthcare system. The telephone counseling through the Alcohol and Drugs Helpline Centre (1413 Helpline) is one of the alternative services which increase the accessibility to services for individuals encountering with alcohol-related problems and for surrounding individuals who are affected by people who live with alcohol-related problems.

Objective: The objective of this study is to evaluate the effectiveness of telephone counseling services by using Motivational Enhancement Therapy (MET) model for alcohol cessation through Alcohol and Drugs Helpline Centre (1413 Helpline). This study also aims to assess health outcomes in terms of utility scores among users of the 1413 Helpline.

Methodology: This study employed a prospective research design with a sample population consisting of 1) callers who are seeking to cease drinking or surrounding individuals (e.g., relatives or family members) who are affected by people who live with alcohol-related problems and call 1413 Helpline. The follow-up time was six months after calling for counseling from the 1413 Helpline. Statistical analysis was conducted using descriptive statistics and survival analysis to compare days alcohol abstinent, alcohol risk level from the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST) between drinkers who received MET by telephone and those who called and received general information about alcohol cessation. Stress level was compared by using Stress Test Questionnaire (ST-5).

Result: There were 647 drinkers at baseline, only 151 drinkers (23%) had complete data in the three-month follow-up period (N: SBIRT= 144, control: 7). The effectiveness of the telephone MET showed that the drinkers had an average of 30-33 days abstinent, with no statistically significant difference between the group that received the telephone MET and that received general information about alcohol cessation. The ASSIST risk level among drinkers tended to decrease, especially in those with moderate and high risk of alcohol drinking, when comparing before and after receiving the telephone counseling at the 90-day follow-up. Additionally, the affected relatives or family members relatives or family members who received a single telephone counseling session showed a trend of reduced ST-5 stress scores at the 90-day follow-up.

Conclusion: The telephone MET appeared to help drinkers reduce their alcohol consumption. However, to provide more robust data on the effectiveness of the telephone MET from real-world practices, data collection should be expanded to ensure a larger sample size and longer evaluation periods to better reflect the actual outcomes and reduce the uncertainty of the results in this study. These results therefore need to be interpreted with caution.

Key Word: ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; Telephone Motivational Enhancement Therapy; ST-5

บทที่ 1 บทนำ

1.1. หลักการและเหตุผล

1.1.1. ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้น

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของประชากรไทยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง (1) โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่ (2) การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 เรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิต (3) พบว่า ความชุกในช่วง 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) เท่ากับร้อยละ 5.3 (ประชากร 2.7 ล้านคน) ในจำนวนนี้ร้อยละ 3.5 เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติ (alcohol abuse) และร้อยละ 1.8 เกิดจากการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) โดยประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือของประเทศไทยมีพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด (ร้อยละ 10) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 3.1)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงร้อยละ 32 (จำนวน 17.7 ล้านคน) โดยอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายคือ 19 ปี และในเพศหญิงคือ 25 ปี (4) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าประชากรชายของไทยเริ่มทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ นอกจากนี้รายงานภาระโรคไม่ติดต่อขององค์การอนามัยโลก พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกปีละประมาณ 3.3 ล้านคนหรือร้อยละ 6 และทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) ร้อยละ 5 ของภาระโรคทั่วโลก (5) สำหรับประเทศไทย รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยใน พ.ศ. 2557 พบว่า การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยนับรวมเป็น 434,248 ปีหรือประมาณร้อยละ 3 ของภาระโรคทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรไทยที่มีอายุ 15-29 ปีซึ่งเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงถึงร้อยละ 12 ในเพศชายและร้อยละ 14 ในเพศหญิง (6)

แม้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีขนาดปัญหามากแต่การรับบริการเพื่อแก้ปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับมีน้อย โดยผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับบริการเพื่อแก้ปัญหการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 7.0 เท่านั้น ในจำนวนนี้เข้ารับบริการกับบุคลากรในระบบสุขภาพร้อยละ 2.0 และเข้ารับบริการกับผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา พระ บาทหลวง หมอแผนโบราณ และผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น ๆ เช่น การบำบัดด้วยโยชนาการ สมุนไพร ร้อยละ 5.5 (3) ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยประสบปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอย่างมากถึงแม้จะมีบริการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบริการสุขภาพ แต่การเข้าถึงบริการเหล่านี้ยังมีข้อจำกัด

นอกจากปัญหาจากแอลกอฮอล์แล้ว ผู้ดื่มส่วนหนึ่งมีการใช้สารเสพติดร่วม เช่น บุหรี่ กัญชา และยาเสพติดผิดกฎหมาย ในปีที่ผ่านมา ผู้โทรเข้ามาใช้บริการสายเลิกเหล้า 1413 มีการขอปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ พิษกระท่อม และกัญชา ทางศูนย์จึงเพิ่มศักยภาพในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสารเสพติด นอกเหนือจากการดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย

1.1.2. นโยบายและมาตรการเพื่อแก้ปัญหา

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาครัฐมีการออกกฎหมายเพื่อหวังควบคุมและลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาศัยทั้งมาตรการด้านราคา เช่น การเก็บภาษี และมาตรการที่ไม่เกี่ยวข้องกับราคา อาทิ การกำหนดวัน เวลา และสถานที่ห้ามจำหน่ายหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งยังออกข้อกำหนดในการผลิตสื่อโฆษณา การรณรงค์ “งดเหล้า เข้าพรรษา” ที่มีประจำทุกปี รวมถึงการออกกฎหมายจราจรทางบกที่ห้ามมิให้ผู้เมาสุราขณะขับขี่ยานพาหนะ (7) โดยมาตรการที่ไม่เกี่ยวข้องกับราคานี้จะเป็นเครื่องมือที่มีผลโดยตรงกับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งกล่าวโดยสังเขป ได้แก่

- 1) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีเป้าหมายหลักในการลดปัญหาและผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ผ่านการบังคับใช้กฎหมาย ช่วยให้ประชาชน รวมถึงเด็กและเยาวชนตระหนักถึงพิษภัย ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการจัดบริการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (8) โดย พ.ร.บ. ฉบับนี้ มีกฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสรุปคือ
 - i. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติ ระดับจังหวัดต่าง ๆ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบมาตรการต่าง ๆ และจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อดำเนินการ ประสานงาน หรือ สนับสนุนให้มีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ii. ออกมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ มาตรา 26–32 โดยเกี่ยวข้องกับการผลิตหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด ไปจนถึงการห้ามโฆษณา อวดอ้างสรรพคุณ หรือชักจูงให้ผู้อื่นดื่ม แอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อม
 - iii. กำหนดบทลงโทษ กรณีที่ไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.
- 2) ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563
- 3) ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่ผสมกาเฟอีนทางสถานีวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์
- 4) พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ออกข้อกำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่รถในขณะที่เมาสุรา หรือของเมาอย่างอื่น และกำหนดให้มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่ตามแนวทางปฏิบัติ รวมถึงระบุโทษทางกฎหมายเอาไว้ชัดเจน (7)
- 5) การรณรงค์ “งดเหล้า เข้าพรรษา” โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) และองค์กรภาคี เริ่มมีการรณรงค์ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 (9) ภายหลังดำเนินงานมีผู้ร่วมโครงการจำนวนมาก จึงเกิดการผลักดันให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติ ซึ่งตรงกับช่วงเข้าพรรษาในแต่ละปี
- 6) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (8) มีเป้าหมาย 4 ประการ คือ ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมความชุกของผู้บริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภคทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค การจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค ซึ่งรัฐวางยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางเอาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่
 - ยุทธศาสตร์ที่ 1: การเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (price and availability)
 - ยุทธศาสตร์ที่ 2: การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม (attitude)

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การลดอันตรายจากการบริโภค (risk reduction)

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (alcohol policy at every setting)

ยุทธศาสตร์ที่ 5: การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (support)

จากมาตรการที่กล่าวไปข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาครัฐมีความพยายามที่จะป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูปัญหาที่เกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ระดับมหาดมาจนถึงจุลภาค โดยอาศัยการบังคับใช้กฎหมายและการรณรงค์ เป็นเวลากว่า 16 ปี บางมาตรการยังต้องมีการปรับให้ทันยุคทันสมัยที่สื่อและเทคโนโลยีทำให้ผู้คน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายเพียงปลายนิ้ว

1.1.3. การจัดบริการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแนวปฏิบัติการคัดกรอง และบำบัดรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อป้องกันผลกระทบให้ครอบคลุมรอบด้าน โดยใช้แนวทางเชิงรุกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะแบ่งแนวทางปฏิบัติออกเป็น 4 แนวทาง (10) ได้แก่

แนวปฏิบัติชุดที่ 1: การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (การบำบัดแบบสั้น¹) เป็นการให้บริการในกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ วัยรุ่นชาย เป็นต้น กิจกรรมจะมุ่งไปที่การคัดกรองปัญหา และการบำบัดระยะสั้น ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นโดยบุคลากรสุขภาพ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

แนวปฏิบัติชุดที่ 2: การดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ติดสุรา ผู้ดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ หรือมีประวัติการดื่มสุราหนัก โดยกิจกรรมจะเน้นไปที่การประเมินปัญหาการดื่ม ความเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อส่งเข้ารับการบำบัดโดยบุคลากรสุขภาพที่เชี่ยวชาญต่อไป รวมถึงให้การช่วยเหลือครอบครัวและให้การฟื้นฟูทางสังคมด้วย

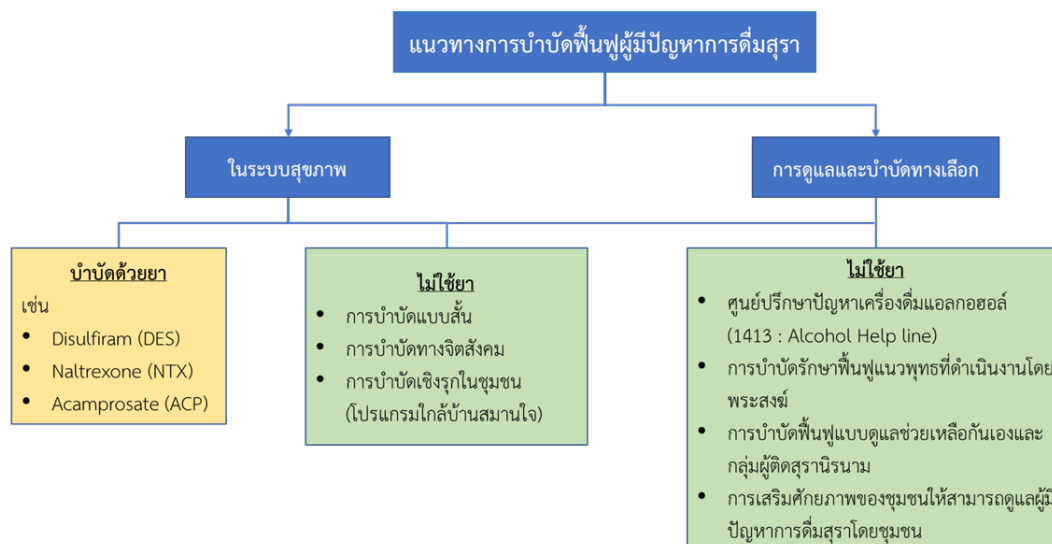
แนวปฏิบัติชุดที่ 3: การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา (โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ) เหมาะสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน และไม่ยอมเข้ารับบริการสุขภาพ รวมถึงผู้ติดสุราหลังผ่านการบำบัด โดยกิจกรรมจะเป็นการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การบำบัดระยะสั้น เป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยหน่วยงานระดับชุมชน ที่มีบุคลากรผ่านการอบรมเข้ามามีบทบาทสำคัญ

แนวปฏิบัติชุดที่ 4: การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายจะเป็นผู้ที่ผ่านการบำบัดและกลับสู่ชุมชนแล้ว หรือมีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน บริการส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่จะตามมา รวมถึงให้คำแนะนำเบื้องต้น ดูแลติดตามและส่งต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนไปยังสถานบริการสุขภาพต่อไป

จากแนวทางปฏิบัติข้างต้นจะเห็นได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตามความรุนแรงของปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกำหนดระดับของหน่วยบริการ ความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรองรับบริการอย่างเหมาะสม ทั้งนี้การให้บริการที่กล่าวไปก่อนหน้านี้จะเป็นบริการที่มีให้ในระบบสุขภาพเท่านั้น หากแต่ปัจจุบันมีบริการสำหรับผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่นอกระบบสุขภาพมากมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการตีตราของสังคมกรณีที่ต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ และสอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบันที่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ทุกที่

¹ การบำบัดระยะสั้น (brief intervention; BI) เป็นวิธีการให้คำแนะนำปรึกษามีหลักฐานชัดเจนทั้งในและต่างประเทศว่ามีประสิทธิผลและความคุ้มค่า ประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

คณะผู้วิจัยจึงแบ่งแนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ การให้บริการในระบบสุขภาพ (โดยสถานพยาบาล) และนอกระบบสุขภาพ (รูปที่ 1) ซึ่งการดำเนินงานโดยหน่วยงานนอกระบบสุขภาพนี้เป็นการให้บริการอีกรูปแบบหนึ่งที่ทำให้บริการแก่ผู้มีปัญหา ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลได้หรือเข้ารับบริการแล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ



รูปที่ 1 แนวทางในประเทศไทยสำหรับการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบสุขภาพ (บำบัดโดยสถานพยาบาล) และนอกระบบสุขภาพ

จะเห็นว่าช่องทางในการให้บริการผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบสุขภาพมีความหลากหลายและเป็นไปได้ว่าจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการให้บริการในรูปแบบสายช่วยเหลือ (helpline) ซึ่งเป็นที่นิยมอย่างมากในปัจจุบัน ที่โทรศัพท์เปรียบเสมือนปัจจัยที่ห้าของการดำรงชีวิต โดยเป็นบริการที่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ชนิดหนึ่ง ที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็ว อาทิ เรื่องปัญหาสุขภาพและความปลอดภัย (11)

1.1.4. การให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดทางโทรศัพท์ (Alcohol and Drugs Helpline Centre: helpline 1413)

การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดทางโทรศัพท์ 1413 นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการบริการ เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านช่องทางที่ไม่เผชิญหน้า คือ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อัตโนมัติ 1413 โดยบุคลากรทางจิตวิทยา มีการประสานงานร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อช่วยลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่สถานบำบัดใกล้บ้าน นอกจากนี้ การให้บริการของสายเลิกเหล้า 1413 ยังเป็นการให้บริการครอบคลุมไปถึงครอบครัวหรือผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มสุราด้วย ปัญหาสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา คือ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกสุรา ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา ขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสุราได้สำเร็จ หากต้องการเลิกสุราก็มักเลิกด้วยตนเองและไม่เข้าสู่

บริการทางการแพทย์ ส่วนญาติซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย ก็มักมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดสุรา ไม่ทราบกลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกสุรา หรือแนะนำผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนั้น สายด่วนสำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์จะมีส่วนช่วยให้ข้อมูลและนำผู้ป่วยเข้าสู่บริการทางการแพทย์ได้เพิ่มมากขึ้น

โดยการให้คำปรึกษาของศูนย์ฯ นั้นใช้เทคนิคการให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ (Telephone Motivational Enhancement Therapy; T-MET) ดำเนินการโดยนักจิตวิทยาให้การปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนั้นเป็นการบำบัดทางจิตสังคมโดยมีที่มาจากทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยเฉพาะทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) โดยมีแนวคิดที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ ล้วนต้องการแรงจูงใจทั้งนั้น บางอย่างเป็นพฤติกรรมที่ดีแต่คนเรากลับไม่ยอมทำ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งไม่ได้เป็นเพราะการขาดความรู้ แต่เกิดจากการขาดแรงจูงใจที่มากพอ การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจจะเน้นไปที่การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสามารถวางแผนเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ ๆ ขึ้นมาได้ ทั้งนี้การให้ความรู้อาจมีสอดแทรกอยู่บ้าง แต่ไม่ใช่ประเด็นแรก ๆ ที่จะใช้ในการสนทนา แต่จะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาชนิดหนึ่งซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะยึดผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง และมุ่งหวังให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์ที่ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้กล่าวข้อความที่จิตใจตนเองออกมา (12)

หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 1) การแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย (express empathy) 2) การทำให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยากเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) 3) การหลีกเลี่ยงการโต้เถียงและผ่อนไปตามแรงต้าน (sidestep resistance) และ 4) การสร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง (support self-efficacy) ต่อมา ได้มีการนำหลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาพัฒนาเป็นการบำบัดระยะสั้นที่มีขั้นตอนปฏิบัติที่ชัดเจน และมีจำนวนครั้งบำบัดทั้งสิ้น 2-4 ครั้ง โดยเรียกชื่อการบำบัดชนิดนี้ว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET)

การให้บริการของศูนย์ฯ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1.4.1. รูปแบบการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

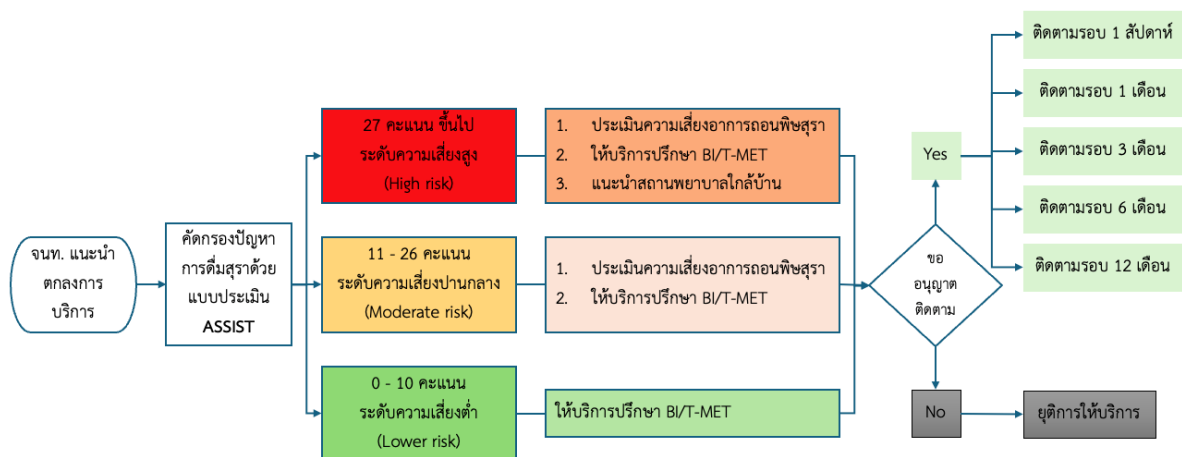
การให้บริการให้คำปรึกษาเชิงรับ ผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่

- I. สายเลิกเหล้าและการเสพติด 1413: ผู้ใช้บริการจะได้รับการพูดคุยปรึกษากับนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาถึงวิธีการในการลดหรือเลิกดื่มสุราที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มรวมถึงการบำบัดอย่างย่อ (screening and brief intervention: BI) และติดตามต่อเนื่องเพื่อให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เปิดให้บริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 น.-20.00 น. (มีนักจิตวิทยาบริการทั้งสิ้น 8 คู่สาย) ส่วนนอกเวลาทำการสามารถฝากหมายเลขให้เจ้าหน้าที่โทรกลับได้ โดยเฉพาะช่วงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” ของทุกปี สายเลิกเหล้าจะขยายเวลาทำการเป็นให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุด เพื่อสนองการรับบริการที่อาจมีจำนวนมากกว่าช่วงปกติ (13)
- II. ช่องทางออนไลน์ ได้แก่ Facebook (ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด Alcohol and Drugs Helpline Centre), Line application (ID: 1413helpline), email: Helpline.1413@gmail.com, www.1413.in.th: ผู้ใช้บริการสามารถส่งข้อความเพื่อ

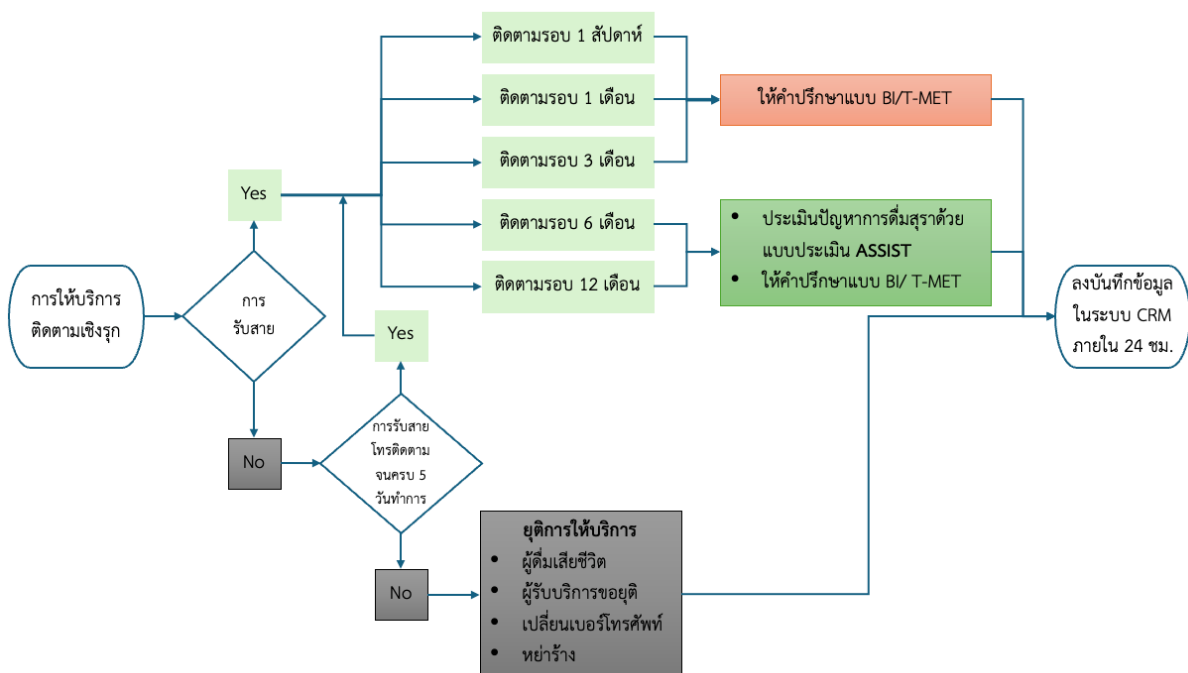
สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการลดหรือเลิกสูรา รวมถึงสามารถฝากหมายเลขโทรศัพท์ให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับได้

- III. การส่งต่อผ่านภาคีเครือข่าย (referral) กรณีที่ผู้รับบริการต้องการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) ตำรวจ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม เป็นต้น

การให้บริการเชิงรุก คือการโทรติดตามกลับไปยังผู้รับบริการที่ยินยอมให้ติดตาม โดยจะมีรอบการติดตาม 5 ครั้ง ใน 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรม การดื่มสุราและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้รับบริการ



รูปที่ 2 การคัดกรองปัญหาการดื่มและให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราทางโทรศัพท์ (14)



รูปที่ 3 การติดตามให้บริการปรึกษาเชิงรุกสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราทางโทรศัพท์ (14)

1.1.4.2. สถิติการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413)

สถิติการให้บริการให้คำปรึกษาของสายเลิกเหล้า 1413 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่ การให้บริการทางโทรศัพท์ มีจำนวนสายที่ได้รับบริการ 1,702 สาย การให้บริการทางเว็บไซต์ (www.1413.in.th) และอีเมล มีจำนวนผู้เข้าใช้บริการทั้งหมด 442 ราย และบริการเครือข่ายสังคมออนไลน์มีจำนวนผู้เข้าใช้บริการทั้งหมด 623 ราย รวมมีผู้ใช้บริการผ่านทุกช่องทางจำนวน 2,747 ราย (รูปที่ 4)



สถิติการให้บริการประจำปี พ.ศ. 2565

ระยะเวลา 1 ม.ค. 2565 – 31 ธ.ค. 2565

ช่องทาง	จำนวนผู้ขอรับบริการ		
	ผู้มีปัญหาการดื่ม	ผู้ได้รับผลกระทบ	Total
• สายด่วน 1413	1204	498	1702
• Line	81	248	329
• Facebook	45	249	294
• Website	36	17	53
• E-mail	251	118	369
Total	1617	1130	2747
• ระบบ U-refer	จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วม	จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำการติดตาม	
	2	7	
Total	2	7	

รูปที่ 4 สถิติการให้บริการประจำปี พ.ศ. 2565 (14)

1.1.4.3. การดำเนินงานและแผนการพัฒนาของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ที่มีการก่อตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา ลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กว่า 19 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนชื่อ สถานที่ตั้ง และรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุรา (15) เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงานการพัฒนาภายใต้องค์กรที่สังกัด จนมาเป็นศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดในปัจจุบัน โดยเป็นองค์กรอิสระ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของภาควิชาชีพจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ทางศูนย์ฯ มีการจัดประชุมเพื่อหารือร่วมกับหลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุราและสารเสพติด ได้แก่ สสส. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) กรมควบคุมโรค และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายที่ภาครัฐกำหนด อีกทั้งมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย เพื่อบูรณาการการให้บริการส่งต่อผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดอย่างมีมาตรฐาน และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการภายในหน่วยงาน เพื่อถ่ายทอดแผนงานสู่การปฏิบัติ (14)

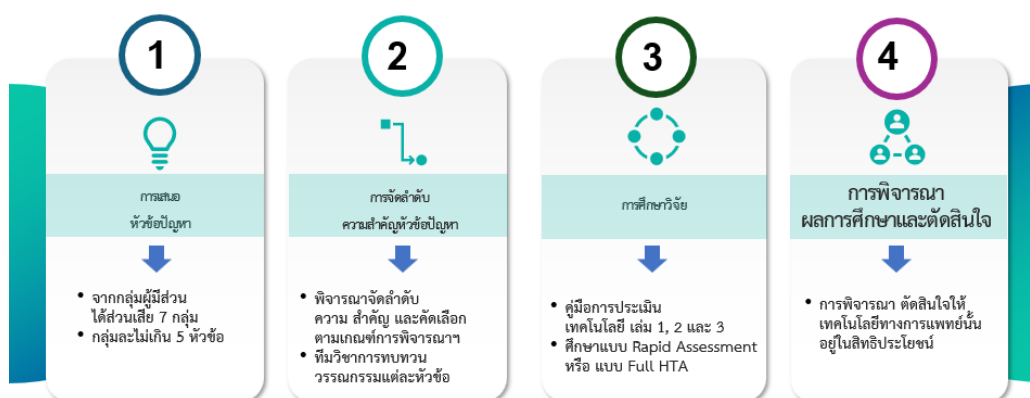
ในอนาคตทางศูนย์ฯ มุ่งเน้นการพัฒนาคน พัฒนาระบบช่องทางการให้บริการ และขยายการให้บริการเชื่อมโยงระบบสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายคือ ประชาชนมีสุขภาพะสามารถพึ่งตนเองได้และได้รับการช่วยเหลือปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด โดยหวังผลกักตุน

ให้บริการสายเล็กเกล้า 1413 เข้าเป็นส่วนหนึ่งของบริการมาตรฐานที่สามารถเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1.5. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีทั้งสิทธิประโยชน์ที่เป็นยารักษาโรค และบริการที่ไม่ใช่ยา เช่น บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด (รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองสุขภาพกายและสุขภาพจิต) บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 สำหรับมาตรการด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ยานั้นจะต้องผ่านกระบวนการภายใต้โครงการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Benefit Package; UCBP) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการปรับปรุงและขยายสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยกระบวนการฯ จะมุ่งเน้นการสนับสนุนกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยี การจัดลำดับความสำคัญ และการคัดเลือกหัวข้อมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (16) (รูปที่ 5)

ทั้งนี้ บริการสายเล็กเกล้า 1413 ได้มีบริการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุราซึ่งมีการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบางส่วน และยังมีบริการบำบัดการดื่มสุราโดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอันเป็นหนึ่งในบริการที่มีความมุ่งหวังผลักดันให้เกิดการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ จึงเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเตรียมข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สำหรับเสนอหัวข้อปัญหาฯ ดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป



รูปที่ 5 การดำเนินงานของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP)

1.2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูราและการเสพติด ในการช่วยงด/ลดการดื่มแอลกอฮอล์ของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสูราและการเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413)

วัตถุประสงค์รอง

- 1.1. เพื่อศึกษาประเทประสิทธิผลและแนวทางประเมินด้านประสิทธิผลผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- 1.2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ (สายเลิกเหล้า 1413) จากการดำเนินงานจริงของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสูราและการเสพติดทางโทรศัพท์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในรูปแบบของคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้ใช้บริการผ่านศูนย์ปรึกษา (ผู้ดื่มสูราหรือผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสูรา) สายเลิกเหล้า 1413 ผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสูราและการเสพติด สำหรับเป็นข้อมูลประกอบการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในกรณีที่ต้องการบรรจุการให้บริการสายเลิกเหล้า 1413 ในชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศไทย

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

2.1. การทบทวนวรรณกรรม

2.1.1. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือมาตรการที่ดำเนินการโดยสายช่วยเหลือสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์สำหรับปัญหาการดื่มสุรามีน้อยกว่าปัญหาการสูบบุหรี่มาก (17) โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะดำเนินการในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลปฐมภูมิหรือห้องฉุกเฉินด้วยโรคทางกายใด ๆ และได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรม (18-21) ส่วนการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ที่ทำในรูปแบบของสายด่วนให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสุรา หรือ alcohol helpline ที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราติดต่อไปยังผู้ให้คำปรึกษาเองโดยตรงนั้นยังมีการศึกษาไม่มาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาจากประเทศบราซิล (22) ประเทศสวีเดน (23-25) และประเทศออสเตรเลีย (26) โดยการศึกษาส่วนใหญ่ให้บริการในรูปแบบของการให้คำปรึกษาลำดับกัน คือใช้หลักการให้สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interview) เป็นหลักและวัดผลการดำเนินการเป็นการลดลงของระดับคะแนน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) หรือการลดลง/หยุดดื่มสุรา ตัวอย่างเช่น การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomised control trial: RCT) ในประเทศบราซิล (22) ที่ทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจูงใจทางโทรศัพท์ (telephone-based brief motivational intervention) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ self-help material ในกลุ่มผู้ดื่มสุราที่โทรเข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของประเทศบราซิล ผลการศึกษาพบว่า ที่ระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจูงใจทางโทรศัพท์มีอัตราการหยุดดื่มสุรามากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 15 และร้อยละ 10 ตามลำดับ) และมี number-needed-to-treat สำหรับการเลิกสุรา เท่ากับ 3 คน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ สัดส่วนของการ dropout สูงถึงร้อยละ 77 นอกจากนี้ การศึกษาแบบ meta-analysis (27) พบว่า adaptations of motivational interviewing (28) นั้นมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุราได้ในแง่ของความถี่ในการดื่มสุรา (effect sizes: 0.21; 95%CI 0.09, 0.33; N=9) เมื่อเทียบกับการไม่มีมาตรการ (placebo)

ส่วนการศึกษาแบบ observational study ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่โทรเข้ารับบริการที่ Swedish National Alcohol Helpline ประเทศสวีเดน (23, 24) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยให้บริการในรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจูงใจ พบว่าที่ระยะเวลาดิตตาม 12 เดือน ผู้เข้ารับบริการมีการลดลงของระดับคะแนน AUDIT เมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบริการ และประมาณหนึ่งในสามของผู้เข้ารับบริการสามารถหยุดดื่มหรือลดระดับการดื่มให้อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่ทำการศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินการ (feasibility) และประสิทธิภาพ (effectiveness) ของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของศูนย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (direct line) โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (26) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษาผู้ดื่มที่เข้าร่วมโครงการมีการลดลงของระดับคะแนน AUDIT มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ มีจำนวนผู้เข้าร่วมค่อนข้างน้อย (n=22 คน)

นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (29) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของบริการสายด่วน (helplines) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติดและ/หรือแอลกอฮอล์ (Illicit drug and/or alcohol telephone counselling services) จาก 5 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (30) ผลการศึกษาพบว่า จากทั้งหมด 29 การศึกษา การศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว (developed countries) ขณะที่กลุ่มประเทศในแถบเอเชียมีเพียงร้อยละ 11 แต่การศึกษาที่มีการประเมินในด้านประสิทธิผลของการให้บริการสายด่วน มีเพียง 9 การศึกษาเท่านั้น แบ่งเป็น การศึกษาที่รวมข้อมูลความพึงพอใจในการใช้บริการ (5 การศึกษา) และการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (4 การศึกษา) โดยมีเพียง 1 ใน 4 การศึกษาที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสุราที่ดำเนินการในประเทศบราซิล (22) ซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ส่วนการศึกษาจากประเทศไทยนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาโดยอิงอรและคณะ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 กับกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (31) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจสำหรับผู้มีปัญหาด้านการดื่มสุรา (31) โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ single-blinded RCT กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดื่มที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับบริการการให้คำปรึกษาทางศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (baseline N=45, 6-month follow up N=38) ซึ่งได้รับการบำบัดแบบเสริมแรงใจ (31) และกลุ่มควบคุม (baseline N=44, 6-month follow up N=35) ซึ่งได้รับคำแนะนำแบบย่อ (brief advice) โดยเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์ติดตามต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดการให้คำปรึกษาอีกเป็นระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ แบบคัดกรองความรุนแรงของการดื่มสุรา (ASSIST) ซึ่งบอกระดับพฤติกรรมการดื่มที่เสี่ยงต่อการเสพติด อันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ แบบทดสอบความเครียดฉบับสั้น (ST-5) ขั้นบันไดแรงใจ (contemplation ladder) ส่วนผลลัพธ์ (outcome measurement) วัดในรูปแบบของระดับความรุนแรงของการดื่มสุรา การวัดปริมาณการดื่ม ได้แก่ ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ระดับคะแนนความเครียด และระดับแรงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดื่มส่วนมากมีประสบการณ์การดื่มสุราที่เสี่ยงต่อการเสพติดปานกลางถึงสูง แรงใจอยู่ในขั้นลังเลถึงตัดสินใจ และมีระดับความเครียดน้อยที่ระยะติดตาม 3 เดือนหลังให้คำปรึกษา (หรือ 6 เดือนหลังการให้คำปรึกษาครั้งแรก) พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (ร้อยละ 44.9 และ 26.1, p-value = 0.036) กับการเปลี่ยนแปลงร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (ร้อยละ 45.5 และ 16.3, p-value < 0.001) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีแรงใจในการเลิกดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระดับความรุนแรงของการดื่มสุราจะลดลงทั้ง 2 กลุ่ม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้ง ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดก่อนและหลังให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกันที่ baseline รวมถึงมีจำนวนน้อย และมีระยะเวลาการติดตามที่สั้นซึ่งอาจไม่สะท้อนประสิทธิผลในระยะยาว นอกจากนี้ผลการศึกษาเป็นเพียงร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแต่ไม่ได้ระบุว่าระยะเวลาที่หยุดดื่มได้ยาวนานเพียงใด เช่น การหยุดดื่ม/ไม่ได้ดื่มเลยในรอบ 6 หรือ 12 เดือนหลังจากจบระยะการติดตามจากศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 เป็นต้น ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว จึงอาจยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจนั้นมีประสิทธิผลเหนือกว่าการให้คำแนะนำแบบย่อ เนื่องจากระดับเสี่ยงของการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน แม้ว่าการให้

คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจจะมีประสิทธิผลเหนือการให้คำแนะนำแบบย่อในแง่ของการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มก็ตาม

ต่อมาใน พ.ศ. 2559 กนกลักษณ์และคณะ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราที่เข้ารับคำปรึกษากับศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 (32) โดยเป็นการศึกษาแบบ single-blinded RCT เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (31) (กลุ่มทดลอง; baseline N=90, 6-month follow up N=72) กับการให้คำแนะนำแบบย่อ (brief advice) เกี่ยวกับสุรา (กลุ่มควบคุม; baseline N=90, 6-month follow up N=82) เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ แบบทดสอบความเครียดฉบับสั้น (ST-5) และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) การให้คำปรึกษาดำเนินการครั้งละ 20-30 นาที เป็นจำนวน 4 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน จากนั้นประเมินระดับความเครียดในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 และ 6 เดือนตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดก่อนทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.34 (SD 0.93) และ 1.91 (SD 1.01) ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดหลังให้คำปรึกษาที่ 6 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.11 (SD 0.32) และ 1.66 (SD 0.94) ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจมีการลดลงของค่าคะแนนความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (intention to treat; $p < 0.001$)

โดยสรุปการศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในรูปแบบของสายช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษานั้นยังมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับการศึกษาของสายด่วนฉุกเฉินหรือ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การให้บริการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจิตใจ โดยจากการศึกษาในประเทศสวีเดน บราซิล และออสเตรเลีย พบว่า การให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจิตใจทางโทรศัพท์ผ่านทางศูนย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นั้นสามารถลดระดับคะแนน AUDIT และสามารถช่วยลดการดื่มและหรือหยุดดื่มของผู้มารับบริการได้ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากบริบทของประเทศไทย

2.1.2. การประเมินความคุ้มค่าของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งในและต่างประเทศ

การศึกษาความคุ้มค่าของมาตรการการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีไม่มากนัก คณะผู้วิจัยจึงทบทวนการประเมินความคุ้มค่าของการบำบัดอย่างสิ้นและการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและมาตรการอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งสามารถสรุป ดังนี้

Holm และคณะ ค.ศ. 2014 (33) ได้ทำการประเมินความคุ้มค่ามาตรการด้านสุขภาพสำหรับป้องกันและลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายมาตรการในประเทศเดนมาร์ก ทั้งมาตรการระดับประชาชน ได้แก่ การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 30 การจำกัดอายุที่สามารถดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจำกัดเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งมาตรการระดับบุคคล ได้แก่ การให้คำปรึกษาอย่างสิ้นผ่านโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาโดยพนักงานเทศบาล สำหรับการให้คำปรึกษาอย่างสิ้นผ่านทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่สังกัดเทศบาลที่ผ่านการอบรม ซึ่งจะให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ hazardous/harmful drinkers ผ่านโทรศัพท์ ประมาณรายละ 15 นาที ผลลัพธ์ทางสุขภาพวัดออกมาในรูปของการเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเกิดโรคและเสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประมาณการจากแบบจำลองด้วยวิธี multiple cohort, multi-state life table approach โดยโรคที่นักวิจัยวิเคราะห์ ได้แก่ โรคหัวใจ ischaemic

heart disease, ischaemic and haemorrhagic stroke, hypertensive heart disease, โรคตับอ่อนอักเสบ pancreatitis, โรคตับแข็ง cirrhosis, โรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง cancer of the breast in women, โรคมะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (cancer of mouth and oropharynx, oesophagus, liver, larynx, colon and rectum) รวมทั้งการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุอื่น ๆ จากนั้น นักวิจัยวิเคราะห์ผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) ส่วนต้นทุนที่นักวิจัยวิเคราะห์ครอบคลุมต้นทุนของมาตรการและต้นทุนที่ป้องกันการเกิดโรคที่กล่าวมา ผลการประเมินพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างสั้นผ่านโทรศัพท์ มีความคุ้มค่ามากเมื่อเปรียบเทียบกับเพดานความคุ้มค่าที่อ้างอิงตามองค์การอนามัยโลก ที่ต่ำกว่า 1 GDP/DALY averted ในการวิเคราะห์ความไวแบบ probabilistic sensitivity analysis การให้คำปรึกษาอย่างสั้นมีโอกาสเกิดการประหยัดต้นทุนร้อยละ 60 และมีโอกาสคุ้มค่าร้อยละ 100 การศึกษานี้สรุปว่าการให้คำปรึกษาอย่างสั้นผ่านโทรศัพท์นับเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ามากในระดับบุคคล

การศึกษาของ Wutzk และคณะ ใน ค.ศ. 2001 (34) ทำการประเมินความคุ้มค่าการให้คำปรึกษาอย่างสั้นสำหรับผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงสูงและอันตราย (hazardous and harmful alcohol consumption) โดยใช้ข้อมูลจากโครงการ Drink-less นักวิจัยทำการประเมินความคุ้มค่าในมุมมองของกระทรวงสาธารณสุข โดยต้นทุนของการให้บริการครอบคลุม (1) ต้นทุนการทำการตลาดและประชาสัมพันธ์โครงการ (2) ต้นทุนการฝึกอบรมและวัสดุอุปกรณ์สำหรับการฝึกอบรม (3) ต้นทุนค่าแรงของแพทย์ที่ให้บริการคัดกรองและให้คำปรึกษาอย่างสั้น โดยแพทย์ใช้เวลาสำหรับการคัดกรองไม่เกิน 5 นาทีต่อราย และให้คำปรึกษาไม่เกิน 20 นาทีต่อราย อย่างไรก็ตาม หนึ่งในข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ นักวิจัยไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนที่ประหยัดได้จากการลดลงของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล นักวิจัยประมาณการผลลัพธ์สุขภาพในรูปแบบ life year saved จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ไม่มีการคัดกรอง และในสถานการณ์ที่มีการคัดกรองและให้คำปรึกษาอย่างสั้น โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาเชิงทดลองจากโครงการ Drink-less ที่มีการดำเนินการบางแห่งในประเทศออสเตรเลีย จากนั้นหาค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ผลการศึกษาพบว่าหากมีการขยายโครงการ Drink-less ให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในออสเตรเลีย มีต้นทุนต่อปีที่ประหยัดได้ถึง 645 ดอลลาร์ออสเตรเลียเทียบกับการไม่ทำอะไรเลย ซึ่งถือว่าคุ้มค่าในบริบทของออสเตรเลีย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย รักมณี บุตรชน และคณะ ใน พ.ศ. 2563 (35) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis: CUA) และผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis: BIA) ของมาตรการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้มีปัญหาการติดสุราในกลุ่มประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยมาตรการที่ประเมิน ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 – การให้บริการคัดกรอง ASSIST แก่ประชาชนทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับตามแต่โอกาส (opportunistic screening) ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสถานการณ์ปัจจุบัน (usual care) เปรียบเทียบกับ มาตรการที่ 2 - การคัดกรอง ASSIST ในชุมชน โดย อสม. ในกลุ่มประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มาตรการที่ 3 - การคัดกรอง ASSIST ในแผนกฉุกเฉิน (emergency room: ER) โดยบุคลากรทางการแพทย์ เฉพาะผู้ประสบอุบัติเหตุและก่อเหตุทะเลาะวิวาท และมาตรการที่ 4 - การคัดกรอง ASSIST ผ่านศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 โดยนักจิตวิทยา สำหรับประชากรไทยที่ประสงค์เลิกสุรา โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์แบบแผนภูมิต้นไม้ (decision tree) กรอบเวลาในการวิเคราะห์ครอบคลุมช่วงเวลาตลอดชีวิตของผู้ป่วย (lifetime)

และ 5 ปี สำหรับผลกระทบด้านงบประมาณ การศึกษานี้วัดประสิทธิผลเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยใช้มาตรวัดปีสุขภาวะ (quality-adjusted life year: QALY) และนำเสนอผลการประเมินในหน่วยอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) โดยใช้เกณฑ์ความคุ้มค่า (cost-effectiveness threshold) เท่ากับ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบกราฟความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นของความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์กับความผันแปรของเพดานความเต็มใจจ่ายของสังคม (cost-effectiveness acceptability curve: CEAC) ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า การคัดกรองในประชากรอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะคุ้มค่ามากกว่าการคัดกรองในประชากรที่มีอายุมาก และการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราทุกมาตรการมีความคุ้มค่าในการคัดกรองทุกกลุ่มอายุและเพศ ทั้งนี้ มาตรการที่ 2 - มาตรการการคัดกรอง ASSIST ในชุมชน โดย อสม. มีแนวโน้มที่จะคุ้มค่ามากที่สุด รองลงมาคือ มาตรการที่ 1, 3 และ 4 ตามลำดับ ภายใต้เกณฑ์ความคุ้มค่าที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ แต่หากไม่มีความเต็มใจจ่าย (0 บาท/ปีสุขภาวะ) มาตรการการคัดกรอง ASSIST ใน hotline สายด่วน 1413 เป็นมาตรการที่มีโอกาสเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49 และ 51 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบว่าการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์เทียบกับการไม่มีบริการจะมีความคุ้มค่าหรือไม่ซึ่งผลลัพธ์จะทำให้เห็นถึงประสิทธิผลที่แท้จริงของบริการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ซึ่งควรมีการทำการศึกษาเพิ่มเติม รวมถึงข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ แบบจำลองที่ใช้ไม่มีความแม่นยำในการทำนายจำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าถึงบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง รวมถึงข้อมูลต้นทุนที่ใช้ในการศึกษา

วิธีที่ จันทรสถาพรจิต และคณะ ใน พ.ศ. 2556 (36) ทำการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยทำการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis: CEA) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของการให้บริการตรวจคัดกรองปัญหาการดื่มสุราแก่ประชาชนทั่วไปชาวไทยอายุ 15-59 ปี ภายใต้ 3 ทางเลือก คือ 1) เมื่อให้บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ AUDIT 2) เมื่อให้บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST 3) เมื่อไม่มีบริการตรวจคัดกรอง โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์แบบแผนภูมิต้นไม้ (decision tree) ซึ่งประสิทธิผลของมาตรการ ได้แก่ ประสิทธิผลในหน่วยของปีชีวิตที่เหลือ กรณีที่ไม่มีการคัดกรองหรือปีชีวิตที่เพิ่มขึ้น (life years gained) ของประชากรกรณีที่มีมาตรการการคัดกรองและการรักษา และวิเคราะห์ความคุ้มค่าโดยคำนวณค่าเฉลี่ยของผลประโยชน์สุทธิในรูปของตัวเงิน (net monetary benefit: NMB) ที่จะได้รับต่อประชากร 1 คน จากการให้โปรแกรม AUDIT หรือ ASSIST เปรียบเทียบกับการไม่ได้รับการคัดกรอง ผลการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เครื่องมือ AUDIT หรือ ASSIST ในกลุ่มประชากรทั่วไปชาวไทยร่วมกับการให้คำแนะนำอย่างสั้นแก่ผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มที่จะคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย โดยมีต้นทุนที่ต่ำกว่า และมีประสิทธิผลดีกว่าการไม่ตรวจคัดกรอง และการคัดกรองในประชากรอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะคุ้มค่ากว่าการคัดกรองในประชากรอายุมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษามีข้อจำกัดบางประการ แม้ว่าจะเป็นการศึกษาวิเคราะห์ความคุ้มค่าในมุมมองทางสังคม แต่ผลกระทบต่อสังคมทางอ้อมก็ไม่ได้ถูกนับรวมในการศึกษา เช่น ต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหายเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือการทะเลาะวิวาทที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ไม่ได้มีการนำข้อมูลประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างสั้น (brief intervention) ในระยะยาวเกิน 12 เดือนมาร่วมในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าครั้งนี้ การศึกษานี้จึงมีเพียงสมมติฐานว่าผู้ที่ประสบผลสำเร็จจากการได้รับคำแนะนำอย่างสั้นหรือการบำบัดจะมีความรุนแรงของระดับของปัญหาลดลง 1 ระดับไปตลอดชีวิต และประสิทธิผลที่เกิดขึ้นมีค่าคงที่เท่ากันไปตลอดอายุขัยของประชากร ซึ่งในการวิเคราะห์ของการศึกษา

นี้ได้มีการกำหนดให้ผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการให้คำแนะนำอย่างสั้นซ้ำทุกปี ต่อเนื่องไปเป็นเวลาสิบปี

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น การให้คำแนะนำแก่ผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมาตรการการคัดกรอง ไม่ว่าจะเป็น ASSIST ผ่านศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 โดยนักจิตวิทยา การคำแนะนำอย่างสั้น หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาว่าการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์เทียบกับการไม่มีบริการจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ หรือการติดตามในระยะเวลาที่นานขึ้น เนื่องจากระดับความเสี่ยงในการดื่มสุราอาจมีแนวโน้มลดลง เป็นผลมาจากแนวโน้มของปริมาณการดื่มที่ลดลง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของอิงอรและคณะ (31) นอกจากนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาข้อมูลประสิทธิภาพในรูปแบบผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ค่าอรรถประโยชน์ ปีสุขภาวะ (quality-adjusted life year: QALY) จากการปฏิบัติงานจริง (real world practice)

2.1.3 Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)

สำหรับผลการศึกษาในประเทศไทยนั้น การศึกษา Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) ในบริบทของการบริการทางโทรศัพท์ยังไม่พบการศึกษา ทั้งนี้ได้มีการศึกษาในบริบทต่างประเทศ กล่าวสรุปดังนี้

Prendergast และคณะ (2556) (37) ทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) ในกลุ่มนักโทษที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในเรือนจำในเขตลอสแอนเจลิส การศึกษานี้ออกแบบมาเพื่อประเมินว่าการใช้ SBIRT สามารถลดการใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ผลการวิจัยพบว่า การลดระดับการใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการบำบัดรักษาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดอัตราการกระทำผิดซ้ำ SBIRT อาจเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการลดปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักโทษ หากนำไปใช้ในวงกว้าง อาจช่วยลดปัญหาด้านสาธารณสุขและความปลอดภัยในสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญ

Guille และคณะ (2564) (38) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการ "Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment" (SBIRT) แบบเผชิญหน้า (in-person) กับวิธีที่ใช้เทคโนโลยีผ่านข้อความและโทรศัพท์ (Listening to Women: LTW) สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองและการส่งต่อเพื่อรับการรักษา วิธีการศึกษา LTW เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มอัตราการคัดกรองและการรักษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ

Sharon Levy และคณะ (2565) (39) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนสายด่วนโทรปรึกษาด้านการใช้สารเสพติดสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในรัฐแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา (non-randomized trial) โดยโครงการนี้มีชื่อว่า ASAP-MCPAP ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Massachusetts Child Psychiatry Access Program (MCPAP) เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน "Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment" (SBIRT) ในสถานพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า จากการให้บริการทั้งหมด 407 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 108 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63) อายุเฉลี่ย 17 ปี (ช่วงอายุ 13–25 ปี) ซึ่งได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์การเสพติด จำนวน

128 ครั้ง และติดตามการให้คำปรึกษาจำนวน 279 ครั้งในช่วง 1 ปี จากการปรึกษา 24 ครั้ง (ร้อยละ 19) ผู้โทรไม่ได้ระบุสารเสพติดที่เป็นปัญหา และในการปรึกษา 9 ครั้ง (ร้อยละ 7) ปัญหาสุขภาพจิตถูกมองว่าเป็นประเด็นหลักโดยไม่ได้ระบุสารเสพติด การดูแลในระดับปฐมภูมิซึ่งในจำนวนนี้ 50 ครั้ง ได้รับการส่งต่อไปยังผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกด้วย สำหรับการปรึกษา 34 ครั้ง (ร้อยละ 27) มีการแนะนำให้รักษาในระดับผู้เชี่ยวชาญด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติด ซึ่งรวมถึง 27 ครั้ง (ร้อยละ 21) ที่ส่งต่อไปยังการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง (ร้อยละ 2) ที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแบบบางส่วน และ 5 ครั้ง (ร้อยละ 4) ที่ส่งต่อไปยังการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการโทร 5 ครั้ง ที่ปรึกษาแนะนำให้ "การรักษาชั่วคราวในระดับปฐมภูมิ" และไม่มีการบันทึกระดับการดูแลที่แนะนำ โปรแกรม ASAP-MCPAP แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาเผชิญหน้าเพื่อลดผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น โปรแกรมนี้ยังช่วยขยายการเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นการ Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) เป็นกระบวนการที่แสดงให้เห็นถึงการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การได้รับการประเมินและคำแนะนำรวมถึงการส่งต่อเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ หากนำ Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) มาปรับใช้ในการจัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จะช่วยลดผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดและขยายการเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาการใช้ Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) ในบริบททางโทรศัพท์มากขึ้นต่อไป

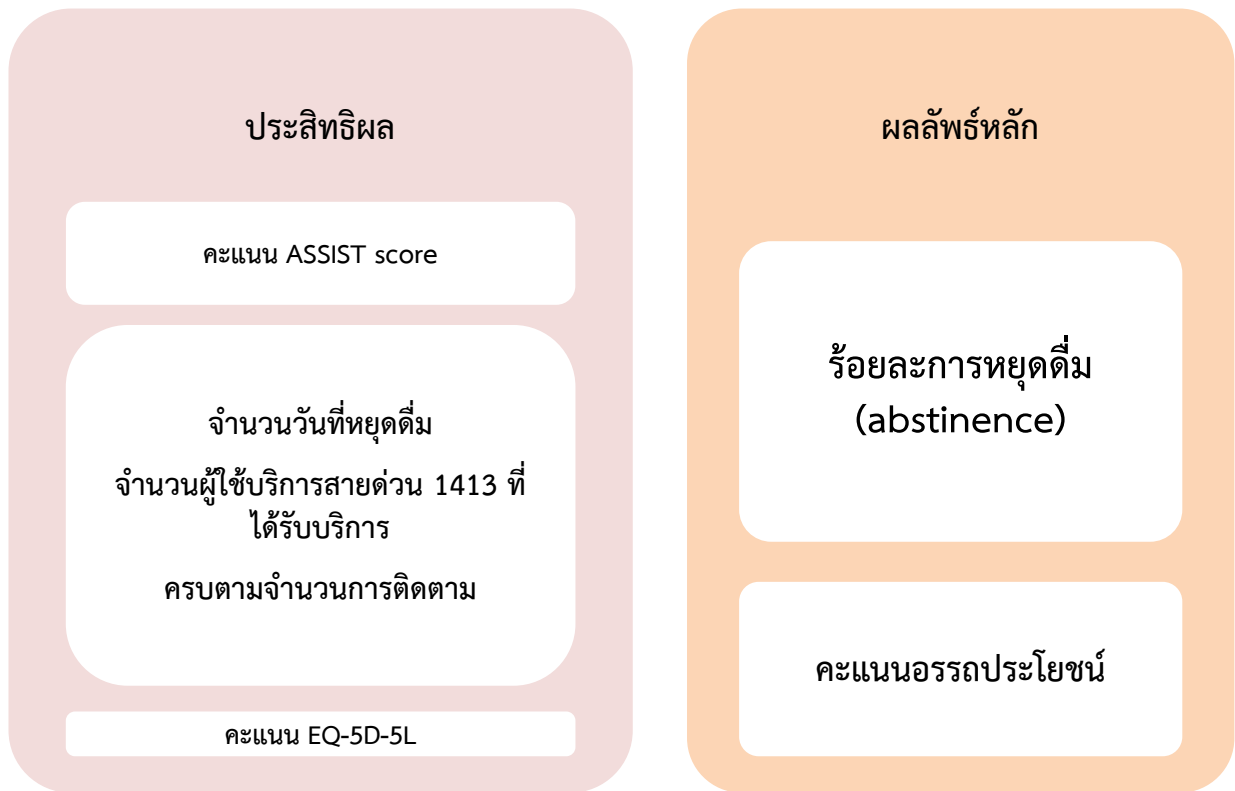
นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ของ SBIRT เพิ่มเติม ดังนี้

Yuma-Guerrero PJ และคณะ (2555) (40) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิผลของ SBIRT ในการจัดการปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น โดยทบทวนจากการศึกษาที่มีการทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) จากการศึกษานี้จำนวน 7 การศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลของมาตรการ SBIRT ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยวัยรุ่นที่เข้ามารับบริการในสถานพยาบาลฉุกเฉิน (acute care settings) อันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น อุบัติเหตุจากเมาแล้วขับหรือการบาดเจ็บอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องจากแอลกอฮอล์ เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน โดย 3 ใน 7 การศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับการมาตรการ (intervention group) และกลุ่มควบคุม (control group) ในแง่ของการลดการดื่มแอลกอฮอล์หรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์ เช่น การบาดเจ็บหรือปัญหาทางสังคม แม้ว่า 6 การศึกษาพบแนวโน้มการลดลงของพฤติกรรมการดื่มหรือผลกระทบจากแอลกอฮอล์ในทั้งสองกลุ่ม แต่การลดลงนี้อาจไม่ได้เกิดจาก SBIRT โดยตรงแต่อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น เช่น การตระหนักถึงความเสี่ยงจากแอลกอฮอล์หลังประสบอุบัติเหตุ การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสถานพยาบาล ดังนั้น การศึกษานี้จึงให้สรุปว่า ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่ามาตรการ SBIRT เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลฉุกเฉิน ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า รวมถึงควรพัฒนาคู่มือการดำเนินงานและแนวทางการใช้ SBIRT ที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเพื่อเพิ่มความชัดเจนของประสิทธิผลของ SBIRT

Barata และคณะ (2560) (41) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิผลของ SBIRT ในหน่วยฉุกเฉิน (emergency department) การศึกษานี้มีกลุ่มประชากรที่สนใจ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงเป็นผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders: AUD) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการลดการดื่มและลดอุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยใช้การสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นระบบสำหรับค้นหาการศึกษาตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2509 ถึงเมษายน พ.ศ. 2559 ซึ่งมีรูปแบบการทดลองแบบ RCTs โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับ SBIRT กลุ่มควบคุม คือ กลุ่ม usual care ผลการศึกษาพบว่า จากทั้งหมด 35 บทความที่คัดเข้า (N=5,261 คน) มีบทความที่ทำการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 33 ฉบับ และดำเนินการที่ประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย อย่างละ 1 ฉบับ โดยกลุ่มประชากรที่สนใจมีอายุตั้งแต่ 12-70 ปี และมีการใช้เครื่องมือคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์หลายชนิดทั้งรูปแบบการรายงานตนเอง (self-reported questionnaires) เช่น AUDIT, Paddington Alcohol Test (PAT) รวมทั้งรูปแบบการใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) เช่น เลือดและน้ำลาย และพบว่าทั้ง 35 การศึกษา โดยพบว่า 17 การศึกษาที่รายงานว่าไม่พบความแตกต่างของประสิทธิผลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่อผลลัพธ์หลัก คือ การลดลงของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่า 13 การศึกษารายงานว่าพบความแตกต่างของจำนวนวันที่ดื่ม (number of drink days) และจำนวนหน่วยที่ดื่มต่อวัน (number of units per drink day) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบ 9 การศึกษาที่รายงานว่าประสิทธิผลของมาตรการลดลง ณ การติดตามในรอบ 6 และ 12 เดือน และเมื่อทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) พบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม โดยมี 1 การศึกษาที่พบว่าเพศหญิง ในกลุ่มทดลองมีความถี่ของการดื่มหนักคิดเป็นอัตราส่วน 1 ใน 3 ของกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ บางการศึกษาพบว่า BI จะมีประสิทธิผลต่อกลุ่มที่มีความเสี่ยงการดื่มระดับต่ำ-ปานกลาง แต่ไม่มีประสิทธิผลในกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงสูง (คะแนน AUDIT>15) หรือติดแอลกอฮอล์ (คะแนน AUDIT>18) และการศึกษาของ Stein (2009) ได้พิจารณาความพร้อมที่จะลดการดื่มแอลกอฮอล์ (readiness to reduce drinking) ในฐานะตัวแปรคั่นกลาง (mediator) ต่อประสิทธิผลของ BMI (brief motivational intervention) พบว่า กลุ่มที่มีความพร้อมที่จะลดการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงอยู่ก่อนแล้วเท่านั้นที่มีผลลัพธ์ในเชิงบวก

ที่ผ่านมา การให้บริการสายเลิกเหล้า 1413 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. งบประมาณเหล่านี้เป็นงบประมาณรายโครงการซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด หากในอนาคต สสส. ยุติการสนับสนุนงานดังกล่าว และศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดไม่ได้รับการสนับสนุนบริการจากกระทรวงสาธารณสุข จึงอาจเป็นความเสี่ยงที่คนไทยจะไม่สามารถเข้าถึงบริการนี้ได้

2.2. กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการศึกษา

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษานี้เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1.1 ศึกษาประสิทธิผลของมาตรการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการเสพติด โดยจะทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลนานาชาติและประเทศไทย โดยมีรายละเอียดของการศึกษาดังเอกสารแนบที่ 1

3.2. การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษานี้เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1.2 และข้อ 2 ซึ่งได้มีระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบของการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) โดยมีรูปแบบการศึกษา ดังนี้

1) กลุ่มประชากรที่สนใจทำการศึกษา คือ ผู้ติดยาสูบที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่หรือผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ติดยาสูบ เช่น ญาติหรือครอบครัว เป็นต้น ที่โทรเข้ามาขอรับบริการการให้คำปรึกษาทางสายเล็ก เหล่า 1413 ครั้งแรกและได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ จะได้รับการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และโทรศัพท์ติดตาม (follow up) ต่อไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 6 เดือน

2) เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ผู้ใช้บริการสายเล็กเหล่า 1413 ที่ให้คำยินยอม (consent) และเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ติดตามต่อไปข้างหน้าอีก 6 เดือน

3) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

การคัดเลือกกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา คือ ผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ หรือเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะเมาสุราหรือสารเสพติดชนิดอื่นร่วมอยู่ด้วย

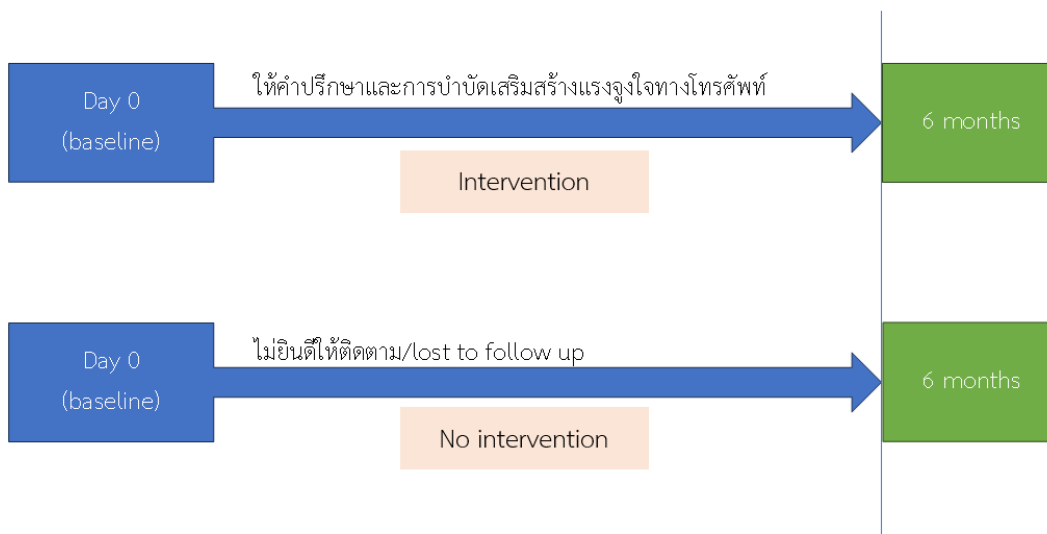
4) มาตรการที่ต้องการประเมิน

- การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ผ่านศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการเสพติด (สายเล็กเหล่า 1413)
- มาตรการเปรียบเทียบ คือ ไม่มีมาตรการดังกล่าว (no intervention) แต่ให้บริการให้การศึกษาโดยการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสูบบุหรี่ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ สถานะการติดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3.2.1. ระยะเวลาการติดตาม

โดยทั่วไป ระยะเวลาการติดตามของสายเล็กเหล่า 1413 มีทั้งหมด 5 รอบ คือ วันที่รับบริการสายเล็กเหล่า 1413 (baseline), 7 วัน, 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน ซึ่งมีการบันทึกข้อมูลไว้ในฐานข้อมูลของสายเล็กเหล่า 1413 ดังนั้น การศึกษานี้จึงติดตามและเก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์สอบถามผู้ใช้บริการสายเล็กเหล่า 1413 ตั้งแต่ข้อมูลการติดยาสูบที่ระยะเวลา baseline (ได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์สำเร็จเรียบร้อยแล้วในวันโทร) และอีก 6 เดือนหลังจาก baseline (รูปที่ 7) ทั้งนี้ กลุ่ม no intervention จะได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ของสายเล็กเหล่า 1413 ในเดือนที่ 6 อีกครั้งหนึ่ง เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการไป

รับการรักษาหรือใช้วิธีการอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษา (intervention)



รูปที่ 7 การติดตามผู้ดื่มสุราที่ต้องการเลิกดื่มสุราที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับบริการ
การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1413

3.2.2. จำนวนขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง อ้างอิงการศึกษาจากประเทศบราซิล (13) ซึ่งทำการศึกษแบบ RCT เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจูงใจทางโทรศัพท์ (telephone-based brief motivational intervention) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ self-help material (ไม่ได้รับ intervention ใด ๆ) ในกลุ่มผู้ดื่มสุราที่โทรเข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ที่ระยะเวลา 6 เดือนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเพิ่มแรงจูงใจทางโทรศัพท์นั้นมีการอัตราการหยุดดื่มสุรามากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ร้อยละ 15 (46/293) และ 10 (34/344) ตามลำดับ

สูตรสำหรับการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 P(1 - P)}{(P_1 - P_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้ $P = 0.1256$, $P_1 = 0.16$, $P_2 = 0.10$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (Z_α) อำนาจการทดสอบ 80% (Z_β) เมื่อแทนค่าในสมการจะได้ $n = 510$ รายต่อกลุ่ม เมื่อรวมโอกาสที่อาสาสมัครออกจากการศึกษา ร้อยละ 20 ฉะนั้น ต้องเก็บกลุ่มตัวอย่าง 615 รายต่อกลุ่ม

3.2.3. ข้อมูลด้านประสิทธิผลของการให้บริการสายด่วน 1413

ข้อมูลด้านประสิทธิผลที่ใช้ในการศึกษานี้จะได้รับการเก็บข้อมูลของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายเลิกเหล้า 1413) โดยพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ๆ แม้ว่าจะเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นแต่สามารถใช้ทำนายผลลัพธ์สุดท้าย (final outcomes) ได้ เช่น การเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล หรือการเสียชีวิต เป็นต้น โดยผลลัพธ์สุดท้ายนี้จะสามารถนำมาใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการสายเลิกเหล้า 1413 ในระยะต่อไป

สำหรับผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ของประสิทธิผลในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากสายเลิกเหล้า 1413 สามารถแบ่งออกได้เป็นส่วนของผู้ดื่มและส่วนของผู้ได้รับผลกระทบ ในส่วนของผู้ดื่มนั้น ผลลัพธ์หลักที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ร้อยละผู้ทิ้งดื่มได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลร้อยละวันที่หยุดดื่ม และข้อมูลคุณภาพชีวิตในส่วนของคะแนนอรรถประโยชน์ ส่วนผลลัพธ์รอง (secondary outcomes) ประกอบด้วย ปริมาณการดื่ม ASSIST score ที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับความเสี่ยงการดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงไป และข้อมูลคุณภาพชีวิตในส่วนของคะแนน VAS

ข้อมูลและตัวแปรที่ใช้

เนื่องจากข้อมูลที่บันทึกในระบบของสายเลิกเหล้า 1413 ได้บันทึกข้อมูลตามประเภทของกลุ่มผู้รับบริการ นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างของการบันทึกข้อมูลในแต่ละรอบการติดตาม ซึ่งข้อมูลที่น่ามาใช้วิเคราะห์ผล แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์

ตัวแปร	กลุ่มการวิเคราะห์ ข้อมูล	ความหมาย/ระดับ	รอบการติดตาม (วัน)			
			baseline	7 วัน	30 วัน	90 วัน
คะแนนไม้บรรทัด	ผู้ดื่ม	เป็นแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งให้ผู้ดื่มประเมินตนเอง (self-report) ถึงความตั้งใจที่จะหยุดดื่มหรือลดปริมาณของผู้ดื่ม และความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ดื่มของผู้รับบริการที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่ม	✓	✓	✓	✓
	ผู้ได้รับผลกระทบ	มีคะแนน 0-10 แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 คือ ยังไม่ตัดสินใจ 1 - 3 คือ มีความตั้งใจน้อย 4 - 6 คือ มีความตั้งใจปานกลาง 7 - 10 คือ มีความตั้งใจสูง	✓	✓	✓	✓
ร้อยละการหยุดดื่ม (abstinence)	ผู้ดื่ม	ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม/ไม่ดื่มเลย ในช่วงเวลาที่ติดตาม	✗	✓	✓	✓
คะแนน ASSIST	ผู้ดื่ม	ความรุนแรงและความเสี่ยงของการติดแอลกอฮอล์ของผู้ดื่ม ซึ่งบ่งชี้ภาวะการติดแอลกอฮอล์ จากแบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่น ๆ (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) โดยแบ่งระดับความเสี่ยง 3 ระดับ ได้แก่ 0 - 10 คะแนน คือ ความเสี่ยงต่ำ 11 - 26 คะแนน คือ ความเสี่ยงปานกลาง 27 คะแนนขึ้นไป คือ ความเสี่ยงสูง	✓	✗	✗	✓

ตัวแปร	กลุ่มการวิเคราะห์ ข้อมูล	ความหมาย/ระดับ	รอบการติดตาม (วัน)			
			baseline	7 วัน	30 วัน	90 วัน
ดื่มมาตรฐาน (standard drink)	ผู้ดื่ม	มาตรวัดปริมาณของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย 1 ดื่มมาตรฐาน คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ผสมอยู่ 10 กรัม (42)	✓	✓	✓	✓
คะแนน อรรถประโยชน์ (utility)	ผู้ดื่ม	ความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเองจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 คือ สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 คือ สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบ คือ สภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead)	✓	✓	✓	✓
visual analog scale (VAS)	ผู้ดื่ม	การวัดค่าอรรถประโยชน์แบบให้คะแนน โดยความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเอง จากแบบสอบถาม EQ-5D-5L ในส่วนของการประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง มีลักษณะเป็น scale ตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 คือ สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 คือ สุขภาพที่ดีที่สุด ณ ช่วงที่ตอบแบบสอบถาม	✓	✓	✓	✓
คะแนนระดับ ความเครียด (Stress-5 questionnaires: ST-5)	ผู้ได้รับผลกระทบ	คะแนนจากแบบประเมินความเครียดฉบับสั้นของกรมสุขภาพจิต โดยประเมินอาการในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ก่อนช่วงการติดตาม แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 4 คะแนน คือ เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน คือ เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน คือ เครียดมาก 10 - 15 คะแนน คือ เครียดมากที่สุด	✓	✗	✓	✓

ตัวแปร	กลุ่มการวิเคราะห์ ข้อมูล	ความหมาย/ระดับ	รอบการติดตาม (วัน)			
			baseline	7 วัน	30 วัน	90 วัน
การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ดื่ม	ผู้ได้รับผลกระทบ	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่ม ประเมิน โดยผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่ม มีทั้งหมด 4 รูปแบบ ได้แก่ ดื่ม มากกว่าเดิม ยังดื่มเหมือนเดิม ดื่มลดปริมาณลง และหักดิบ	✗	✓	✓	✓

3.2.4. ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ข้อมูลคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้รับบริการจะทำการสัมภาษณ์ผู้รับบริการผ่านสายเล็ก เหล่า 1413 ณ วันที่รับบริการสายเล็กเหล่า 1413 (baseline) และทุกครั้งที่ให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยใช้การประเมินการวัดค่าอรรถประโยชน์แบบให้คะแนน (visual analog scale; VAS) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย จากนั้นจะทำการแปลงคะแนนทั้งห้าข้อเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ต่อไป (43)

3.2.5. การวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษา

ผลการศึกษาด้านลักษณะพื้นฐานทางประชากร (demographic characteristics) ที่โทรศัพท์มารับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากสายเล็กเหล่า 1413 จะรายงานในรูปแบบของสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น สำหรับการวิเคราะห์ด้านประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากสายเล็กเหล่า 1413 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Screening Brief Intervention and Referral to treatment (SBIRT) ภายใน 30 วันแรกของการโทรศัพท์เข้ามาใช้บริการฯ (กลุ่ม SBIRT หรือ intervention) และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ภายหลัง 30 วันแรก (กลุ่ม no SBIRT หรือ control) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลประสิทธิผลในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากสายเล็กเหล่า 1413 ส่วนของผู้ดื่ม

● ผลลัพธ์หลัก (primary outcomes)

ผลลัพธ์หลักของการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

(1) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent)

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการให้บริการสายเล็กเหล่า 1413 คือ ผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้ภายหลังจากการได้รับคำปรึกษาจากสายเล็กเหล่า 1413 และสามารถคงสถานะการหยุดดื่มตลอดเวลาที่ติดตาม เช่น หากผู้ดื่มมีระยะเวลาการติดตามที่ 90 วัน หมายถึง ผู้ดื่มจะต้องมีจำนวนวันที่หยุดดื่ม เท่ากับ 90 วัน จึงจะหมายถึงร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม เท่ากับร้อยละ 100

การวิเคราะห์จำนวนวันที่หยุดดื่มใช้การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis) ประกอบด้วย (a) เหตุการณ์ (event) คือ การคงสถานะหยุดดื่ม โดยกำหนดให้ค่าที่เป็นไปได้ 2 ค่า (binary หรือ dichotomous) ได้แก่ กรณีที่ผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่ติดตาม กำหนดให้ การคงสถานะหยุดดื่ม มีค่าเท่ากับ 0 และหากผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้ต่ำกว่าร้อยละที่กำหนด การคงสถานะหยุดดื่มจะมีค่าเท่ากับ 1 เนื่องจากถือว่าล้มเหลวต่อการคงสถานะหยุดดื่ม และ (b) ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ดื่มโทรเข้ามาขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากสายเล็กเหล่า 1413 ครั้งแรก (baseline) จนกระทั่งวันสิ้นสุดระยะติดตามที่ระยะเวลา 90 วันหลังจาก baseline หรืออ้างอิงค่าจากการติดตามครั้งสุดท้ายของผู้ดื่มแต่ละราย โดยผู้ดื่มที่ออกไปกลางคันระหว่างการติดตาม เช่น ไม่สะดวกมารับบริการต่อ หรือต้องการหยุดการรับบริการ และผู้ดื่มที่ยัง

อยู่ในระหว่างการติดตาม (ยังไม่ครบกำหนดติดตามผล) จะถือว่าเป็นกลุ่มเซนเซอร์ (left-censoring)

ในการศึกษานี้ พิจารณาใช้ผลลัพธ์ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม อย่างน้อยร้อยละ 100 ร้อยละ 50 และร้อยละ 30 โดยปรับจากการประชุม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ที่เสนอแนะว่าการ กำหนดผลลัพธ์ percent days abstinent ที่ร้อยละ 100 น่าจะเป็นไปได้ยาก เนื่องจากการเลิกสุราไม่เหมือนการเลิกบุหรี่ ดังนั้น ทีมวิจัยจึงทำการ วิเคราะห์สถานการณ์ (scenario analysis) 3 สถานการณ์ ได้แก่

(1) percent days abstinent ที่ร้อยละ 100 ซึ่งหมายถึง ผู้ดื่มหยุดดื่มตั้งแต่การได้รับคำปรึกษา ไม่เกิน 30 วันแรกนับจากที่ baseline และสามารถหยุดดื่มได้จนกระทั่งครบกำหนดระยะติดตาม หรือเรียกว่าสามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด โดยสถานการณ์นี้ ถือว่าเป็นผลลัพธ์หลัก และเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการมากที่สุด

(2) percent days abstinent อย่างน้อยร้อยละ 50 อ้างอิงจากการศึกษาของ อิงอร์ (2015) (31) โดยสถานการณ์นี้ ผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของระยะติดตามทั้งหมด ถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่หย่อนลงมาจากสถานการณ์ที่ 1 เนื่องจากอนุโลมให้ผู้ดื่มสามารถดื่มสุราได้บ้าง และ

(3) percent days abstinent อย่างน้อยร้อยละ 30 เป็นการตั้งสมมติฐาน (assumption) เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) โดยสถานการณ์นี้ ผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้อย่างน้อยร้อยละ 30 ของระยะติดตามทั้งหมดถือว่าหย่อนที่สุด ที่อนุโลมให้ผู้ดื่มหยุดดื่มสุราเพียงร้อยละ 30 ของจำนวนวันที่ติดตามทั้งหมด

(2) คะแนนอรรถประโยชน์ (utility)

เนื่องจากข้อมูลที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลคะแนนอรรถประโยชน์ที่ได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L โดยนำเสนอในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

● ผลลัพธ์รอง (secondary outcome)

ผลลัพธ์รองในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ASSIST score ที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไป และอัตราการคงอยู่ (retention rate) ของผู้ดื่มที่ใช้บริการสายเลิกเหล้า 1413 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น เพื่อแสดงผลข้อมูลทั่วไป

2) ข้อมูลประสิทธิผลในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากสายเลิกเหล้า 1413 ส่วนของผู้ได้รับผลกระทบ

ข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบ ประกอบด้วย คะแนนความเครียด (ST-5) ที่เปลี่ยนแปลงไป และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มที่ประเมินโดยผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่ม การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น เพื่อแสดงผลข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติ non-parametric สำหรับข้อมูลคะแนน ST-5 ที่เปลี่ยนแปลงไปและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มๆ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ และมีจำนวนอาสาสมัครจำนวนน้อยที่สามารถติดตามได้ในระยะติดตามที่ 90 วัน

3.2.6. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2567 COA No. IHRP2024002. เนื่องด้วยเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงไม่สามารถลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครและขออนุญาตอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยทางโทรศัพท์ และบันทึกการสนทนาแทนการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเมื่อมีการแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัยต่อไป

3.2.7. การประกันคุณภาพงานวิจัย

โครงร่างการวิจัยได้ผ่านกระบวนการทบทวนเพื่อให้ความเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนเริ่มทำการศึกษามีการรายงานผลการศึกษาเบื้องต้นโดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อตรวจสอบข้อมูลในด้านความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหา ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้จะถูกจัดส่งแก่ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบผลการศึกษาอีกครั้งก่อนเผยแพร่รายงานฉบับสมบูรณ์สู่สาธารณะ

3.2.8. รูปแบบการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

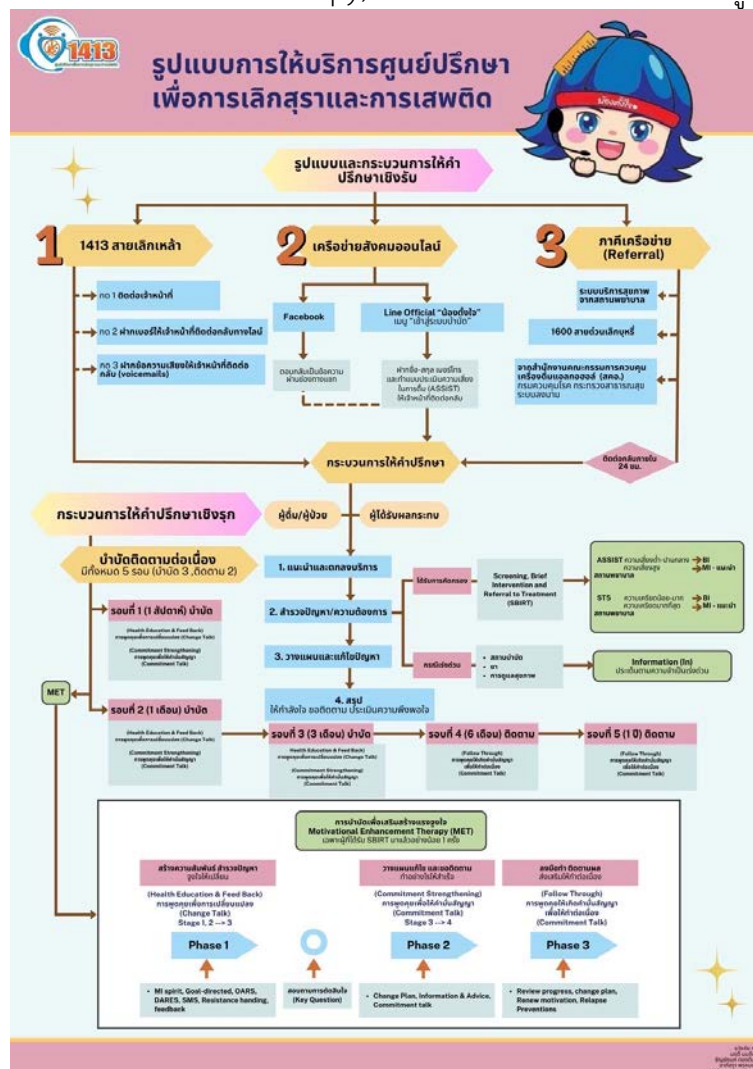
ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วน 1413) มีรูปแบบการให้บริการโดยการ Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) เป็นกรอบกระบวนการหลักการให้บริการ ดังนี้

การคัดกรองด้วยแบบประเมิน Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการ และแยกระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเสี่ยงต่ำ ระดับปานกลาง และระดับความเสี่ยงสูง โดยมี intervention ดังนี้

1. Brief Intervention (BI) ใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง เป็นการให้คำปรึกษาสั้น ๆ (5-15 นาที) เพื่อสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจในผู้รับบริการโดยเน้นกระตุ้นความตระหนักรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้น โดยเทคนิค motivational interviewing (MI) ในการสนทนาที่ช่วยลดแรงต้านทานและกระตุ้นแรงจูงใจในผู้รับบริการ
2. Motivational Enhancement Therapy (MET) เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่เน้นการสนับสนุนแรงจูงใจในระยะยาวเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และลดโอกาสการกลับไปดื่มซ้ำ โดยใช้เวลาในการให้คำปรึกษา 30-60 นาที ต่อครั้ง และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 5 รอบ ดังนี้

- รอบที่ 1 (1 สัปดาห์) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มและกระตุ้นความตระหนักรู้ (change talk)
- รอบที่ 2 (1 เดือน) วางเป้าหมายและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง (commitment talk)
- รอบที่ 3-4 (3-6 เดือน) ติดตามความก้าวหน้าและปรับเป้าหมาย
- รอบที่ 5 (1 ปี) ป้องกันการกลับไปดื่ม (relapse prevention)
3. Referral to Treatment (RT) ใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ส่งเข้าสู่สถานพยาบาลและการติดตามผลผู้รับบริการ Motivational Enhancement Therapy (MET) อย่างต่อเนื่อง

จากรูปแบบการให้บริการดังกล่าว ผู้รับบริการที่ได้รับ Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) อย่างน้อย 1 ครั้งจะได้รับ intervention ด้วยการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังรูปที่ 8



รูปที่ 8 รูปแบบศูนย์ปรึกษาเพื่อการเสพติด

การบริการของการเลิกสุราและการเสพติด

3.2.9. การพิจารณาคุณภาพการให้บริการและขอบเขตการให้บริการ

ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วน 1413) มีการพิจารณาและควบคุมคุณภาพการให้บริการ โดยมี supervisor กำกับควบคุมการทำงาน นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอกรณีศึกษากรณีประจำเดือน (supervision) เพื่อให้คำแนะนำที่ช่วยพัฒนาการให้คำปรึกษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ รวมถึงเมื่อเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะสอบถามความสะดวกในการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการของผู้รับคำปรึกษา หากผู้รับบริการสะดวก เจ้าหน้าที่จะทำการโอนสายเพื่อให้ผู้รับบริการประเมินความพึงพอใจ เพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการต่อไป

แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เป็นลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าระดับ 5 ระดับ ดังนี้

5	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
4	หมายถึง	พึงพอใจมาก
3	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
2	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1	หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

อัตรากำลังคนในปัจจุบันของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วน 1413) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริการให้คำปรึกษา ในปัจจุบัน จำนวน 10 คน แบ่งเป็น

1. senior (เต็มเวลา) จำนวน 2 คน
2. ผู้ให้คำปรึกษา (เต็มเวลา) จำนวน 8 คน

โดยมีเวรปฏิบัติงานของ 1413 สายด่วนเลิกเหล้า แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

- วัน-เวลา ปฏิบัติงาน จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-20.00 น. (แบ่งเป็นเวรเช้าและเวรบ่าย)
กลุ่มเวรเช้า เวลาปฏิบัติงาน คือ 08.00-16.00 น.
กลุ่มเวรบ่าย เวลาปฏิบัติงาน คือ 12.00-20.00 น.

3.2.10. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

ระบบการกำกับดูแลติดตามผลผู้ประกอบวิชาชีพจิตวิทยาการศึกษาที่มีคุณภาพ เช่น การคัดเลือกผู้ประกอบวิชาชีพในระบบบริการปรึกษาการศึกษาตามเกณฑ์คุณสมบัติ การกำหนดคุณสมบัติความเชี่ยวชาญทางของสายวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ได้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต กลุ่มงานด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสุราและการเสพติด ระบบการประเมินผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพศักยภาพของบุคลากรที่ให้การปรึกษาทุก 6 เดือน ในทุกปีการประเมินจะมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามในทุก ๆ ปี

บทที่ 4 ผลการศึกษา

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

4.1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

เนื้อหาโดยละเอียดของผลการทบทวนวรรณกรรม สามารถศึกษาได้จาก “รายงานความก้าวหน้าของโครงการการทบทวนวรรณกรรมประสิทธิผลการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกสุราผ่านโทรศัพท์” (เอกสารแนบที่ 1) โดยมีข้อสรุปดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบการศึกษาทั้งหมด 6 การศึกษา แบ่งเป็นการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 1 การศึกษา เผยแพร่บทความใน พ.ศ. 2560 (44) และการศึกษาต่างประเทศ จำนวน 5 การศึกษา เป็นการศึกษาจากประเทศสวีเดน จำนวน 3 การศึกษา (23, 25, 45) ส่วนที่เหลือเป็นการศึกษาในประเทศบราซิลและสหรัฐอเมริกา (46) อย่างละ 1 การศึกษา การศึกษาส่วนใหญ่ (25, 45-47) เผยแพร่ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2562-2567 การทบทวนวรรณกรรมนี้มีข้อค้นพบที่สำคัญว่า การเปลี่ยนแปลงของการลดระดับความอันตรายจากการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ด้วยมาตรการให้คำปรึกษาและการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ไม่ได้ดีไปกว่ามาตรการให้หนังสือหรือคู่มือร่วมกับการโทรศัพท์เชิงรุก นอกจากนี้ในกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามากกว่าหนึ่งครั้งสามารถลดระดับความเสี่ยงได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาเพียงครั้งเดียว และพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มได้ประโยชน์จากการให้คำปรึกษามากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ได้เข้ารับการปรึกษา สำหรับผลลัพธ์ด้านปริมาณการดื่ม พบว่า มาตรการให้คำปรึกษาช่วยให้หนึ่งในสามของผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเปลี่ยนสถานะไปอยู่ในระดับความเสี่ยงที่ลดลงจากเดิมและมีอัตราการหยุดดื่มสูงขึ้น แม้ว่าผลลัพธ์บางส่วนจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ชี้ให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกของการให้คำปรึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ส่งผลให้มีข้อเสนอแนะต่อการศึกษาว่า ควรให้ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผู้รับบริการมากกว่าหนึ่งครั้ง เพื่อให้สามารถปรับกลยุทธ์การรับมือกับพฤติกรรม การดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์โดยรวมแสดงให้เห็นว่ามาตรการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ถือเป็นช่องทางที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยเฉพาะการลดความเสี่ยงและปริมาณการดื่ม

4.2. การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสุราและการเสพติด โดยศูนย์ฯ 1413

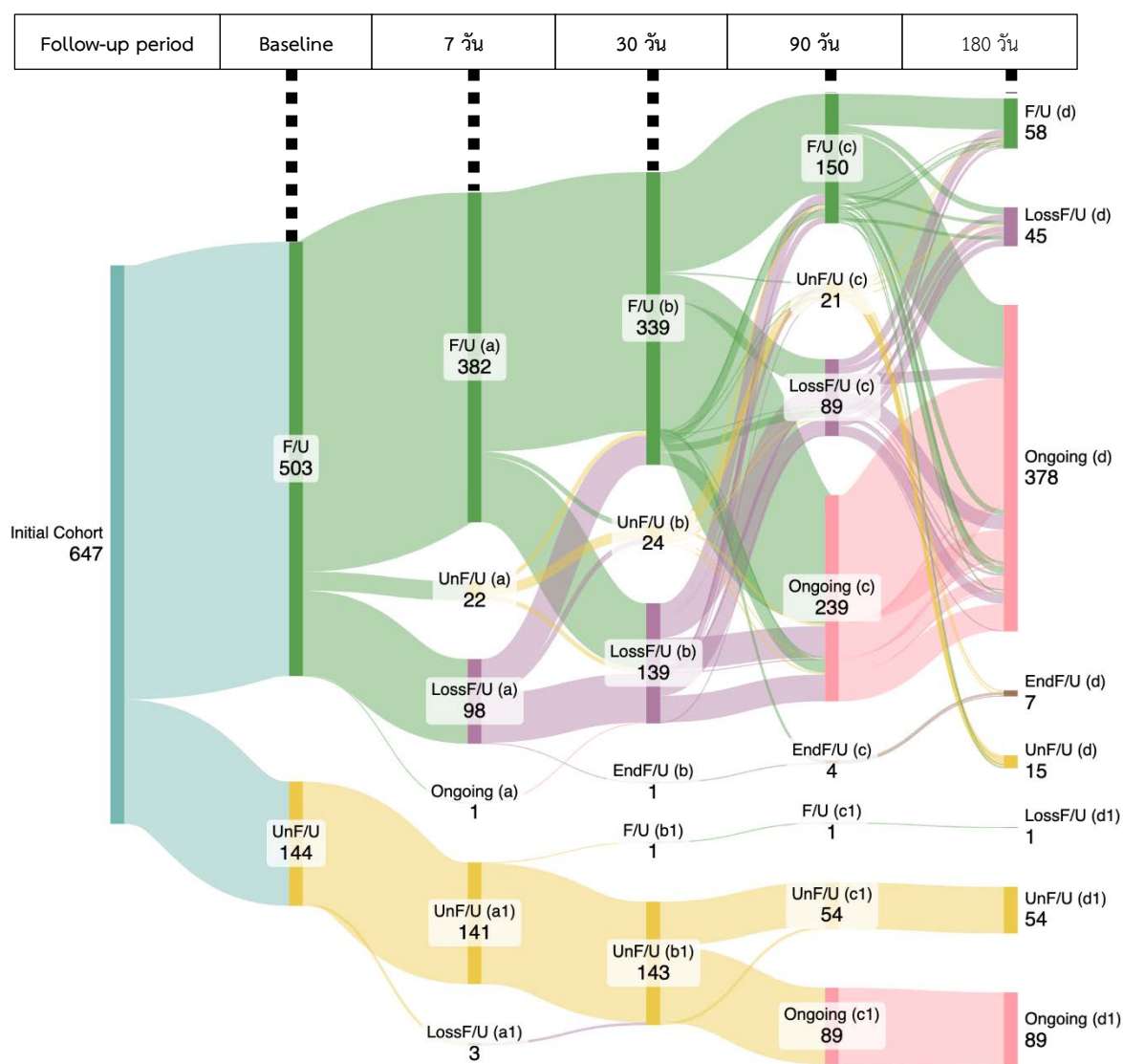
การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบที่โทรศัพท์มารับบริการเป็นครั้งแรกและยินดีเข้าร่วมการศึกษา ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 แบ่งผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ แก่ผู้ดื่ม และ (2) ประสิทธิผลของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ แก่ผู้ได้รับผลกระทบ

4.2.1. ประสิทธิภาพของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ แก่ผู้ดื่ม

4.2.1.1. ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร

ผู้ดื่มที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาจากสายเล็กเกล้า 1413 ครั้งแรก ในระหว่างระยะเวลาดำเนินงานวิจัย รวมทั้งสิ้น 647 ราย ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อติดตามจนครบระยะเวลาดำเนินงานวิจัย พบว่ามีจำนวนอาสาสมัครที่สามารถติดตามได้ที่ระยะเวลา 90 วัน และมีข้อมูลผลลัพธ์ที่สามารถวิเคราะห์ได้ จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 23) ส่วนรูปที่ 9 แสดงจำนวนและสถานะการย้ายกลุ่มการติดตามของผู้ดื่มที่เข้าร่วมงานวิจัยตั้งแต่การโทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาครั้งแรก (baseline) จนถึงการติดตามที่ระยะเวลา 180 วัน โดยสถานะการติดตามของผู้ดื่ม แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ติดตามได้ (F/U) 2) ไม่ยินยอมให้ติดตาม (UnF/U) 3) ติดตามไม่ได้ (LossF/U) 4) อยู่ระหว่างการติดตาม (Ongoing) และ 5) ยุติการติดตาม (EndF/U)

ผู้ดื่มที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาครั้งแรก (baseline) มีอายุเฉลี่ยที่ 44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) อาศัยอยู่ในภาคกลาง ได้แก่ กรุงเทพฯ (ร้อยละ 28) และปริมณฑล (ร้อยละ 12) และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 23) หรือพนักงานเอกชน (ร้อยละ 20) และอายุโดยเฉลี่ยของผู้ดื่มเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 2)



Made at SankeyMATIC.com

F/U หมายถึง ติดตามได้, UnF/U หมายถึง ไม่ยินยอมให้ติดตาม, LossF/U หมายถึง ติดตามไม่ได้, Ongoing หมายถึง อยู่ระหว่างการติดตาม, และ EndF/U หมายถึง ยุติการติดตาม

รูปที่ 9 Sankey diagram แสดงจำนวนและสถานะการย้ายกลุ่มการติดตามของผู้เต็มที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานทางประชากร (demographic characteristics) ของผู้เต็ม

รายละเอียด	ที่ baseline N = 647 (%)	ที่ระยะติดตาม 90 วัน N = 151 (%)
เพศ		
ชาย	533 (82.4)	122 (80.8)
หญิง	114 (17.6)	29 (19.2)
ภูมิภาค		
ภาคกลาง	347 (53.6)	83 (55.0)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	118 (18.2)	26 (17.2)

รายละเอียด	ที่ baseline N = 647 (%)	ที่ระยะติดตาม 90 วัน N = 151 (%)
ภาคตะวันออก	62 (9.6)	19 (12.6)
ภาคเหนือ	59 (9.1)	10 (6.6)
ภาคใต้	41 (6.3)	6 (4.0)
ภาคตะวันตก	20 (3.1)	7 (4.6)
อาชีพ		
รับจ้าง	150 (23.2)	27 (17.9)
พนักงานเอกชน	130 (20.1)	45 (29.8)
ว่างงาน/เกษียณ/แม่บ้าน	86 (13.3)	16 (10.6)
ธุรกิจส่วนตัว	50 (7.7)	11 (7.3)
เกษตรกร	41 (6.3)	8 (5.3)
อื่น ๆ (เช่น ช่าง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ค้าขาย ฯลฯ)	88 (13.6)	44 (29.1)
อายุ		
Mean (SD)	42.7 (10.7)	40.7 (7.9)
- ชาย	43.0 (10.9)	41.6 (7.9)
- หญิง	41.1 (9.7)	37.0 (7.1)
median (q1-q3)	42 (35 - 49)	40 (36 - 46)
- ชาย	43 (35 - 50)	41.5 (37 - 47)
- หญิง	35 (35 - 48)	37 (32 - 39)

4.2.1.2. ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

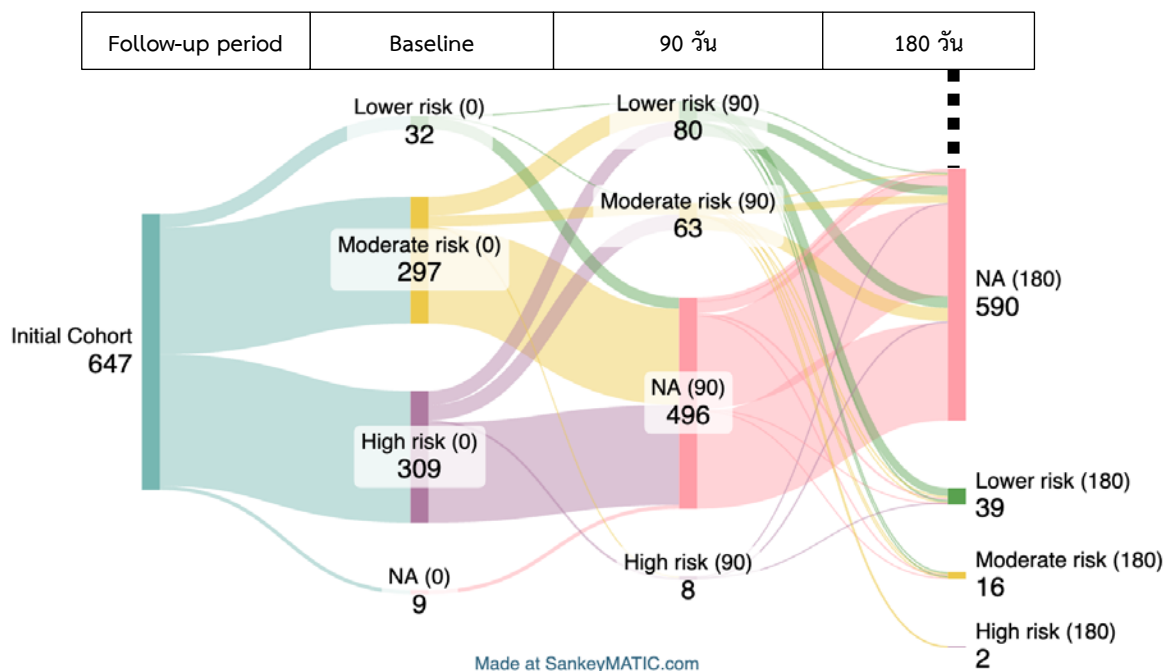
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ได้แก่ คะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงไป standard drink ขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และระดับความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาพบว่า จากจำนวน 647 รายที่ baseline แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ SBIRT ภายในระยะเวลา 30 วัน จำนวน 558 ราย (ร้อยละ 86) และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 14)

โดยภาพรวมของข้อมูลพื้นฐาน (ตารางที่ 3) พบว่า คะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงไป และ standard drink มีการเปลี่ยนแปลงโดยมีระดับที่ลดลงทั้งกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ที่ระยะเวลาการติดตามที่ 90 วัน ขณะที่การได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 30 วัน (หรือประสิทธิผลของ MET intervention) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ SBIRT น้อยกว่า 2 ครั้ง (ต่อไปนี้จะเรียกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT) พบว่า ผลการศึกษาล้ำกับกรณีที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผู้ดื่มทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน ASSIST และ standard drink ที่เปลี่ยนแปลงไป ขณะที่ค่า VAS มีค่าเท่ากับกรณีของการได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวนี้อาจไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างบุคคลหรือระหว่างกลุ่มได้โดยตรง เป็นเพียงการเปรียบเทียบให้เห็นภาพว่าข้อมูลที่ติดตาม และจำนวนอาสาสมัครที่สามารถติดตามได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น

ตารางที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดสุรา

	กลุ่มที่ได้รับการบำบัด				กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด			
	baseline	N	day 90	N	baseline	N	day 90	N
	median (q1 – q3)		median (q1 – q3)		median (q1 – q3)		median (q1 – q3)	
scenario 1: ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 30 วัน								
คะแนนไม้บรรทัด	10 (8 – 10)	558	9 (7 – 10)	144	9 (7 – 10)	89	8 (5 – 10)	7
standard drink	12.6 (9.7 – 19.7)	549	3.55 (0.0 – 7.9)	141	10.4 (7.6 – 19.3)	86	2.6 (0.0 – 7.8)	7
ASSIST score	26 (20 – 33)	557	9 (3 – 18.5)	144	22 (16 – 31)	81	14 (3 – 18)	7
VAS	70 (60 – 80)	555	80 (70 – 90)	143	70 (60 – 80)	86	90 (80 – 90)	7
utility	0.90 (0.76 – 1.00)	558	1.00 (0.94 – 1.00)	143	0.90 (0.73 – 1.00)	89	0.90 (0.76 – 1.00)	7
scenario 2: ได้รับ intervention อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 30 วัน (MET intervention)								
คะแนนไม้บรรทัด	10 (8 -10)	187	10 (7 – 10)	69	10 (8 – 10)	460	9 (7 – 10)	82
standard drink	11.8 (7.8 – 19.7)	187	3.9 (0.0 – 9.7)	68	12.6 (9.6 – 19.7)	448	2.7 (0.0 – 7.8)	80
ASSIST score	27 (22 – 33)	187	8 (2 – 19)	69	25 (19 – 32)	451	10 (3 – 17)	82
VAS	70 (60 – 80)	186	80 (70 – 90)	69	70 (60 – 80)	455	80 (75 – 90)	81
utility	0.90 (0.77 – 0.94)	187	1.00 (0.94 – 1.00)	69	0.90 (0.74 – 1.00)	460	1.00 (0.94 – 1.00)	81

นอกจากนี้ หากพิจารณาในแง่ pathway การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ASSIST ของผู้ดื่มสุรา ซึ่งแบ่งตามระยะเวลาที่ทำการติดตาม พบว่า ผู้ดื่มที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 647 ราย ณ การติดตามที่จุดเริ่มต้นสามารถแบ่งกลุ่มคะแนน ASSIST ออกเป็น 3 กลุ่ม (รูปที่ 10) โดย มีผู้ดื่มที่ได้รับการประเมินความรุนแรงของการดื่มสุราและถูกจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง และ ความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) จำนวน 309 ราย (ร้อยละ 48) และ 297 ราย (ร้อยละ 46) ตามลำดับ มีเพียง 32 ราย (ร้อยละ 5) เท่านั้นที่มีความเสี่ยงต่ำ (lower risk) ภายหลังที่ผู้ดื่ม ได้รับ intervention แล้วติดตามไปที่ 90 วัน ข้อมูลระดับคะแนน ASSIST ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏ ข้อมูล (not available) จำนวน 496 ราย (ร้อยละ 77) โดยพบกลุ่มผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้น จาก 32 ราย เป็น 80 ราย (ร้อยละ 12) นอกเหนือจากนั้นเป็นกลุ่มผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูงมีจำนวนที่ 63 (ร้อยละ 10) และ 8 ราย (ร้อยละ 1) ตามลำดับ



รูปที่ 10 Sankey diagram แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนน ASSIST ตลอดช่วงเวลาติดตามของผู้ดื่ม

4.2.1.3. ประสิทธิภาพของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ

ก. ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent)

ผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้ คือ ประสิทธิภาพในการลดการหยุดดื่ม วัดผลลัพธ์ในรูป ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ในระยะเวลาติดตาม (ตารางที่ 4) ซึ่งในการรายงานผลแบ่งตามกลุ่มที่ได้รับ SBIRT และแบ่งตาม scenarios ได้แก่

- scenario 1 ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent 100%
- scenario 2 ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent $\geq 50\%$
- scenario 3 ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent $\geq 30\%$

ผลการศึกษาพบว่า scenario 1 หรือกลุ่มที่สามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาดในระยะเวลาติดตามมีสัดส่วนผู้ดื่มที่น้อยที่สุดในกลุ่มของผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง ขณะที่ครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT สามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาดเมื่อเทียบกับผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งนี้ หากมีการให้บริการ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง ผู้ดื่มที่สามารถหยุดดื่มได้สำเร็จตามที่กำหนดในแต่ละ scenario มีสัดส่วนไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ดื่มที่ได้รับและไม่ได้รับ SBIRT

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของการให้บริการสายด่วน 1413 ต่อผลลัพธ์ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ในผู้ดื่มที่ระยะติดตาม 90 วัน

	ไม่ได้รับ SBIRT N (%)	ได้รับ SBIRT N (%)	รวม N (%)
กลุ่มที่รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง	N = 7	N = 144	N = 151
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent 100%	4 (57)	25 (17)	29 (19)

	ไม่ได้รับ SBIRT N (%)	ได้รับ SBIRT N (%)	รวม N (%)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent < 100%	3 (43)	119 (83)	122 (81)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent ≥ 50%	5 (71)	80 (56)	85 (56)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent < 50%	2 (29)	64 (44)	66 (44)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent ≥ 30%	5 (71)	96 (66)	101 (67)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent < 30%	2 (29)	48 (33)	50 (33)
กลุ่มที่รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง	N = 82	N = 69	N = 151
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent 100%	17 (21)	12 (17)	29 (19)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent < 100%	65 (79)	57 (83)	122 (81)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent ≥ 50%	47 (57)	38 (55)	85 (56)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent < 50%	35 (43)	31 (45)	66 (44)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent ≥ 30%	54 (66)	47 (68)	101 (67)
ผู้ดื่มที่มี percent days abstinent < 30%	28 (34)	22 (32)	50 (33)

ในด้านผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลนั้น การวิเคราะห์ด้วย survival analysis แสดงผลลัพธ์ในรูปของ Kaplan-Meier curve (รูปที่ 11) โดยภาพรวมพบว่า ค่ามัธยฐานการปลอดเหตุการณ์ (median survival time) ของ percent days abstinent ในทั้งสามกลุ่มแทบไม่แตกต่างกัน โดยผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้ที่ 30 วัน ในกลุ่ม percent days abstinent ร้อยละ 100 และเพิ่มเป็น 31 วันในกลุ่ม percent days abstinent ร้อยละ 50 และเพิ่มเป็น 33 วันในกลุ่ม percent days abstinent ร้อยละ 30 หรืออาจกล่าวได้ว่าระยะเวลาที่ผู้ดื่มจะกลับมาดื่มอีกครั้งโดยเฉลี่ย คือ 30-33 วัน

สำหรับผลลัพธ์ของร้อยละวันหยุดดื่ม แบ่งผลการศึกษาตาม 3 scenarios ดังนี้

- scenario 1: ร้อยละของวันที่หยุดดื่มได้ (percent days abstinent) เท่ากับร้อยละ 100
การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ 1 นี้ คือ การกำหนดให้ผู้ดื่มได้รับคำปรึกษาด้วย SBIRT ในช่วง 30 วันแรกและสามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาดตลอดระยะเวลาที่ติดตาม เช่น ผู้ดื่มสามารถงดดื่มได้ทั้งหมด 100 วันจากระยะติดตาม 100 วัน

ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ด้วย survival analysis ให้ผลลัพธ์แสดงในรูปของ Kaplan-Meier curve พบว่า median survival time ของผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT เท่ากับ 30 (95%CI: 29 – 31, N: 448) วันและ 33 (95%CI: 11 – 91; N: 28) วัน ตามลำดับ (รูปที่ 12) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test: 0.59)

ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง

ขณะที่ ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT มี median survival time ของการหยุดดื่ม เท่ากับ 31 (95%CI: 29 – 32, : 187) วันและ 30 (95%CI:

15 – 31; N: 289) วัน ตามลำดับ (รูปที่ 13) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test: 0.64)

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าการได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง มีจำนวนวันของการหยุดดื่มมากกว่ากลุ่มดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นมาจำนวน 1 วัน

- scenario 2: ร้อยละของวันที่หยุดดื่มได้ (percent days abstinent) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ 2 นี้ คือ การกำหนดให้ผู้ดื่มได้รับคำปรึกษาด้วย SBIRT ในช่วง 30 วันแรกและสามารถหยุดดื่มได้เป็นส่วนใหญ่หรืออย่างน้อยครึ่งหนึ่งของระยะเวลาที่ติดตาม เช่น ผู้ดื่มสามารถงดดื่มได้อย่างน้อย 45 วันจากระยะติดตาม 90 วัน

ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ด้วย survival analysis ให้ผลลัพธ์แสดงในรูปของ Kaplan-Meier curve พบว่า median survival time ของผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT เท่ากับ 31 (95%CI: 30-35; N: 448) และ 33 (95%CI: 11-NA; N: 28) วัน (รูปที่ 14) ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test: 0.48)

ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง

ขณะที่ median survival time ของผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT เท่ากับ 33 (95%CI: 31-92; N: 187) และ 30 (95%CI: 15-33; N: 289) วัน ตามลำดับ (รูปที่ 15) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test: 0.17)

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าการได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง มีจำนวนวันของการหยุดดื่มมากกว่ากลุ่มดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นมาจำนวน 3 วัน

- scenario 3: ร้อยละของวันที่หยุดดื่มได้ (percent days abstinent) มากกว่าเท่ากับร้อยละ 30

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ 3 นี้ คือ การกำหนดให้ผู้ดื่มได้รับคำปรึกษาด้วย SBIRT ในช่วง 30 วันแรก และสามารถหยุดดื่มได้อย่างน้อยหนึ่งในสามของระยะเวลาที่ติดตาม เช่น ผู้ดื่มสามารถงดดื่มได้อย่างน้อย 30 วันจากระยะติดตาม 100 วัน

ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

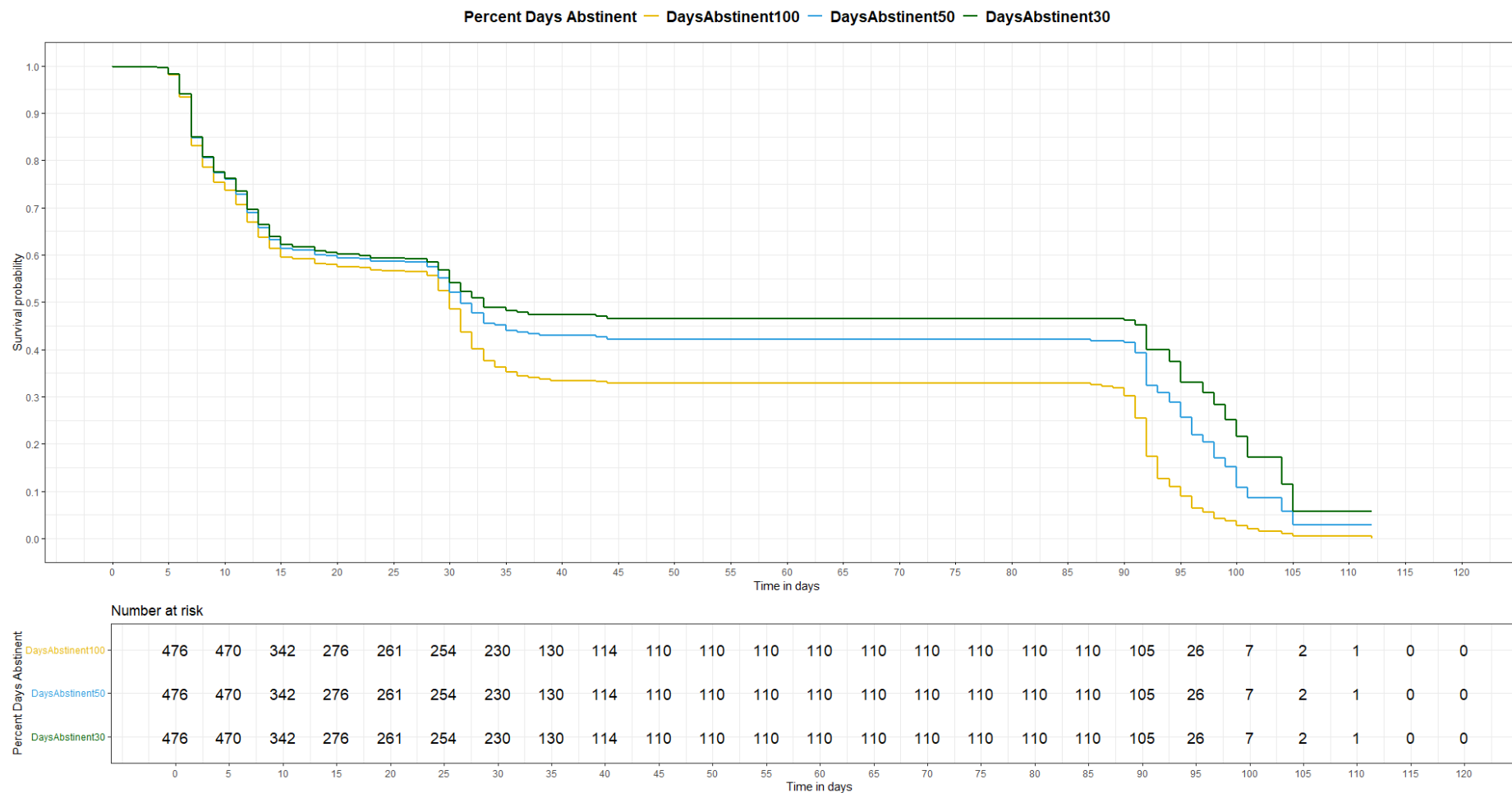
การวิเคราะห์ด้วย survival analysis ให้ผลลัพธ์แสดงในรูปของ Kaplan-Meier curve พบว่า median survival time ของผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT เท่ากับ 33 (95%CI: 30-92; N: 448) และ 33 (95%CI: 11-NA; N: 28) วัน ตามลำดับ (รูปที่ 16) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test: 0.42)

ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง

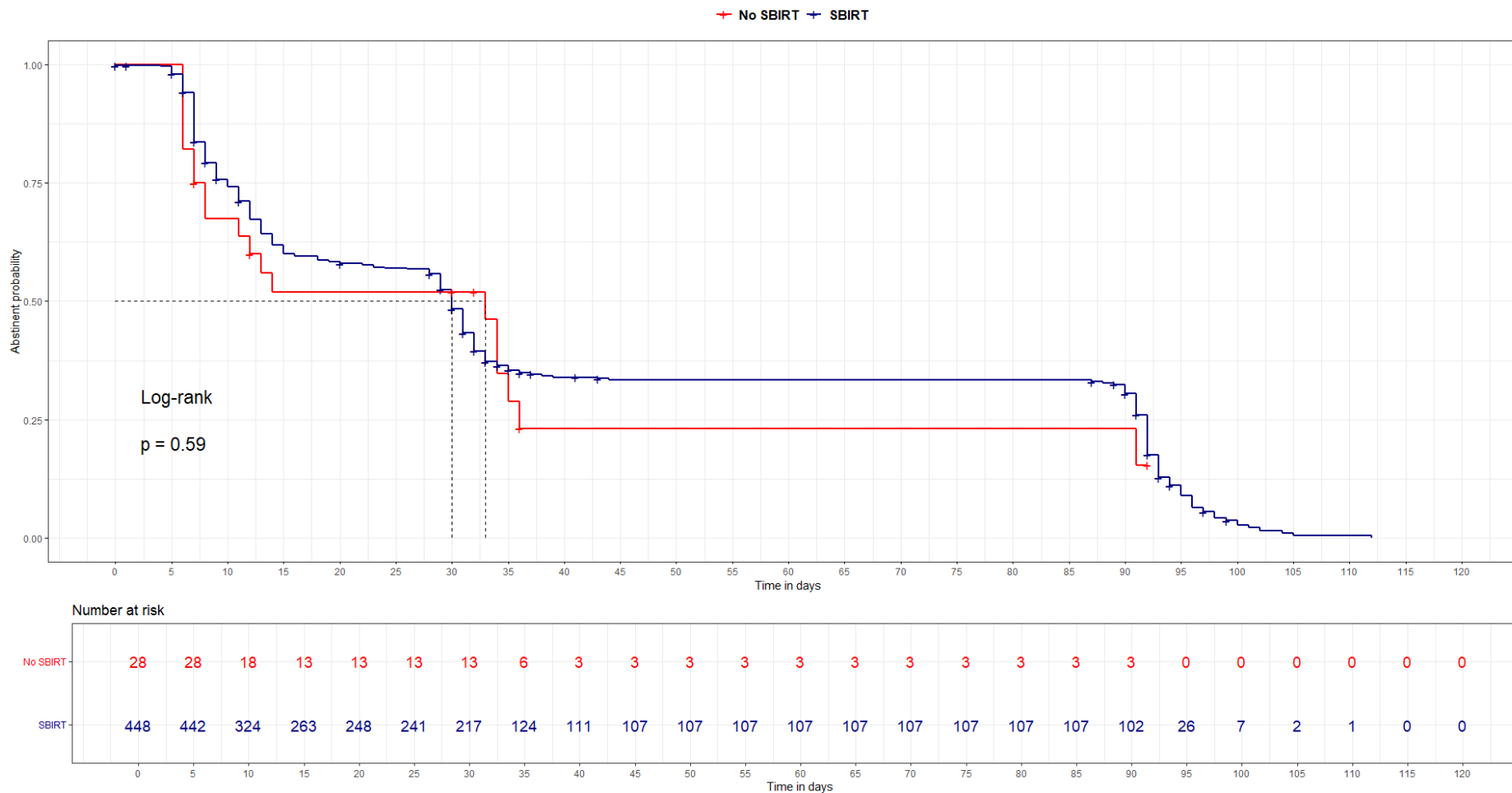
ขณะที่ median survival time ของผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT เท่ากับ 90 (95%CI: 32-NA; N: 187) และ 31 (95%CI: 18-92; N: 289) วัน

ตามลำดับ (รูปที่ 17) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test: 0.12)

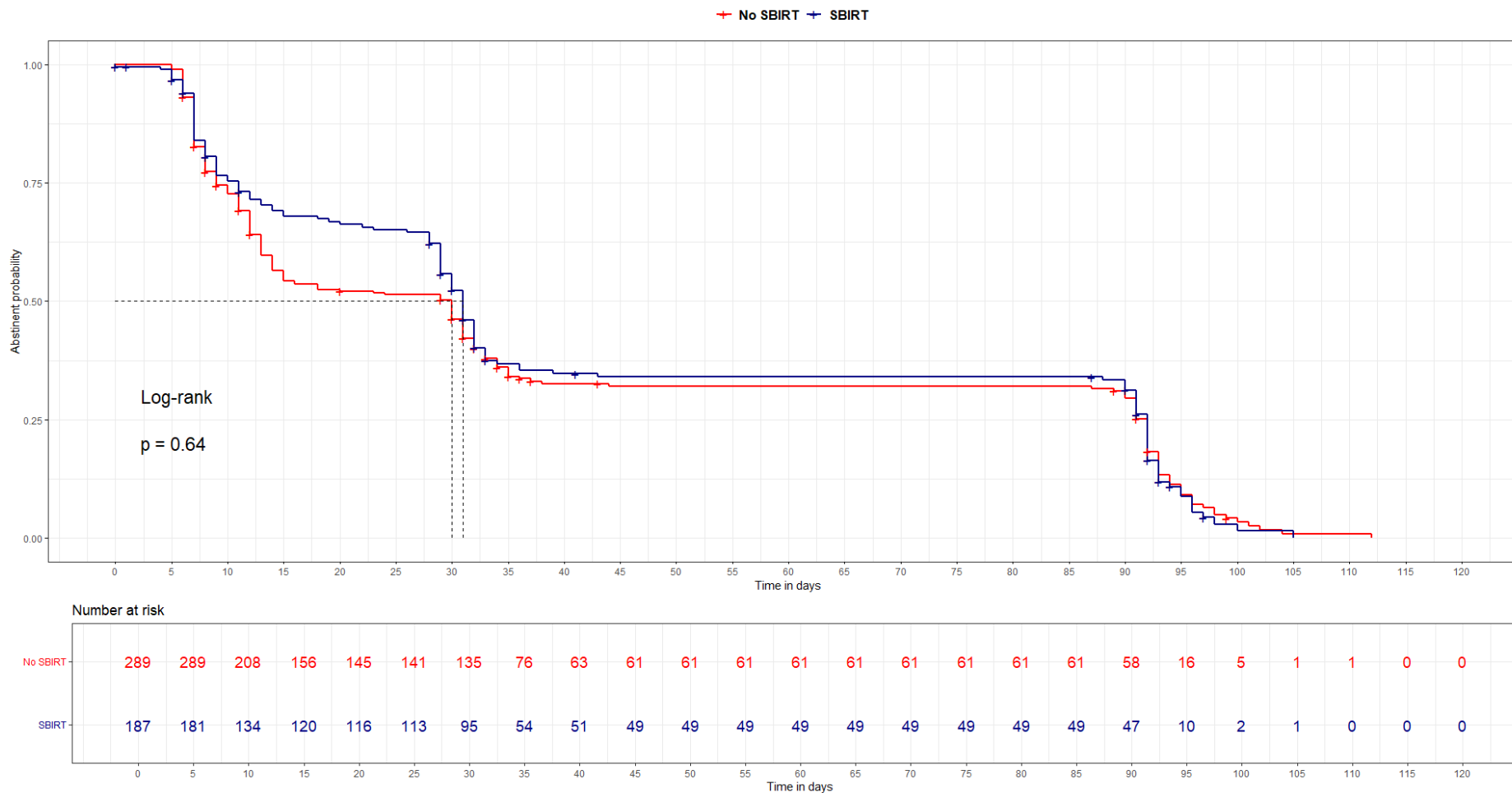
มีข้อสังเกตว่าการได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง ในผลลัพธ์ที่ 3 คือ การลดความเครียดของวันที่หยุดดื่มลงแต่ได้รับคำแนะนำเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ดื่มสามารถงดการดื่มได้นาน 90 วัน นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าในช่วง 30 วันแรกโอกาสในการหยุดดื่มของกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง



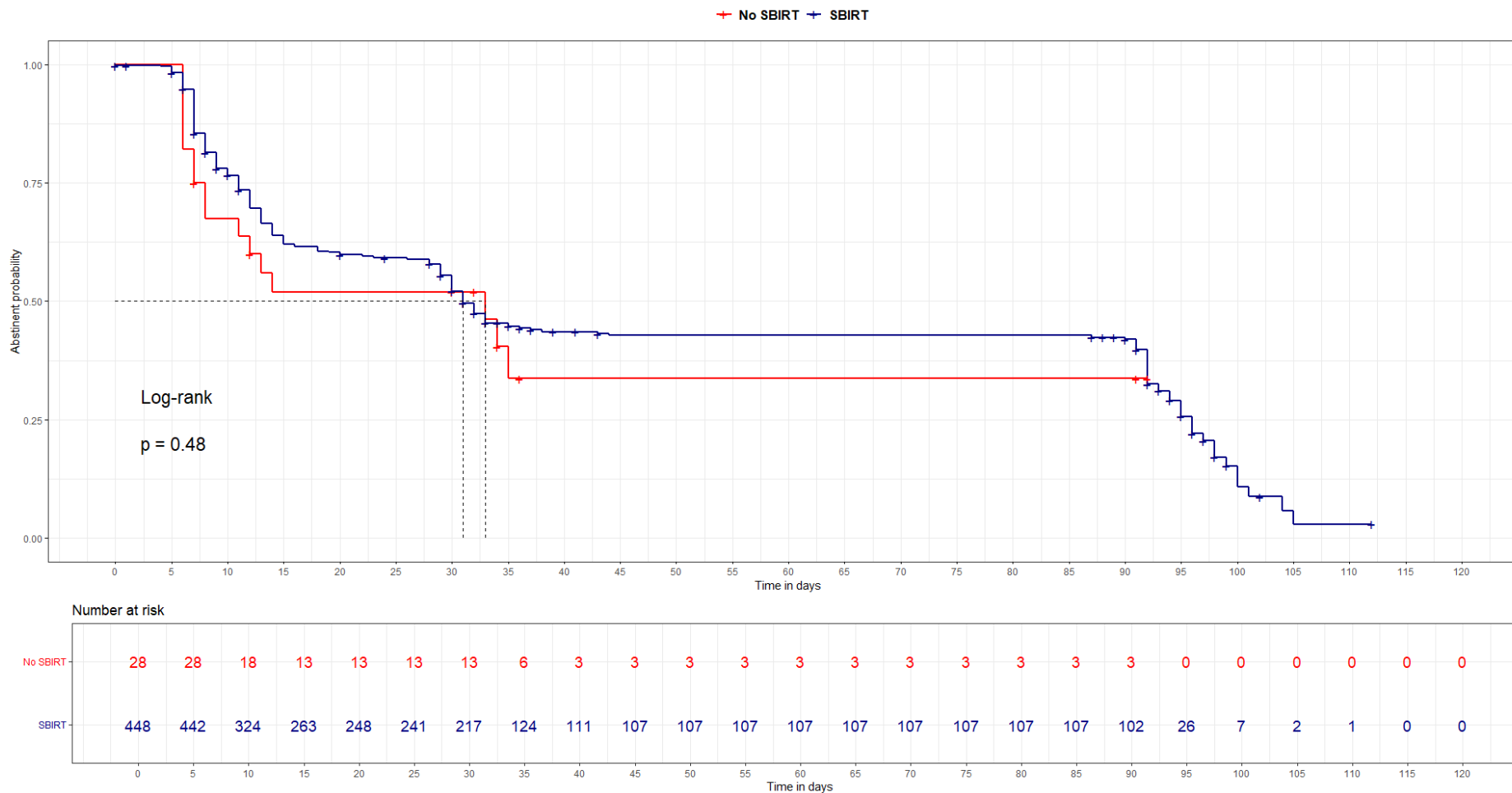
รูปที่ 11 Kaplan-Meier curve ของผลลัพธ์ percent days abstinent ที่ระดับต่าง ๆ



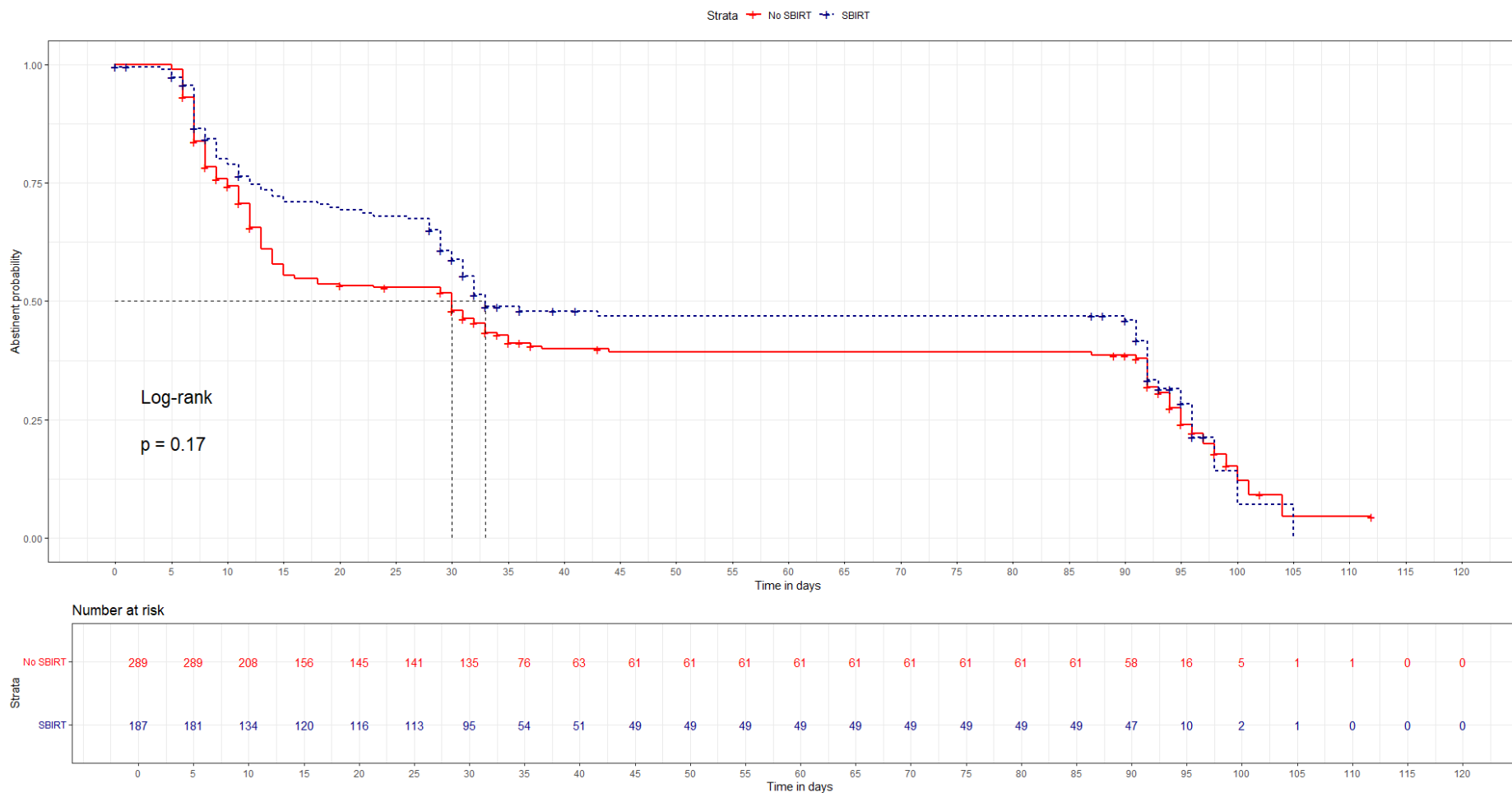
รูปที่ 12 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 100 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT



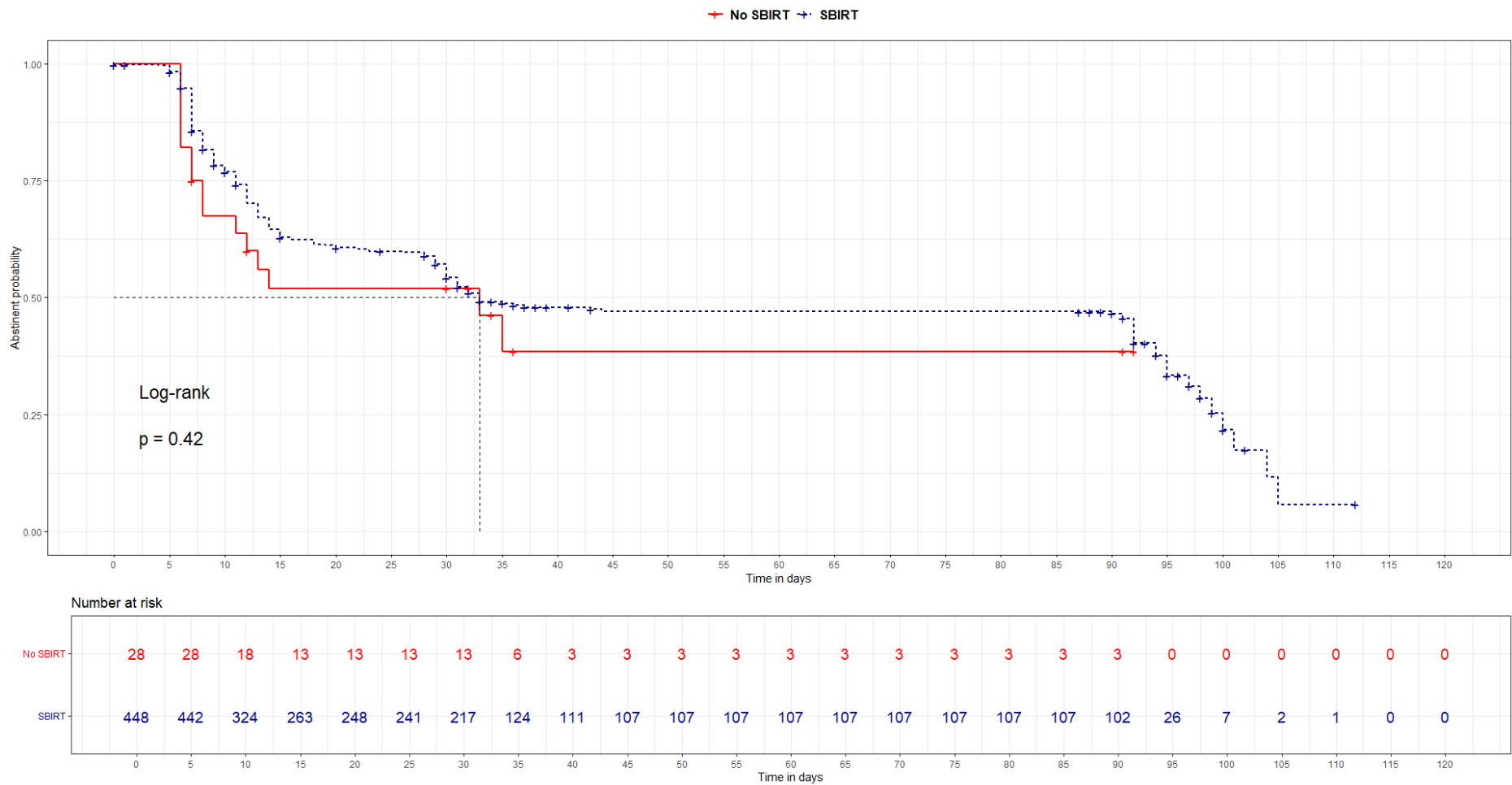
รูปที่ 13 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 100 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT



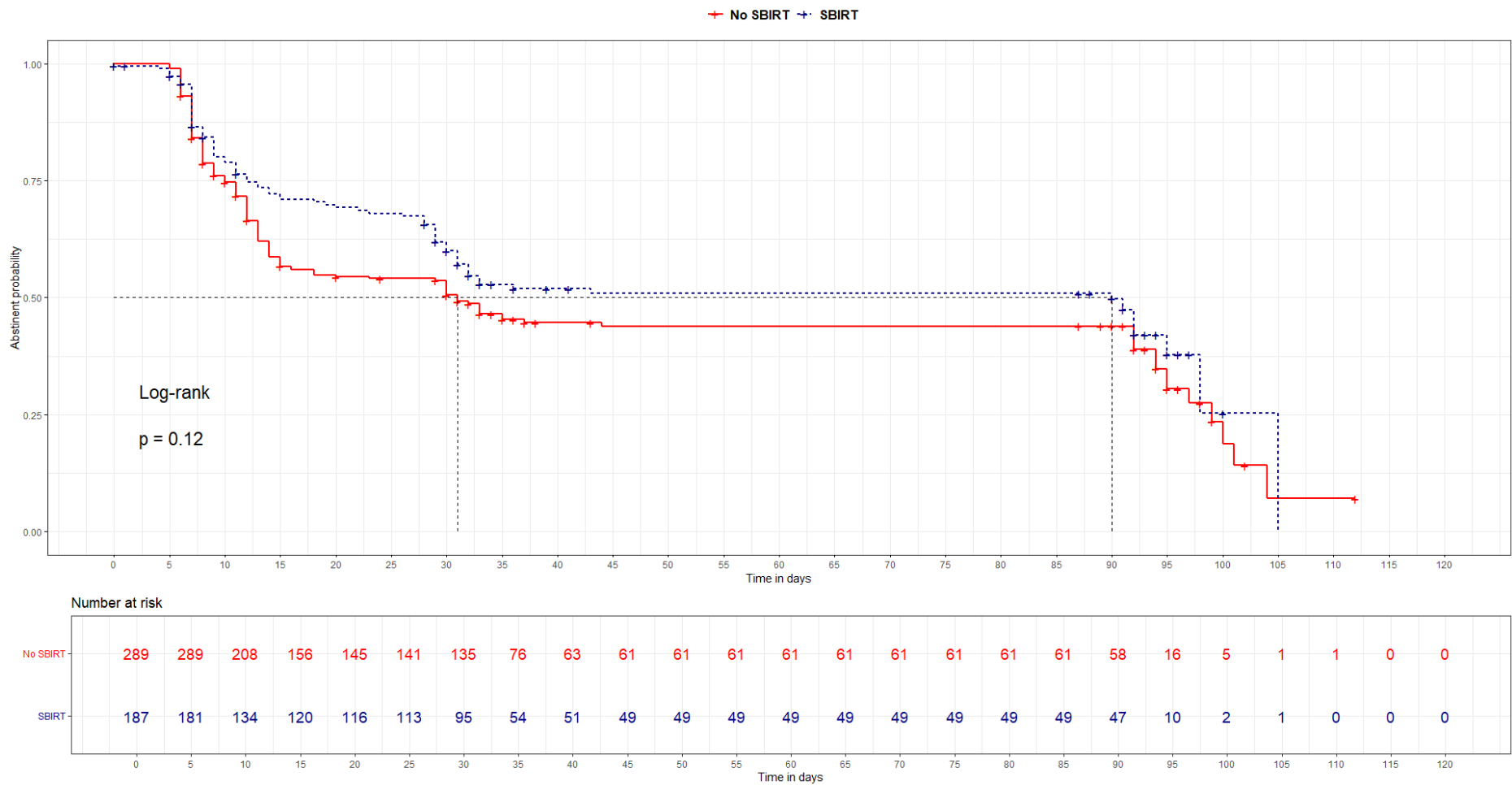
รูปที่ 14 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 50 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT



รูปที่ 15 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 50 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT



รูปที่ 16 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 30 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT



รูปที่ 17 Kaplan-Meier curve ของผู้ดื่มที่มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเท่ากับร้อยละ 30 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและไม่ได้รับ SBIRT

ข. การเปลี่ยนแปลงไปของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

จากการติดตามระหว่าง baseline ถึงระยะติดตามที่ 90 วัน พบว่า การศึกษานี้มีอัตราการคงอยู่ในการติดตาม (retention rate) ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด เท่ากับ 144 จาก 558 ราย (ร้อยละ 26) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดมีอัตราการคงอยู่ เท่ากับ 7 จาก 89 ราย (ร้อยละ 8) ทั้งนี้ หากพิจารณาในภาพรวมพบว่า อัตราการคงอยู่นี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการไม่มีข้อมูลผลลัพธ์เมื่อครบระยะติดตาม โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด พบว่า (1) อยู่ระหว่างการติดตามข้อมูลแม้ว่าจะครบระยะติดตาม 272 จาก 558 ราย (ร้อยละ 49) และ (2) ติดต่อไม่ได้/ยุติการติดตาม/ไม่ยินดีให้ติดตาม 142 จาก 558 ราย (ร้อยละ 25) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด พบว่า (1) อยู่ระหว่างการติดตามข้อมูลแม้ว่าจะครบระยะติดตาม 57 จาก 89 ราย (ร้อยละ 64) และ (2) ติดต่อไม่ได้/ยุติการติดตาม/ไม่ยินดีให้ติดตาม 25 จาก 89 ราย (ร้อยละ 28)

เมื่อพิจารณาคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปของแต่ละบุคคล ในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT (ตารางที่ 5) พบว่า มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนน ASSIST ค่า standard drink ค่า ST-5 ที่ลดลง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง VAS และคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) เพิ่มขึ้นที่ระยะติดตาม 90 วันทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่า คะแนน ASSIST มีค่ามัธยฐานลดลง 15 (q1-q3: -23 ถึง -8) และ 14 (q1-q3: -22 ถึง -3) หน่วยในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ตามลำดับ ส่วนค่า standard drink ในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง มีค่ามัธยฐานลดลง 9 (q1-q3: -15.4 ถึง -2.5) หน่วย ขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT มีค่ามัธยฐานลดลง 7 (q1-q3: -8.4 ถึง 0) หน่วย

ส่วนกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 30 วัน ให้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันกับกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยพบว่า คะแนน ASSIST ลดลงอีก 3 หน่วย ซึ่งมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 18 (q1-q3: -23 ถึง -11) หน่วยในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและ 14 (q1-q3: -22 ถึง -7) ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็น normal distribution (lack of normality) และอาสาสมัครที่มีจำนวนน้อย การพิจารณาผลลัพธ์อาจมีข้อพึงระวังในการนำไปใช้อันเนื่องมาจากความไม่แน่นอนของข้อมูล

ตารางที่ 5 ผลต่างของคะแนนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ระหว่าง baseline และระยะติดตาม 90 วัน

	กลุ่มที่ได้รับการบำบัด				กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด			
	baseline	day 90	difference	N	baseline	day 90	difference	N
scenario 1: ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 30 วัน								
คะแนนไม่บรรทัด								
- mean (SD)	9.0 (1.8)	8.4 (1.8)	-0.5 (2.6)	144	8.9 (1.2)	7.7 (2.0)	-1.1 (2.1)	7
- median (q1-q3)	10 (8 – 10)	9 (7 – 10)	0 (-2 – 0)		9 (8 – 10)	8 (5 – 10)	-2 (-3 – 0)	
standard drink								
- mean (SD)	14.9 (10.0)	5.2 (6.1)	-9.8 (10.7)	139	8.5 (3.5)	5.4 (6.9)	-3.1 (9.9)	7
- median (q1-q3)	12.6 (7.9 – 19.7)	3.6 (0.0 – 9.7)	-8.7 (-15.4 - -2.5)		9.9 (7.1 – 10.4)	2.6 (0.0 – 7.8)	-7.1 (-8.4 - 0)	
ASSIST score								
- mean (SD)	26.3 (8.2)	11.0 (9.3)	-15.3 (11.1)	144	23.6 (11.8)	10.4 (8.3)	-13.1 (11.9)	7
- median (q1-q3)	26 (21 – 32)	9 (3 – 18.5)	-15 (-23 - -8)		23 (17 – 35)	14 (3 – 18)	-14 (-22 - -3)	
VAS								
- mean (SD)	71.5 (14.2)	80.0 (16.8)	8.4 (19.7)	142	75.0 (16.1)	84.3 (11.3)	9.3 (11.0)	7
- median (q1-q3)	70 (60 – 80)	80 (70 – 90)	10 (0 - 20)		80 (60 – 90)	90 (80 – 90)	10 (0 - 10)	
utility								
- mean (SD)	0.8 (0.2)	0.95 (0.1)	0.1 (0.2)	143	0.8 (0.2)	0.9 (0.1)	0.2 (0.2)	7
- median (q1-q3)	0.9 (0.8 – 0.9)	1.0 (0.9 – 1.0)	0.06 (0 – 0.2)		0.9 (0.5 – 1.0)	0.9 (0.8 – 1.0)	0 (0 – 0.4)	
ST-5								
- mean (SD)	6.1 (3.4)	2.4 (2.7)	-3.7 (3.9)	121	6.0 (2.7)	4 (3.5)	-2 (5.5)	6
- median (q1-q3)	6 (4 - 8)	1 (0 - 4)	-4 (-6 – -2)		6.5 (3 – 8)	3.5 (2 – 5)	-3.5 (-6 – 2)	

	กลุ่มที่ได้รับการบำบัด				กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด			
	baseline	day 90	difference	N	baseline	day 90	difference	N
scenario 2: ได้รับ intervention อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 30 วัน (MET intervention)								
คะแนนไม่บรรลุน้ำหนัก								
- mean (SD)	9.0 (1.7)	8.6 (1.7)	-0.5 (2.6)	69	8.9 (1.8)	8.3 (1.8)	-0.6 (2.6)	82
- median (q1-q3)	10 (8 -10)	10 (7 - 10)	0 (-2 - 0)		10 (8 -10)	9 (7 - 10)	0 (-2 - 1)	
standard drink								
- mean (SD)	13.8 (8.1)	5.4 (6.8)	-8.4 (9.6)	68	15.4 (11.2)	5.0 (5.4)	-10.4 (11.7)	80
- median (q1-q3)	12.6 (7.9 - 19.7)	3.9 (0.0 - 9.7)	-9.0 (-15.2 - -1.5)		10.4 (7.8 - 19.3)	2.8 (0.0 - 7.8)	-8.4 (-16.8 - -2.7)	
ASSIST score								
- mean (SD)	27.4 (7.1)	10.5 (9.4)	-16.9 (10.3)	69	25.2 (9.1)	11.4 (9.1)	-13.8 (11.6)	82
- median (q1-q3)	27 (22 - 32)	8 (2 - 19)	-18 (-23 - -11)		24 (19 - 31)	10 (3 - 17)	-14 (-22 - -7)	
VAS								
- mean (SD)	70.3 (14.0)	79.9 (16.5)	9.6 (18.6)	69	72.9 (14.5)	80.4 (16.7)	7.5 (20.1)	80
- median (q1-q3)	70 (60 - 80)	80 (70 - 90)	10 (0 - 20)		72.5 (60 - 80)	80 (75 - 90)	10 (0-18)	
utility								
- mean (SD)	0.8 (0.2)	0.9 (0.1)	0.1 (0.2)	69	0.8 (0.2)	0.96 (0.1)	0.1 (0.2)	81
- median (q1-q3)	0.90 (0.77 - 0.94)	1.00 (0.94 - 1.00)	0.07 (0 - 0.2)		0.90 (0.74 - 1.00)	1.00 (0.94 - 1.00)	0.06 (0 - 0.2)	
ST-5								
- mean (SD)	6.4 (3.3)	2.4 (2.8)	-4.1 (3.6)	60	5.8 (3.5)	2.5 (2.7)	-3.2 (4.2)	67
- median (q1-q3)	6 (4.5 - 8.5)	1 (1 - 3)	-4 (-6 - -2)		6 (3 - 8)	2 (0 - 4)	-3 (-6 - 0)	

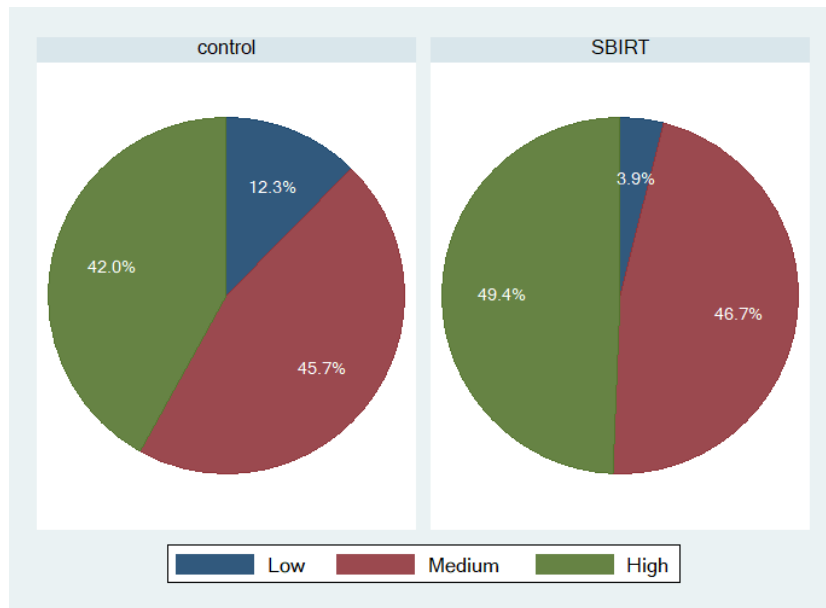
ค. ระดับความเสี่ยงจากการดื่มสุรา

การจัดกลุ่มคะแนน ASSIST เพื่อจัดระดับความเสี่ยงจากการดื่มสุราได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับความเสี่ยงต่ำ (lower risk) มีคะแนน ASSIST ระหว่าง 0-10 คะแนน (2) ระดับความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) มีคะแนน ASSIST ระหว่าง 11-26 คะแนน และ (3) ระดับความเสี่ยงสูง (high risk) มีคะแนน ASSIST 27 คะแนนขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดื่มที่สามารถติดตามได้ที่ระยะเวลาการติดตามที่ 90 วัน มีจำนวน 151 ราย (ร้อยละ 23 ของ baseline) โดยภาพรวม ผู้ดื่มสามารถลดระดับความเสี่ยงจากกลุ่มความเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ทั้งในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT (รูปที่ 18)

1) กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

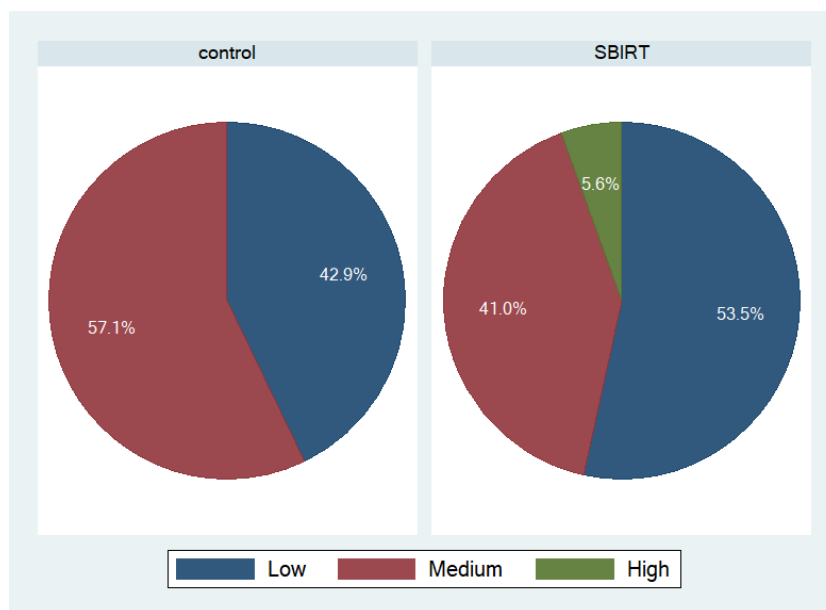
กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งสามารถลดระดับความเสี่ยงสูงที่ baseline (ร้อยละ 49) ไปสู่กลุ่มความเสี่ยงต่ำที่ระยะติดตาม 90 วัน (กลุ่มเสี่ยงสูงคงเหลือ ร้อยละ 8) (ตารางที่ 6) อย่างไรก็ดี เนื่องจากจำนวนผู้ดื่มที่สามารถติดตามได้ที่ระยะเวลาการติดตามที่ 90 วันมีจำนวนน้อย (คงเหลือร้อยละ 26 และ 9 ในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ตามลำดับ) จึงอาจส่งผลต่อความไม่แน่นอนของผลการศึกษา

หากพิจารณาแยกตามระดับความเสี่ยง ณ baseline พบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งที่มีระดับคะแนน ASSIST ในช่วงความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงที่ baseline มีคะแนน ASSIST ที่ลดลง (รูปที่ 19)



A. คะแนนระดับความเสี่ยงที่ baseline

(control: กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT, N=89; SBIRT: กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง, N=557)



B. คะแนนระดับความเสี่ยงที่ระยะติดตาม 90 วัน

(control: กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT, N=7; SBIRT: กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง, N=144)

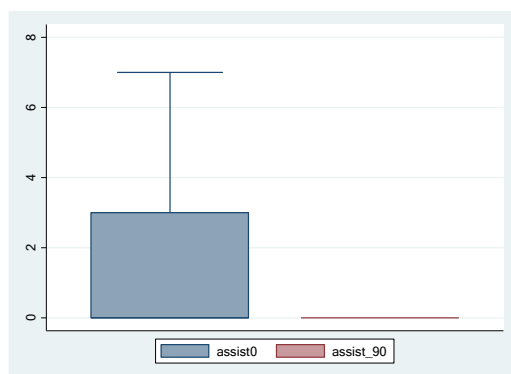
Low: คะแนน ASSIST 0-10 คะแนน จัดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (lower risk); Medium: คะแนน ASSIST 11-26 คะแนน จัดอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk); High: คะแนน ASSIST 27 คะแนนขึ้นไป จัดอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (high risk)

รูปที่ 18 ระดับความเสี่ยงที่ baseline และที่ระยะติดตาม 90 วัน

(ไม่เปรียบเทียบทางสถิติได้เนื่องจากมีจำนวน N น้อย)

ตารางที่ 6 คะแนนระดับความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT

	ระดับความเสี่ยงที่ 90 วัน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ระดับความเสี่ยงในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT ที่ baseline (N=557)				
ต่ำ (N=22; 4%)	2 (50%)	2 (50%)	-	4 (100%)
ปานกลาง (N=260; 47%)	43 (62%)	23 (33%)	3 (5%)	69 (100%)
สูง (N=275; 49%)	32 (45%)	34 (48%)	5 (7%)	71 (100%)
	77 (53%)	59 (41%)	8 (6%)	144 (100%)
ระดับความเสี่ยงในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ที่ baseline (N=81)				
ต่ำ (N=10; 12%)	1 (100%)	-	-	1 (100%)
ปานกลาง (N=37; 46%)	1 (33%)	2 (67%)	-	3 (100%)
สูง (N=34; 42%)	1 (33%)	2 (67%)	-	3 (100%)
	3 (43%)	4 (57%)	-	7 (100%)



เสียงต่ำ	Baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	1.6 (2.4)	10	0 (-)	1

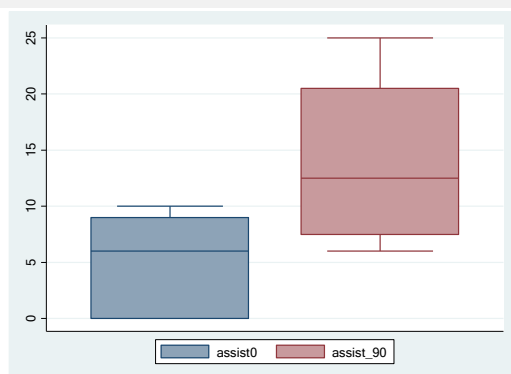


เสียงปานกลาง	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	18.5 (3.6)	37	12.7 (9.1)	3

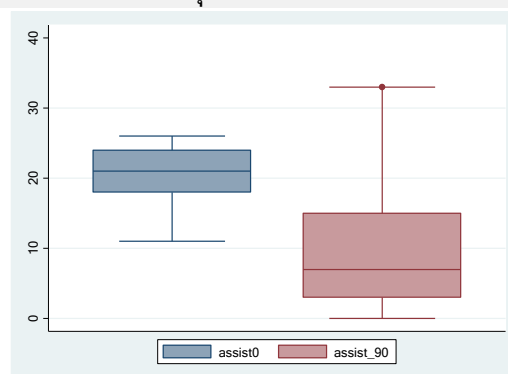


เสียงสูง	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	33.2 (3.8)	34	11.7 (7.8)	3

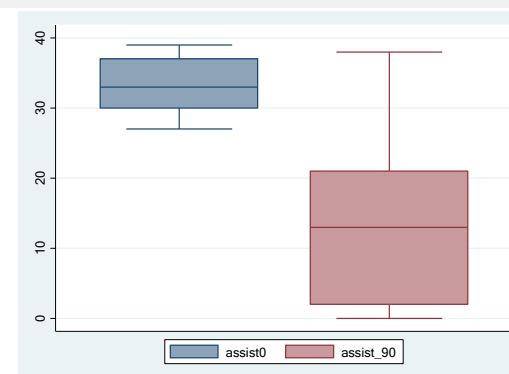
A. กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT



เสียงต่ำ	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	5.6 (4.1)	22	14 (8.4)	4



เสียงปานกลาง	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	20.4 (4.0)	260	9.5 (8.5)	69



เสียงสูง	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	33.1 (3.9)	275	12.4 (9.9)	71

B. กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

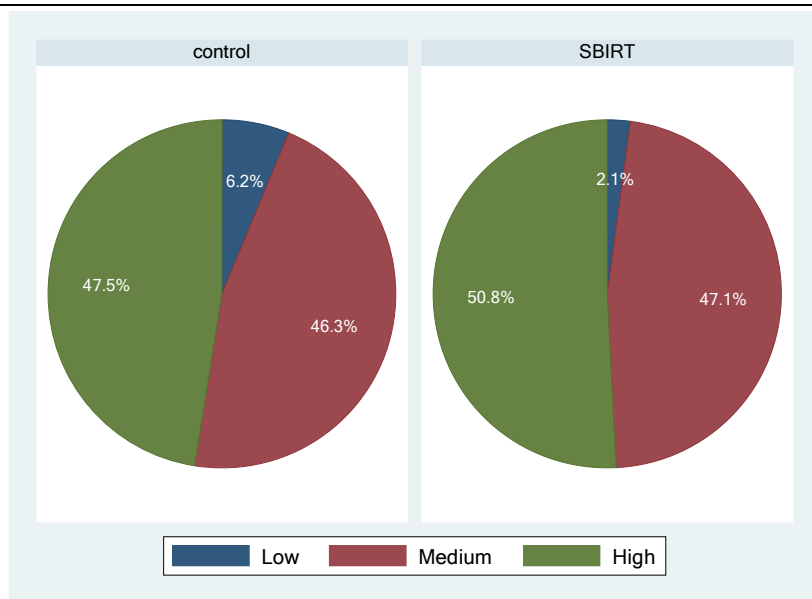
รูปที่ 19 คะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงระหว่าง baseline และการติดตามที่ 90 วัน แบ่งตามระดับความเสี่ยงที่ baseline
(ไม่เปรียบเทียบทางสถิติได้เนื่องจากมีจำนวน N น้อย)

2) กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง

การได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 30 วัน (หรือประสิทธิผลของ MET intervention) พบว่า เมื่อแยกตามระดับความเสี่ยงที่ baseline สัดส่วนผู้ดื่มที่สามารถลดระดับความเสี่ยงได้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ดื่มกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ทั้งนี้ ผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้งมีสัดส่วนของกลุ่มระดับความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นที่ระยะติดตาม 90 วัน โดยสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นนี้ มีสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ที่ระยะติดตาม 90 วัน (รูปที่ 20, ตารางที่ 7)

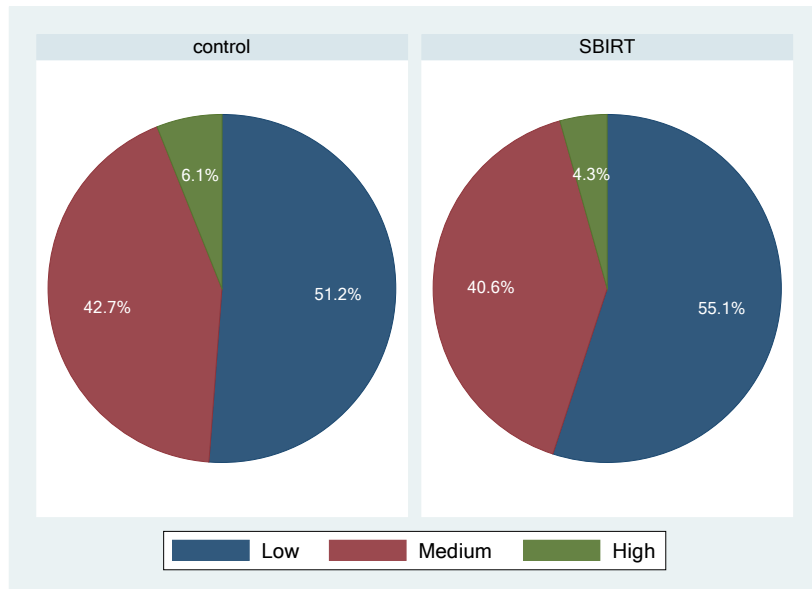
เมื่อพิจารณาคะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงระหว่าง baseline และการติดตามที่ 90 วัน โดยแบ่งตามระดับความเสี่ยงที่ baseline (รูปที่ 21) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดื่มกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงต่ำมีค่าคะแนน ASSIST เพิ่มขึ้นที่ระยะติดตาม 90 วัน ซึ่งแตกต่างจากผู้ดื่มในระดับความเสี่ยงปานกลางและสูง และพบว่าผู้ดื่มระดับความเสี่ยงปานกลางและสูง ในทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนน ASSIST ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง baseline และที่ระยะติดตาม 90 วัน

นอกจากนี้ เนื่องจากมีผู้ดื่มที่ได้รับ SBIRT จำนวน 3 ครั้ง เพียงร้อยละ 5 จากจำนวนเริ่มต้นทั้งหมด จึงไม่แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล



A. คะแนนระดับความเสี่ยงที่ baseline

(control: กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT, N=451; SBIRT: กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง, N=187)



B. คะแนนระดับความเสี่ยงที่ระยะติดตาม 90 วัน

(control: กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT, N=82; SBIRT: กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง, N=69)

รูปที่ 20 ระดับความเสี่ยงที่ baseline และที่ระยะติดตาม 90 วัน

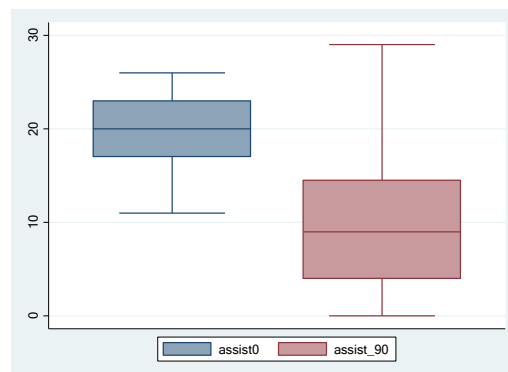
(ไม่เปรียบเทียบทางสถิติได้เนื่องจากมีจำนวน N น้อย)

ตารางที่ 7 คะแนนระดับความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT

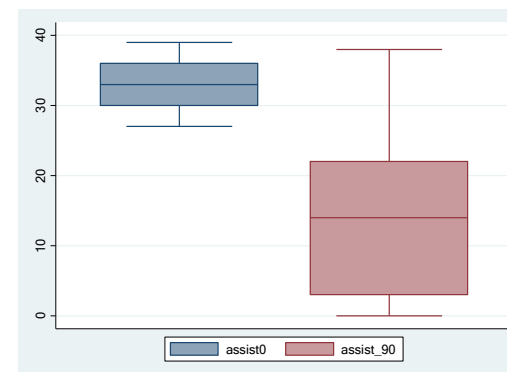
	ระดับความเสี่ยงที่ 90 วัน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ระดับความเสี่ยงในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT ที่ baseline (N=187)				
ต่ำ (N=4; 2%)	1 (100%)	-	-	1 (100%)
ปานกลาง (N=88; 47%)	21 (66%)	9 (28%)	2 (6%)	32 (100%)
สูง (N=95; 51%)	16 (44%)	19 (53%)	1 (3%)	36 (100%)
	38 (55%)	28 (41%)	3 (4%)	69 (100%)
ระดับความเสี่ยงในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT ที่ baseline (N=451)				
ต่ำ (N=28; 6%)	2 (50%)	2 (50%)	-	4 (100%)
ปานกลาง (N=209; 46%)	23 (58%)	16 (40%)	1 (2%)	40 (100%)
สูง (N=214; 48%)	17 (45%)	17 (45%)	4 (10%)	38 (100%)
	42 (51%)	35 (43%)	5 (6%)	82 (100%)



เสี่ยงต่ำ	Baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	4.1 (4.0)	28	12.5 (10.6)	4

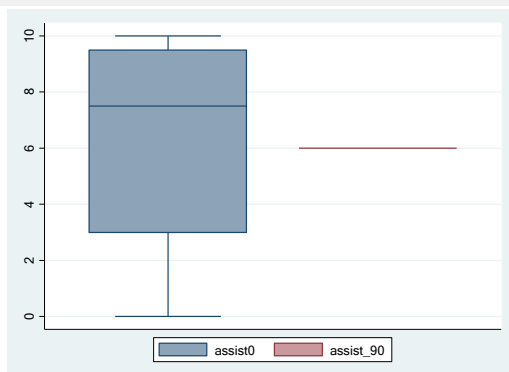


เสี่ยงปานกลาง*	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	20.0 (3.9)	209	10.0 (7.5)	40



เสี่ยงสูง*	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	33.1 (3.9)	214	12.8 (10.4)	38

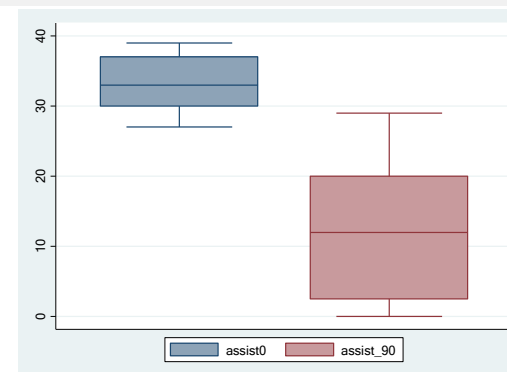
A. กลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT



เสี่ยงต่ำ**	Baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	6.3 (4.5)	4	6.0 (-)	1



เสี่ยงปานกลาง*	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	20.8 (4.0)	88	9.1 (9.7)	32



เสี่ยงสูง*	baseline	N	at 90 days	N
mean (SD)	33.1 (4.0)	214	11.9 (9.2)	36

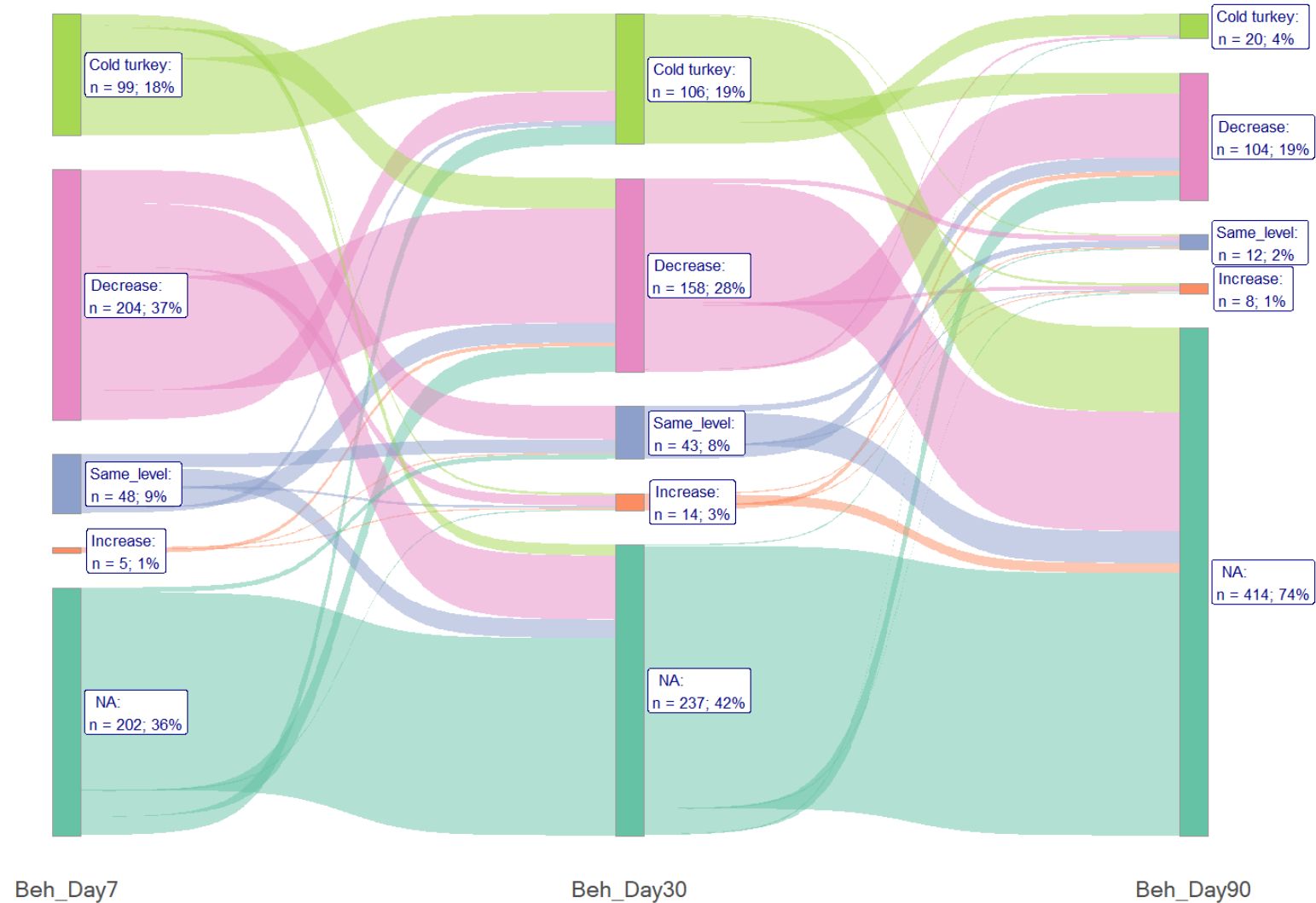
B. กลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

รูปที่ 21 คะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงระหว่าง baseline และการติดตามที่ 90 วัน แบ่งตามระดับความเสี่ยงที่ baseline

ง. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่ม

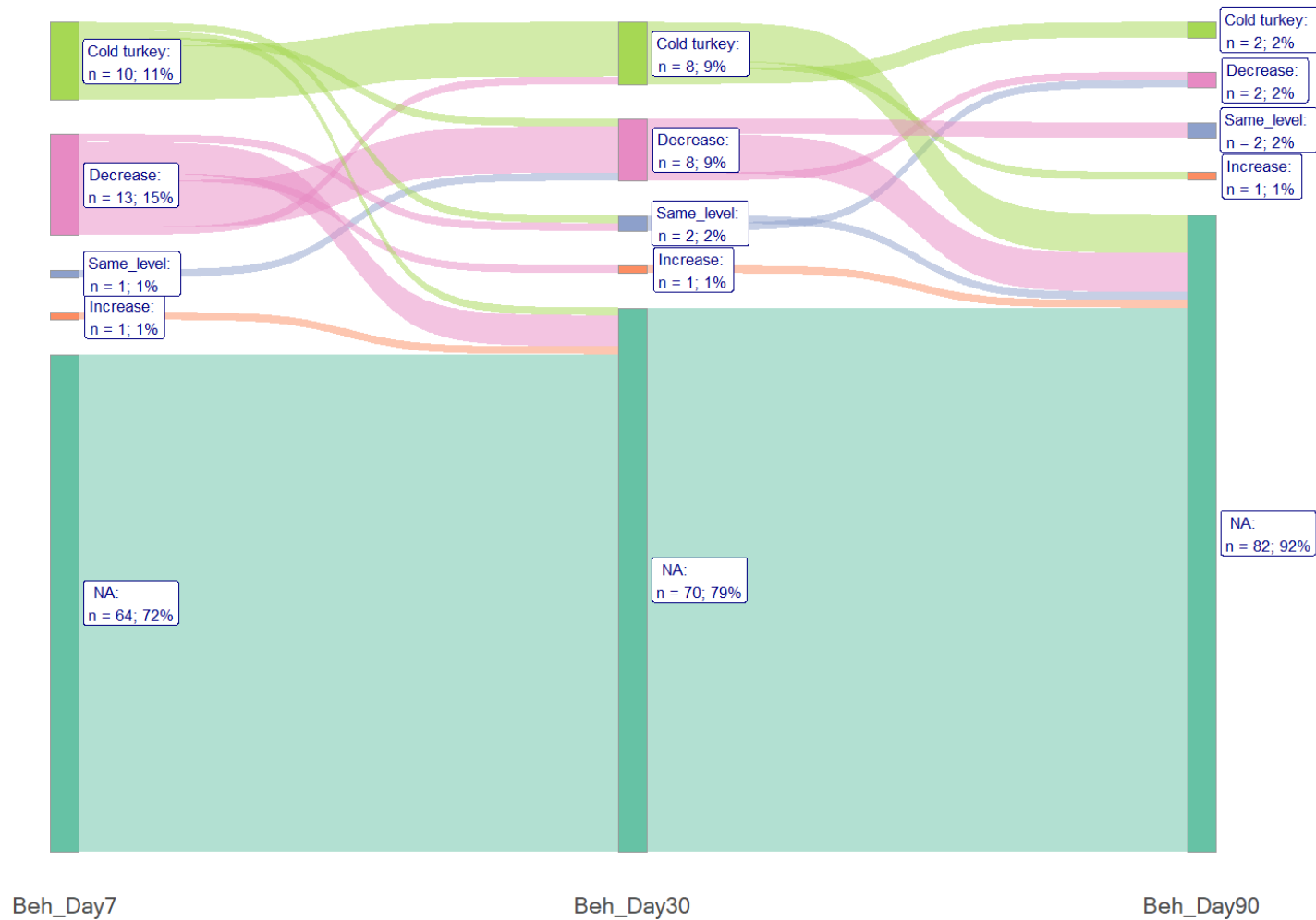
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของผู้ดื่มที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจาก baseline จนถึงระยะการติดตามที่ 90 วัน ในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง (รูปที่ 22) และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT (รูปที่ 23) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดื่มที่มีพฤติกรรมหักดิบ (cold turkey) มีจำนวนลดลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยส่วนหนึ่งเป็น lost to follow up ขณะที่ผู้ดื่มส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการดื่มในปริมาณที่ลดลง (decrease) แม้ว่าจะมี lost to follow up เหมือนกลุ่มหักดิบ แต่พบว่าที่ระยะติดตาม 90 วัน ผู้ดื่มส่วนหนึ่งยังสามารถลดการดื่มได้อย่างต่อเนื่อง นับจาก baseline

สำหรับกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง (รูปที่ 24) และกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT (รูปที่ 25) มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มที่คล้ายกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT คือ แม้ในวันที่ 7 และวันที่ 30 หลังการได้รับคำปรึกษา ผู้ดื่มที่ใช้วิธีหักดิบจะสามารถคงพฤติกรรมไว้ได้ แต่ในระยะติดตาม 90 วัน จะมีผู้ดื่มเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถใช้วิธีหักดิบได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ดื่มที่เลือกใช้วิธีการดื่มในปริมาณที่ลดลงต่างจากกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง ตรงที่ไม่มีผู้ดื่มรายไหนที่เพิ่มปริมาณการดื่ม (increase) เมื่อติดตามที่ระยะ 90 วัน



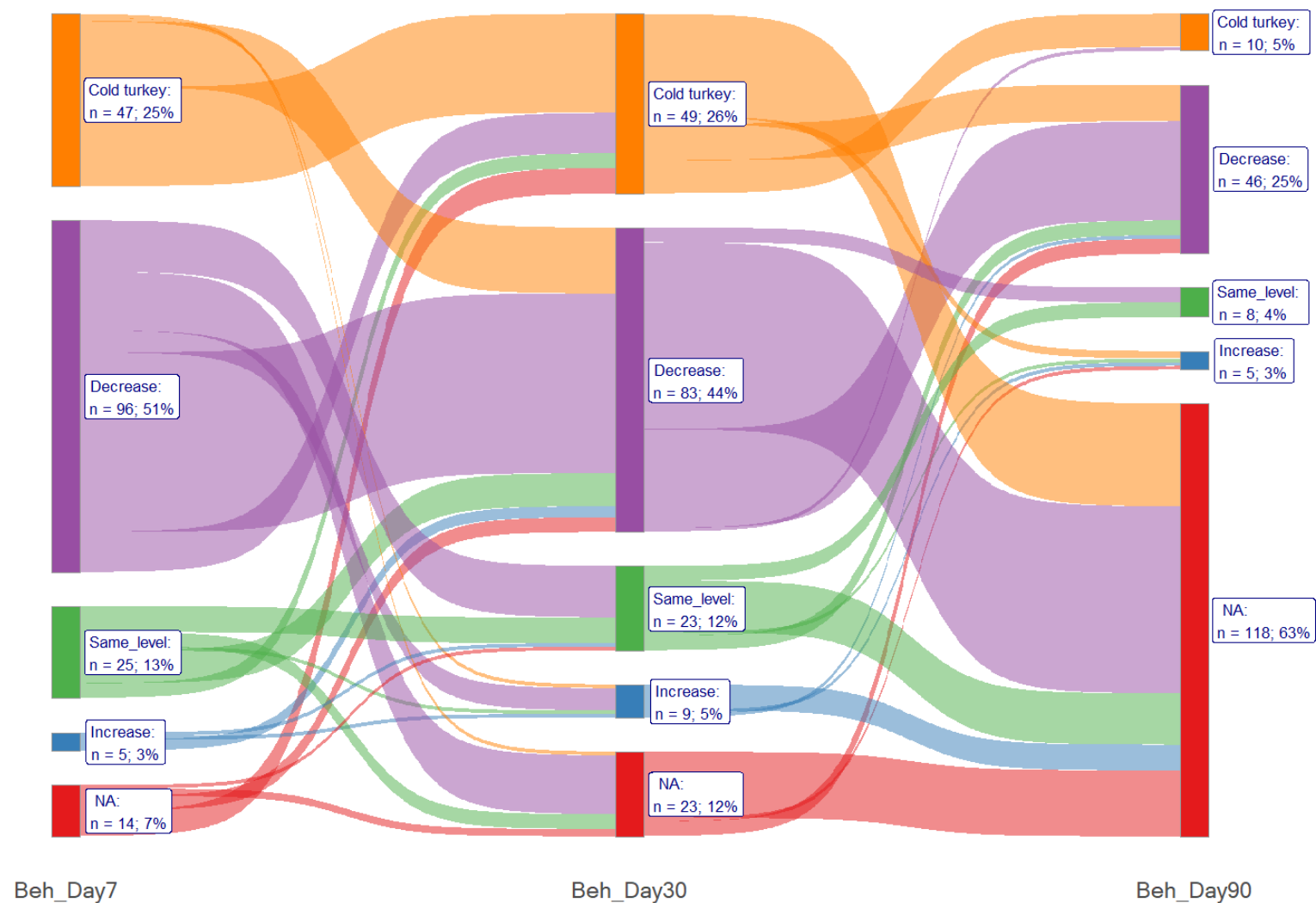
รูปที่ 22 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง

Beh_Day 7: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 7 วัน, Beh30: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 30 วัน, Beh_Day 90: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 90 วัน



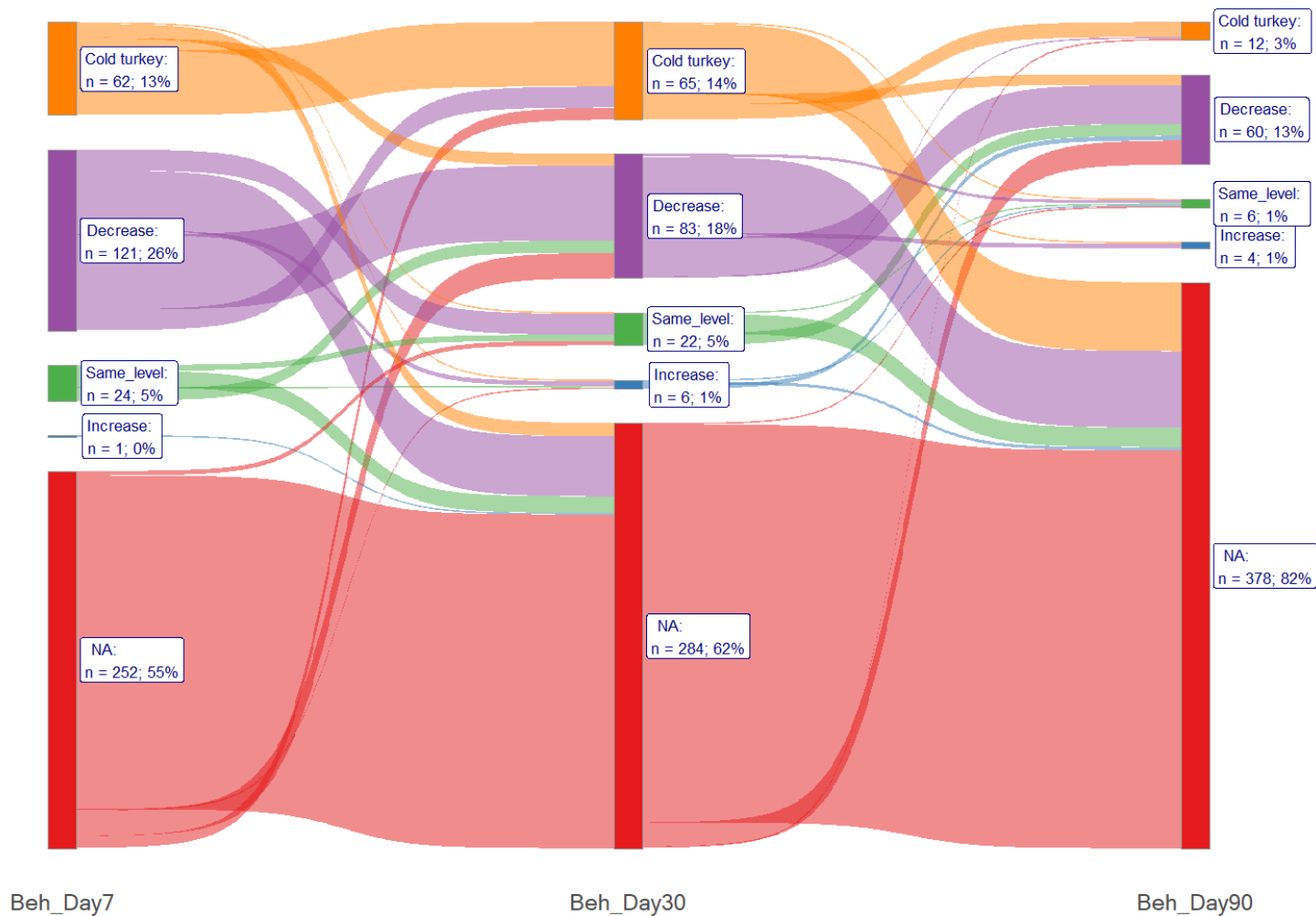
รูปที่ 23 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT
(เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Beh_Day 7: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 7 วัน, Beh30: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 30 วัน, Beh_Day 90: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 90 วัน



รูปที่ 24 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง

Beh_Day 7: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 7 วัน, Beh30: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 30 วัน, Beh_Day 90: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 90 วัน



รูปที่ 25 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT
(เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ SBIRT อย่างน้อย 2 ครั้ง)

Beh7: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 7 วัน, Beh30: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 30 วัน, Beh90: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 90 วัน

4.2.2. ประสิทธิภาพของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ฯ แก่ผู้ได้รับผลกระทบ

4.2.2.1. ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร

ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาจากสายเล็กเหลือ 1413 ในระหว่างระยะเวลาดำเนินงานวิจัย รวมทั้งสิ้น 821 ราย โดยยินยอมให้ติดตามจำนวน 487 ราย และเมื่อติดตามจนครบระยะเวลาดำเนินงานวิจัย พบว่ามีจำนวนอาสาสมัครที่สามารถติดตามได้และมีข้อมูลผลลัพธ์ที่สามารถวิเคราะห์ได้ที่ระยะการติดตาม 90 วัน จำนวน 188 ราย (ร้อยละ 39)

ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มที่โทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาครั้งแรก (baseline) มีอายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82) และอาศัยอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 53) ทั้งนี้ ผู้โทรเข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 26) สมุทรปราการ (ร้อยละ 6) และเชียงใหม่ (ร้อยละ 5) ส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานเอกชน (ร้อยละ 25) รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 16) ผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นภรรยา (ร้อยละ 30) และบุตร (ร้อยละ 26) โดยปัญหาหรือประเด็นที่โทรมาใช้บริการ อันดับแรก คือ วิธีการเลิกดื่ม/เสพ (ร้อยละ 51) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ลักษณะพื้นฐานทางประชากร (demographic characteristics) ของผู้ได้รับผลกระทบ

รายละเอียด	ที่ baseline N = 487	ที่ระยะติดตาม 90 วัน N = 188
เพศ		
ชาย	85 (17)	26 (14)
หญิง	401 (82)	162 (86)
ภูมิภาค		
ภาคกลาง	257 (52.8)	106 (56.4)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	80 (16.4)	28 (14.9)
ภาคเหนือ	58 (11.9)	23 (12.2)
ภาคตะวันออก	45 (9.2)	16 (8.5)
ภาคใต้	33 (6.8)	11 (5.9)
ภาคตะวันตก	13 (2.7)	4 (2.1)
อาชีพ		
พนักงานเอกชน	120 (24.7)	52 (27.7)
รับจ้าง	76 (15.6)	26 (13.8)
ค้าขาย	70 (14.4)	28 (14.9)
ว่างงาน/เกษียณ/แม่บ้าน	58 (11.9)	23 (12.2)
ธุรกิจส่วนตัว	54 (11.1)	16 (8.5)
รับราชการ	35 (7.2)	12 (6.4)
อื่น ๆ (เช่น ช่าง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ค้าขาย ฯลฯ)	70 (14.4)	17 (9.0)

รายละเอียด	ที่ baseline N = 487	ที่ระยะติดตาม 90 วัน N = 188
ความเกี่ยวข้องกับผู้ดื่ม		
ภรรยา	145 (29.8)	55 (29.3)
บุตร	124 (25.5)	48 (25.5)
ญาติ/พี่น้อง	122 (25.1)	46 (24.5)
เพื่อน/คนรู้จัก/แฟน	37 (7.6)	18 (9.6)
แม่	32 (6.6)	14 (7.4)
สามี	11 (2.3)	3 (1.6)
นายจ้าง/หัวหน้า	8 (1.6)	1 (0.5)
พ่อ	5 (1.0)	2 (1.1)
อายุ		
mean (SD)	41.1 (12.3)	41.2 (11.9)
- ชาย	39.8 (12.8)	35.9 (9.8)
- หญิง	41.3 (12.2)	42.1 (12.0)
median (q1-q3)	40 (31 - 51)	40 (32 - 52)
- ชาย	39 (30 - 49)	36.5 (29 - 41)
- หญิง	40 (31 - 51)	40 (33 - 53)
คะแนนไม่บรรทัด		
mean (SD)	9.5 (1.1)	8.3 (2.2)
- ชาย	9.5 (1.2)	8.6 (1.9)
- หญิง	9.5 (1.1)	9.5 (1.1)
median (q1-q3)	10 (10 - 10)	9 (7 - 10)
- ชาย	10 (10 - 10)	10 (8 - 10)
- หญิง	10 (10 - 10)	9 (7 - 10)
ปัญหาที่โทรมารับบริการ		
วิธีการเลิกดื่ม/เสพ	249 (51.1)	93 (49.5)
สถานบำบัด	157 (32.2)	60 (31.9)
ผลกระทบจากการหยุดดื่ม/เสพ	56 (11.5)	23 (12.2)
ยาเบื่อเหล้า	12 (2.5%)	5 (2.7)
การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ	1 (0.2%)	1 (0.5)
อื่น ๆ	2 (0.4%)	1 (0.5)

4.2.2.2. ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

การศึกษานี้จัดกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่โทรศัพท์เข้ามาใช้บริการ แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามลำดับความใกล้ชิด ได้แก่ (1) สามี-ภรรยา (2) พ่อ แม่ และบุตร และ (3) อื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่มได้รับคำปรึกษาแบบ SBIRT แต่กลุ่มที่เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ดื่มได้รับ

SBIRT ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ รวมถึงระดับความตั้งใจ และมีสัดส่วนระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ใกล้ชิดผู้ดื่มโดยตรง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบทั้ง 3 กลุ่ม

	สามี-ภรรยา (n=156)	พ่อ-แม่-บุตร (n=161)	อื่น ๆ (n=170)
อายุเฉลี่ย: mean (SD)	45.5 (10.1) ภรรยา: 45.3 (9.9); n: 145 สามี: 48.5 (11.9); n: 11	37.3 (14.0) พ่อ-แม่: 58.3 (9.8), n: 36 บุตร: 31.2 (7.7), n: 124	40.5 (11.3)
อายุเฉลี่ย: median (q1-q3)	45 (38 – 53) ภรรยา: 45 (38 – 53) ; n: 145 สามี: 53 (35 – 63); n: 11	33 (27 – 46.5) พ่อ-แม่: 57.5 (53 – 63.5), n=36 บุตร: 30 (26 – 35.5), n=124	39 (32 – 49)
intervention			
- ได้รับ intervention	124 (80%)	134 (83%)	127 (33%)
- ไม่ได้รับ intervention	32 (20%)	27 (17%)	43 (25%)
คะแนนไม่บรรทัด (คะแนนความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ดื่ม) ที่ baseline			
- mean (SD)	9.5 (1.0)	9.5 (1.2)	9.5 (1.1)
- median (q1-q3)	10 (10 – 10)	10 (10 – 10)	10 (10 – 10)
คะแนนไม่บรรทัด (คะแนนความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ดื่ม) ที่ 90 วัน			
- mean (SD)	8.6 (1.6)	8.4 (2.6)	7.9 (2.3)
- median (q1-q3)	9 (8 – 10)	10 (7 – 10)	8 (6 – 10)

4.2.2.3. ประสิทธิภาพของการให้บริการสายด่วน 1413 ต่อผู้ได้รับผลกระทบ

ข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบมีเพียงคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลงไปและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่ม ซึ่งผลจากการติดตามที่ระยะเวลาติดตาม 90 วัน พบว่า มีผู้ได้รับผลกระทบที่ติดตามได้ จำนวน 188 คน แบ่งเป็น ผู้ได้รับผลกระทบที่ได้รับคำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 160 คน (ร้อยละ 85) และผู้ได้รับผลกระทบที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ แต่ได้รับคำปรึกษาโดยได้รับข้อมูลทั่วไปจำนวน 28 คน (ร้อยละ 15) ผลการติดตามที่ 90 วัน (ตารางที่ 10) พบว่า โดยภาพรวมคะแนนความเครียดลดลงในกลุ่มคู่สมรส และกลุ่มพ่อ-แม่-บุตร ขณะที่กลุ่มอื่น ๆ มีระดับความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามไปที่ระยะ 90 วัน และมีระดับความเครียดที่สูงกว่าอีก 2 กลุ่มที่เหลือ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่มีจำนวนน้อยและเป็นการให้การปรึกษาผ่านญาติพี่น้อง จึงไม่สามารถสรุปผลได้ว่าผลของการให้บริการแก่ผู้ได้รับผลกระทบจะส่งผลต่อการดื่มในผู้ดื่มได้ ทั้งยังเป็นการรายงานจากผู้ได้รับผลกระทบ (proxy) ไม่ใช่จากตัวผู้ดื่มเองจึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการ

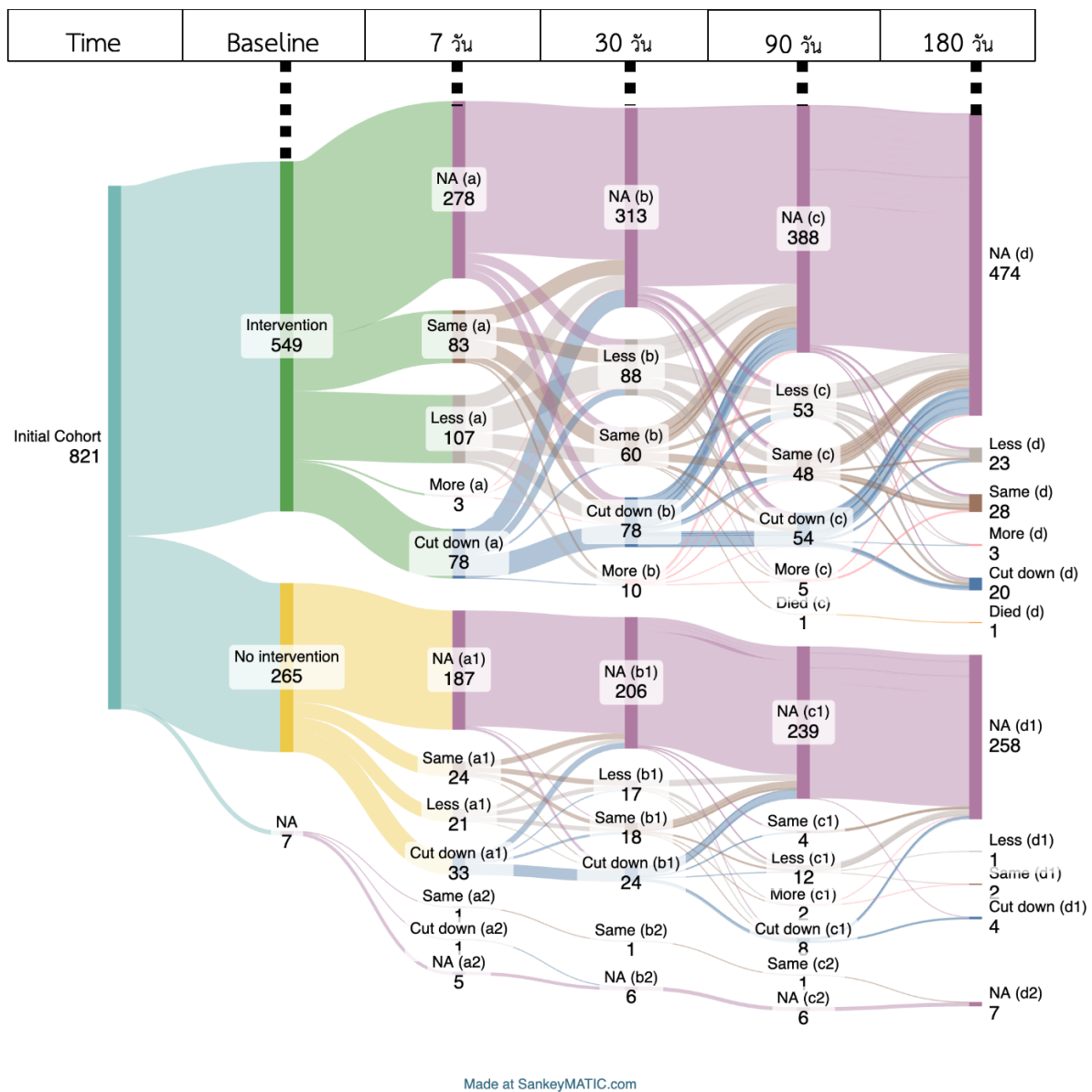
รายงานโดยตรงจากผู้ดื่ม แต่จัดได้ว่าผู้ดื่มกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับ intervention ในการบำบัด การเลิกสุราโดยตรง

ตารางที่ 10 คะแนนความเครียดของผู้ได้รับผลกระทบ

	กลุ่มที่ได้รับการบำบัด			กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด		
	day0 median (p25 – p75)	day90 median (p25 – p75)	P-value*	day0 median (p25 – p75)	day90 median (p25 – p75)	P- value*
รวมทุกกลุ่ม						
สามี – ภรรยา N	3 (2 – 7) 37	3 (1 – 7) 15	0.678	2.5 (2 – 5) 8	5 (5 – 5) 1	0.317
พ่อ-แม่-บุตร N	4 (2 – 7) 45	3.5 (1.5 – 5.5) 20	0.720	4 (1 – 8) 3	2 (2 – 2) 1	-
อื่น ๆ N	2 (1 – 5) 42	4 (2 – 7) 13	0.389	3 (1 – 8) 3	1 (1 – 1) 1	-

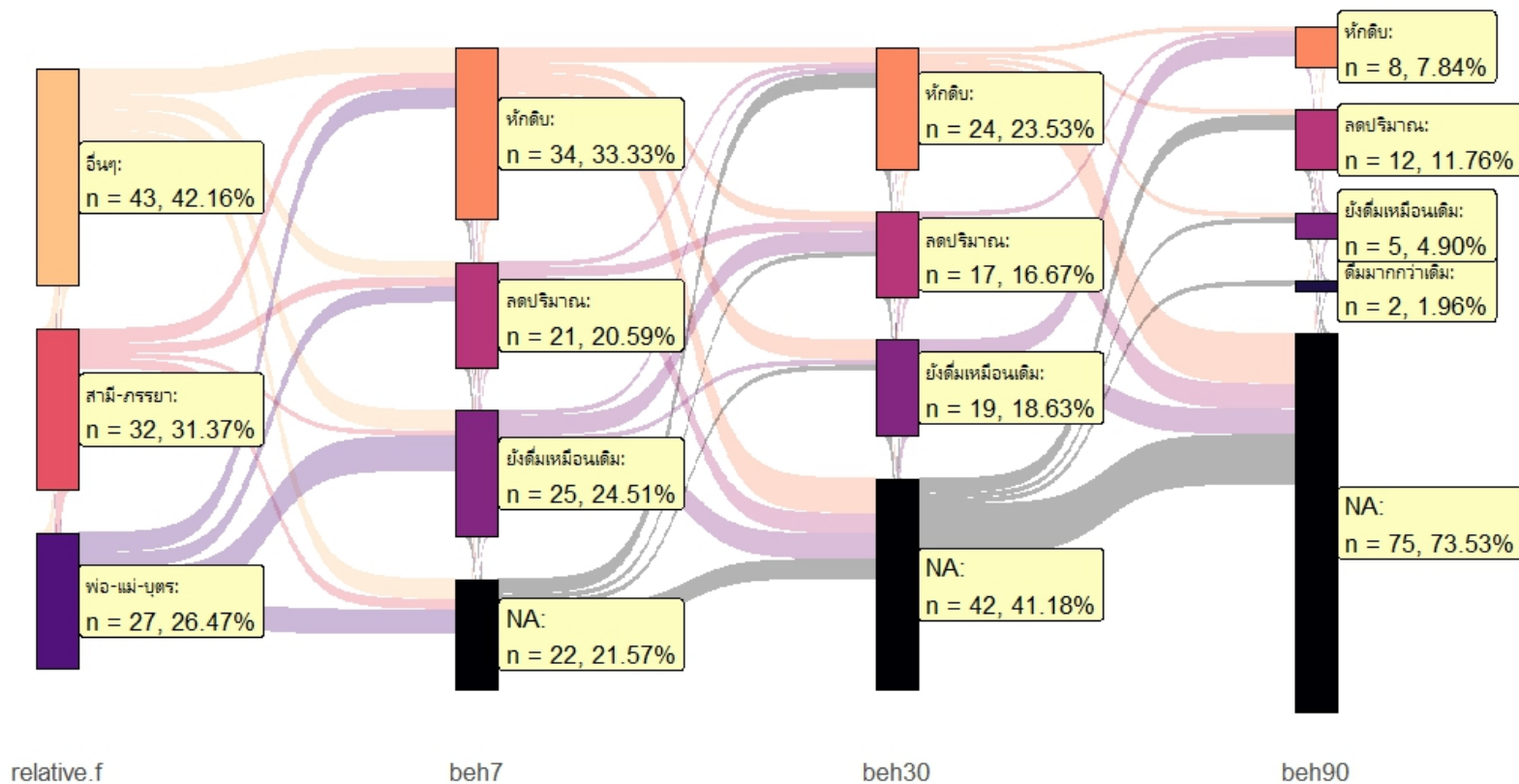
* P-value by Wilcoxon signed-rank test

ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มซึ่งรายงานโดยผู้ได้รับผลกระทบ (รูปที่ 26) จะเห็นได้ว่ามีผู้ได้รับผลกระทบที่ lost to follow up กว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด มีการ lost to follow up มากถึงร้อยละ 73 (รูปที่ 27) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการบำบัด มีอัตราการ lost to follow up ร้อยละ 58 (รูปที่ 28) สำหรับกลุ่มที่ยังสามารถติดตามได้จนครบตามกำหนดนั้น การให้ SBIRT อาจช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบนำไปใช้ในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดื่มจนสามารถหักดิบ และลดปริมาณการดื่มได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT อย่างไรก็ดี เนื่องจากจำนวนที่ติดตามได้ในระยะติดตามมีจำนวนน้อย ผลการศึกษาอาจมีความไม่แน่นอนสูง ซึ่งการนำผลการศึกษาไปใช้ควรทำด้วยความระมัดระวัง

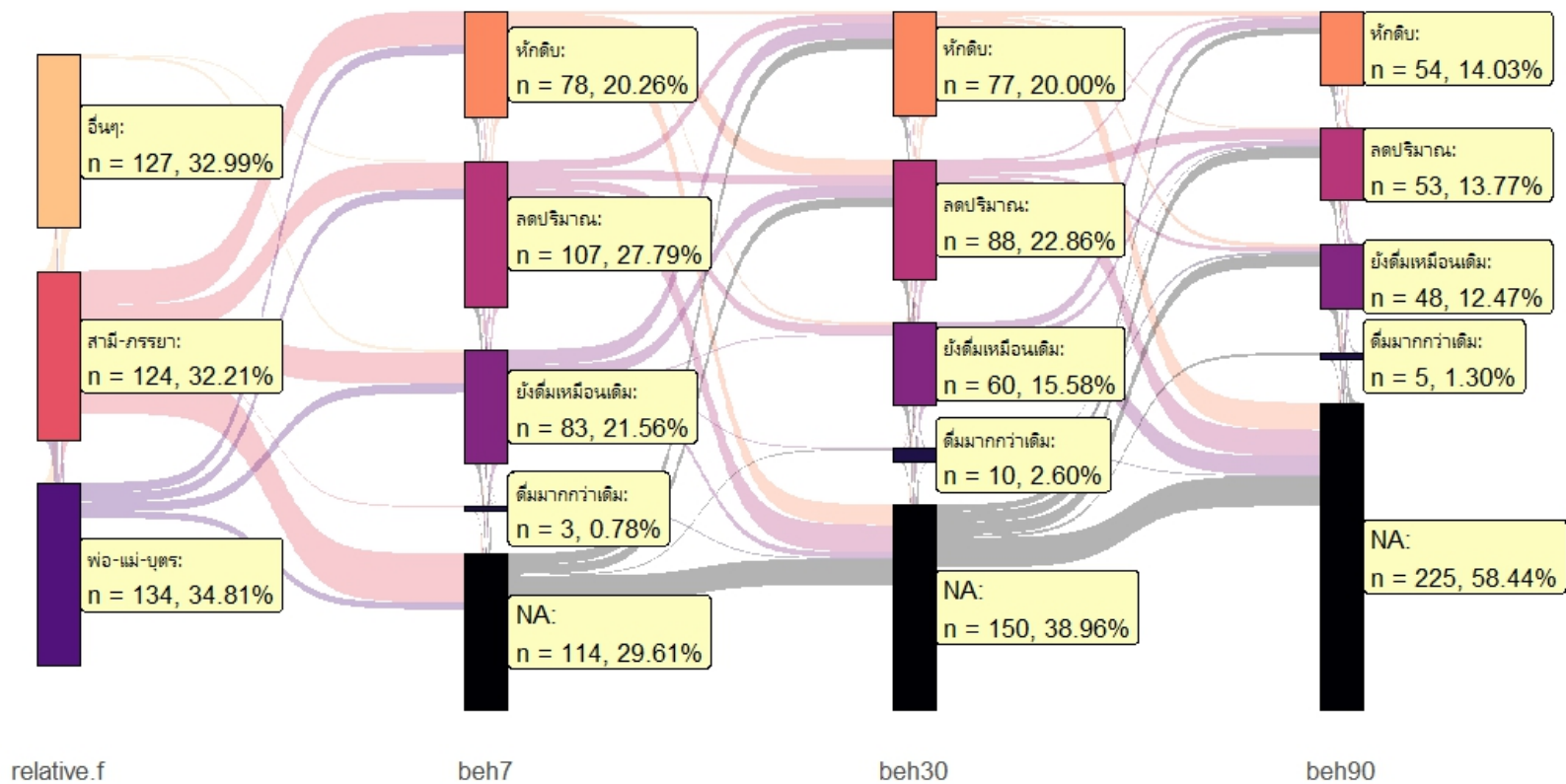


รูปที่ 26 ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่ม ซึ่งรายงานโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบ²

² การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่ม ประเมินโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม มีทั้งหมด 4 รูปแบบ ได้แก่ ดื่มมากกว่าเดิม (More) ยังดื่มเหมือนเดิม (Same) ดื่มลดปริมาณลง (Less) และหักดิบ (Cut down)



รูปที่ 27 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มที่รายงานโดยผู้ได้รับผลกระทบ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับ SBIRT
Beh7: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 7 วัน, Beh30: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 30 วัน, Beh90: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 90 วัน



รูปที่ 28 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มที่รายงานโดยผู้ได้รับผลกระทบ ในกลุ่มที่ได้รับ SBIRT
 Beh7: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 7 วัน, Beh30: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 30 วัน, Beh90: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 90 วัน

บทที่ 5 วิจัยและสรุปผลการดำเนินงาน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ทีมวิจัยได้จัดทำในระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลด้านประสิทธิผล พบว่า มาตรการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาการดื่มสุราโดยสามารถลดระดับความเสี่ยง (AUDIT) ได้ ซึ่งไม่ได้ด้อยไปกว่ามาตรการให้หนังสือหรือคู่มือร่วมกับการโทรศัพท์เชิงรุก และพบว่ามีแนวโน้มต่อการลดลงของจำนวนวันดื่มจาก 18.2 เป็น 13.7 วัน อย่างไรก็ตามเมื่อคำนึงถึงบริบทของการให้บริการของศูนย์ฯ 1413 การวัดระดับความเสี่ยงนั้นมีความแตกต่างแต่ไม่ได้มีความสำคัญในเชิงผลกระทบของการให้บริการ โดยศูนย์ฯ 1413 ดำเนินการคัดกรองและให้คำปรึกษาตามรูปแบบของเครื่องมือ ASSIST ที่เจาะจงสำหรับผู้ดื่มสุรา แม้จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการใช้เครื่องมือ ASSIST สำหรับประเมินผู้เข้ารับการศึกษา แต่เครื่องมือ AUDIT และ ASSIST ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราที่มีความน่าเชื่อถือด้านสถิติ (48, 49) และสามารถนำผลลัพธ์ของการทบทวนวรรณกรรมนี้มาเป็นส่วนในการสนับสนุนการศึกษาประสิทธิผลของศูนย์ฯ 1413 อย่างไรก็ตาม ผลจากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากต่างประเทศ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานจริง (real-world data) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม หรือกฎหมายต่าง ๆ ดังนั้น การประเมินประสิทธิผลจากการดำเนินงานจริงจึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการ 1413 สายเล็กเหล่านีในอนาคต และใช้สำหรับตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายมาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคต่อไป

สำหรับผลการศึกษาในรายงานฉบับนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลจากการดำเนินการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของศูนย์ฯ 1413 โดยภาพรวมพบว่า ผู้ดื่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีจำนวนนักดื่มเพศชายมากกว่าเพศหญิง (50) และอายุที่โทรศัพท์เข้ามาใช้บริการสอดคล้องกับข้อมูลความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบัน ซึ่งประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) มีความชุกสูงที่สุด (50) และยังพบว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่ที่โทรเข้ามาอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ และปริมณฑล ขณะที่จังหวัดที่มีดัชนีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด 3 อันดับแรกของประเทศ พ.ศ. 2564 ได้แก่ น่าน เชียงราย และแพร่ (50) จึงอาจเป็นไปได้ว่าประชากรยังไม่ทราบข่าวหรือไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์บริการของศูนย์ฯ 1413 ในประเด็นด้านการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ที่ baseline ปริมาณการดื่มมาตรฐาน (standard drink) ที่ผู้ดื่มรายงานสูงถึง เฉลี่ย 15 ดื่มมาตรฐานต่อคน ซึ่งต่างจากมาตรฐานของประเทศใน พ.ศ. 2560 ระบุไว้เพียง 5.4 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อคน (50) อาจเนื่องมาจากผู้ที่โทรเข้ามาใช้บริการเป็นผู้ดื่มที่มีปัญหาอันเนื่องมาจากการดื่มในปริมาณที่สูงและอยู่ในภาวะการมีความเสี่ยงจากการดื่มสุราได้มากกว่าประชากรทั่วไป

ในด้านประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาของสายเล็กเหล่านี 1413 พบว่า การได้รับ SBIRT อาจช่วยให้ผู้ดื่มลดหรืองดการหยุดดื่มได้ ดังจะเห็นได้จากการลดลงของ ASSIST score และระดับความเสี่ยงที่ลดลง เมื่อครบระยะติดตามที่ 90 วัน แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Säfsten E. และคณะ (2019) (25) ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI with components of CBT) และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมกับการให้การบำบัดแบบสั้น (brief structured intervention) ในประเทศสวีเดน ซึ่งพบว่าการลดการดื่มแบบเสี่ยงต่ออันตราย (hazardous drinking) และแบบอันตราย (harmful drinking) เมื่อเวลาผ่านไปโดยรวมแล้วในการติดตามผลที่เวลา 6 เดือน พบว่า 2 ใน 3 ของอาสาสมัครเปลี่ยนมาอยู่ในระดับความเสี่ยงที่ต่ำ (lower risk-level) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างมาตรการทั้งสอง จะเห็นได้ว่าการให้

คำปรึกษาของศูนย์ฯ 1413 ใน baseline ผู้ดื่มส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลางและสูงเช่นกัน และเมื่อครบระยะติดตามที่ 90 วัน มีผู้ดื่มเปลี่ยนมาอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำจนกระทั่งมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงเพียง ร้อยละ 8 อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก dropout rate ค่อนข้างสูง จึงอาจเป็นไปได้เช่นกันว่า ผู้ดื่มที่ไม่สามารถติดตามได้อาจอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มักใช้ AUDIT score ซึ่งจำเพาะกับการดื่มสุรา ต่างจากแบบประเมิน ASSIST ที่มีการสอบถามการใช้สิ่งเสพติดอื่น ๆ ประกอบด้วย ดังนั้น จึงเป็นข้อจำกัดของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การศึกษามีข้อมูลเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบจำกัด

ในประเด็นของ percent days abstinent ที่ระดับต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดื่มไม่สามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด สอดคล้องกับการศึกษาของอิงอร (31) ที่ระบุว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ด้วยรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ มี percent days abstinent เพิ่มขึ้นร้อยละ 45.53 (baseline: 16.32, 6 เดือน: 61.84) ซึ่งหมายถึง ผู้ดื่มไม่สามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด (percent days abstinent 100) ผลการ survival analysis พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้ 30 วัน ซึ่งการได้รับ SBIRT มากกว่า 1 ครั้ง มีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการได้รับเพียงแค่ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่าการได้รับ SBIRT อย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับ SBIRT จะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของ ASSIST score แต่ข้อมูลยังไม่เพียงพอที่จะสรุปผลว่าการได้รับ SBIRT จะมีผลต่อการหยุดดื่ม (abstinence) และการลดลงของ ASSIST score เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับ SBIRT รวมถึงไม่มีข้อมูลจำนวนหรือรายละเอียดของผู้ใช้บริการสายเลิกเหล้า 1413 ที่ได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล ซึ่งน่าจะเป็นประเด็นพัฒนาระบบบริการของ 1413 ซึ่งช่วยสนับสนุนให้มีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น

ในประเด็นด้านผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรานั้น ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกันระหว่าง baseline และที่ระยะติดตาม 90 วัน ทั้งในผู้ได้รับคำปรึกษาแบบ SBIRT และผู้ที่ไม่ได้รับ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่มีจำนวนน้อยจึงไม่อาจสรุปผลได้อย่างชัดเจนว่าผลของการให้บริการแก่ผู้ได้รับผลกระทบส่งผลต่อให้ดื่มได้มีประสิทธิภาพจริงหรือไม่ ทั้งยังเป็นการรายงานจากผู้ได้รับผลกระทบ (proxy) ไม่ใช่จากตัวผู้ดื่มเองจึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการรายงานโดยตรงจากผู้ดื่ม ผลการศึกษานี้ จึงอาจต่างจากผลการศึกษาของกนกลักษณ์ และคณะ (2560) (32) ซึ่งพบว่า ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังให้คำปรึกษา 6 เดือน

ประเด็นของการบริการให้คำปรึกษาของศูนย์ฯ 1413 นี้มีลักษณะเหมือนการศึกษาประสิทธิภาพของการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือต่อการรับบริการเลิกบุหรี่และการตัดสินใจเลิกบุหรี่รวมทั้งประเมินความคุ้มค่าของมาตรการการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ของไทย (สายด่วนเลิกบุหรี่ 1600) โดยปฤษฎพร และคณะ (2562) (51) ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) ที่เป็นทางเลือกให้ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงระบบช่วยเหลือทางสุขภาพได้มากขึ้น และเป็นการลดต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง ดังนั้น การมีบริการสายเลิกเหล้า 1413 จึงอาจนับได้ว่าเป็นหนึ่งในทางเลือกที่ให้ผู้ต้องการใช้บริการได้มีทางเลือกและเข้าถึงระบบช่วยเหลือทางสุขภาพได้มากขึ้น หากมีการศึกษาข้อมูลด้านต้นทุนประกอบการตัดสินใจดังเช่นการศึกษาสายด่วนเลิกบุหรื่อดังกล่าว

ที่ผ่านมา มีการศึกษาความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (52) ด้วยแบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) หรือแบบประเมิน ASSIST ร่วมกับการให้คำแนะนำอย่างสั้นและการบำบัดในบริบทของประเทศไทย เทียบกับการไม่คัดกรอง (มาตรการมาตรฐาน ณ ขณะนั้น) ผลการศึกษาคัดกรอง

ด้วย ASSIST มีความคุ้มค่าอย่างเด่นชัดในประชากรอายุ 15–59 ปี ทั้งชายและหญิง โดยปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อการกำหนดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรอง คือ การให้คำแนะนำอย่างสั้นร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการให้บริการของสายเลิกเหล้า 1413 ที่ไม่เพียงให้การคัดกรองแก่ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ รวมเรียกการคัดกรองผู้เข้ายาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดและส่งต่อ (Screening Brief Intervention and Referral to treatment; SBIRT) จึงมีความเป็นไปได้ว่าการให้บริการของสายเลิกเหล้า 1413 จะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หากแต่ต้องมีการศึกษาต้นทุนของการบริการที่เกิดขึ้นจริงในปัจจุบันประกอบการพิจารณา

ในประเด็นด้านคุณภาพชีวิต การศึกษานี้พบว่าผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตในรูปแบบของคะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาโดยรักมณี และคณะ ซึ่งประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของมาตรการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย (35) ที่ระบุว่า มาตรการคัดกรองผ่านสายเลิกเหล้า 1413 (ชื่อที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าว) จะเป็นมาตรการที่มีโอกาสเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 49 และ 51 ในเพศชายและหญิง ตามลำดับ) หากความเต็มใจจ่าย (willingness to pay; WTP) เท่ากับ 0 บาท/ปีสุขภาวะ ซึ่งเป็นจุดที่สังคมจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการลงทุนจ่ายการบริการคัดกรองผ่านสายเลิกเหล้า 1413 ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าและเพิ่มอรรถประโยชน์ในรูปของจำนวนปีสุขภาวะได้ โดยต้นทุนต้องไม่มากกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษาดังกล่าวที่อาจต้องพึงพิจารณาได้แก่ ต้นทุนที่ใช้ในการศึกษาสำหรับมาตรการที่ 4 - การคัดกรอง ASSIST ใน hotline สายด่วน 1413 เป็นการอ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิผลของการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือต่อการรับบริการเลิกบุหรี่ (สายด่วน iCanQuit program) โดยปฤษฎร และคณะ (2562) (51) ซึ่งเป็นการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือต่อการรับบริการเลิกบุหรี่และการตัดสินใจเลิกบุหรี่ ไม่ใช่การโทรศัพท์พูดคุยเพื่อคัดกรองหรือให้คำแนะนำอย่างสั้นซึ่งคาดว่าจะการให้บริการด้วยการคัดกรอง ASSIST ใน hotline สายด่วน 1413 น่าจะมีต้นทุนในการดำเนินการ (operating cost) การลงทุน (capital cost) และค่าแรง (labor cost) สูงกว่าเนื่องจากใช้ทรัพยากรมากกว่า การศึกษาโดยรักมณี และคณะ (35) แนะนำว่าควรมีการศึกษาต้นทุนของ hotline สายด่วน 1413 อีกครั้งเพื่อความแม่นยำในการนำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายเพราะส่งผลกระทบโดยตรงกับความคุ้มค่าของมาตรการ นอกจากนี้ ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความคุ้มค่าหรือการเปลี่ยนแปลงค่า ICER มากที่สุดจากการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนแบบอาศัยความน่าจะเป็น (probabilistic sensitivity analysis: PSA) คือ ความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงที่โทรเข้ามาใช้บริการสายเลิกเหล้า 1413 ซึ่งหากมีจำนวนเพิ่มขึ้นจะทำให้ค่า ICER ลดลงจึงสอดคล้องว่าการดำเนินงานของสายเลิกเหล้า 1413 จึงควรมีการเพิ่มจำนวนบริการให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความคุ้มค่าในการลงทุน

ในประเด็นด้านนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานพบว่า ที่ผ่านมา ยังไม่มีกฎหมายและ พ.ร.บ. ที่บัญญัติเพื่อการบำบัดผู้ติดสุราโดยตรง ปัจจุบัน พบว่ามีเพียงร้อยละ 7 ของประชากร 2.7 ล้านคน ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) ได้เข้ารับบริการสุขภาพ (53) ดังนั้น การมีบริการสายเลิกเหล้า 1413 จะถือได้ว่าเป็นการช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดสำหรับกลุ่มประชากรที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ การดำเนินงานของสายเลิกเหล้า 1413 มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบสุขภาพ มีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (54) นอกจากนี้ ยังตอบสนองต่อมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ระดับประเทศ ดังนี้ (1) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี ของ สสส. ในประเด็นที่ 2 ว่าด้วยเรื่องการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (55) ซึ่งระบุขอบเขตงานและเป้าหมายในการขยายการเข้าถึงบริการนอกระบบสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ และ

(2) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565–2570) กลยุทธ์ที่ 3 อันมีเป้าหมายให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (56) ซึ่งบริการสายเลิกเหล้า 1413 ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการ จำนวน 12 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการระบุตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงต้นทุนของการดำเนินงาน เช่น ต้นทุนต่อการให้คำปรึกษาต่อผู้ใช้บริการ 1 ราย เป็นต้น

นอกจากนี้ ข้อจำกัดในด้านงบประมาณและการสนับสนุนระยะยาวยังเป็นอุปสรรคต่อการขยายผลและยกระดับคุณภาพของบริการนอกระบบสุขภาพ ดังนั้น การกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถติดตามประเมินผลการให้บริการของสายเลิกเหล้า 1413 ต่อการลดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับการเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานต่อไป ซึ่งจะทำให้บริการสายเลิกเหล้า 1413 และบริการนอกระบบสุขภาพอื่น ๆ เกิดความยั่งยืนและเพิ่มการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

หากพิจารณาถึงการเบิกจ่ายของสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายบริการสาธารณสุขใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2567 (57) กำหนดให้มีการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยระบุเกณฑ์ผู้ที่เข้าข่ายสามารถเข้ารับบริการและกำหนดให้มีการเบิกจ่ายดังต่อไปนี้ (1) อายุ 15-34 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี และ (2) อายุ 35-59 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 150 บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม ในรายที่มีระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางขึ้นไป ผู้ให้คำปรึกษาจะส่งพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและพิจารณาการรักษาด้วยยาต่อไป ซึ่งหมายความว่า หากบริการสายเลิกเหล้า 1413 สามารถช่วยคัดกรองและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลได้ก็จะทำให้มีอัตราการคัดกรองหรือการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพนอกโรงพยาบาล ดังเช่นบริการสายเลิกเหล้า 1413 โดยพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการกำหนด KPI การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ในการตัดสินใจเพื่อบรรจุในสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางเลือกจึงน่าจะมีประโยชน์ต่อประชาชนไทย ขณะเดียวกัน สายเลิกเหล้า 1413 เองมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานเพื่อรองรับภาระงานที่อาจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น สายเลิกเหล้า 1413 ควรดำเนินการติดตามข้อมูลผู้ดื่มสุราให้มีจำนวน เครื่องคิด มี protocol ที่ชัดเจน และจำนวนอาสาสมัครมากขึ้น เพื่อลดความไม่แน่นอนของผลการวิเคราะห์ และควรปรับปรุงด้านการจัดเก็บข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการในระบบบริการสุขภาพ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เน้นนำเสนอเฉพาะข้อมูลประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาของสายเลิกเหล้า 1413 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้จำเป็นอย่างมากก่อนที่จะทำการประเมินความคุ้มค่าของมาตรการก่อนบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนไทย และในกรณีที่พิจารณาบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์อาจต้องทำการศึกษาในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ต้นทุนการดำเนินงานของสายเลิกเหล้า 1413 (35, 52) อัตราการส่งต่อผู้มีปัญหา เพื่อเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล ร้อยละของจำนวนผู้ใช้บริการที่ติดตามและประเมินผลลัพธ์ได้ ร้อยละของการกลับมาคัดกรองซ้ำในปีถัดไป เป็นต้น รวมถึงการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของสายเลิกเหล้า 1413 เช่น จำนวนบุคลากร ภาระงานในปัจจุบัน เป็นต้น เพื่อให้มีข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบายครอบคลุมมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

- การศึกษาครั้งนี้วางแผนติดตามข้อมูลผู้ใช้บริการรายใหม่เป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังได้รับคำปรึกษาจากสายเลิกเหล้า 1413 เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาที่ใช้ในการทำวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของอิงอร ที่แนะนำว่าควรมีการติดตามที่นานขึ้น เช่น 6 เดือน-1 ปีหลังจากเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา อย่างไรก็ตามพบว่าอาสาสมัครที่สามารถติดตามได้ไม่มีข้อมูลเพียงพอถึงระยะ 6 เดือน ทีมวิจัยจึงใช้ข้อมูลที่ 3 เดือนเนื่องจากมีข้อมูลที่สามารถใช้วิเคราะห์ได้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ 3 เดือนยังถือว่ามีย่านน้อย ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรทำด้วยความระมัดระวัง
- การกระจายตัวของข้อมูลมีลักษณะของ skew distribution รวมถึง censored data จำนวนมาก ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้การวิเคราะห์ด้วย regression ได้ (assumption violation) รวมทั้งไม่สามารถวิเคราะห์ผลด้วยการใช้ regression analysis ได้เนื่องจากมีข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การใช้ survival analysis จึงมีความเหมาะสมกับข้อมูลที่มี ทั้งนี้ การศึกษาในอนาคตอาจใช้วิธีวิเคราะห์ mixed-effects model ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของผลลัพธ์และตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ASSIST score โดยวิธีวิเคราะห์ mixed-effects model มีข้อดีคือ เป็นสถิติที่สามารถใช้ได้กับตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ ครอบคลุมทั้งผลกระทบค่าเฉลี่ยระดับประชากรและเฉพาะบุคคล เนื่องจากมีการใช้ random effect มาพิจารณาร่วมด้วยในการอธิบายแนวโน้มของแต่ละบุคคล จึงเป็นการพิจารณาผลกระทบพร้อม ๆ กันได้ (58)
- เนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ที่โทรเข้ามาที่สายเลิกเหล้า 1413 ได้รับบริการการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นส่วนใหญ่จึงทำให้มีข้อมูลของผู้ที่ไม่ได้รับบริการเสริมสร้างแรงจูงใจ (กลุ่มเปรียบเทียบ) น้อย ประกอบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการดังกล่าวอาจเป็นไปได้ว่าไม่ได้มีความรุนแรงของการดื่มมากจึงทำให้เจ้าหน้าที่ของสายเลิกเหล้า 1413 ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้และ lost to follow up ส่งผลให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์กับการไม่มีบริการของสายเลิกเหล้า 1413 ในเชิงสถิติได้

บทที่ 6 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมประสิทธิผลการบริการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ที่ดำเนินการระหว่างการศึกษาเก็บข้อมูลประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบ SBIRT ของสายเลิกเหล้า 1413 ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประสิทธิภาพของมาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการเสพติดไม่มีความแตกต่างไปจากมาตรการอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาทั่วไป การแจกแผ่นพับ เป็นต้น จึงอาจถือได้ว่ามาตรการดังกล่าวมีประโยชน์ในแง่ของการเป็นบริการทางเลือกแก่ประชากรกลุ่มเฉพาะ/กลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่เข้าถึงสถานบริการได้ยาก หรือกลุ่มที่ไม่ต้องการแสดงตนเนื่องจากอาการจากการไปรับบริการในสถานพยาบาล หรือการตีตราจากชุมชน ซึ่งการมีบริการทางเลือกนี้จะช่วยเสริมสร้างการเข้าถึงของผู้ที่ต้องการลดหรือเลิกการดื่มสุราและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ อย่างไรก็ตาม การนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านประสิทธิผลจากการดำเนินการจริงในประเทศ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์มีแนวโน้มที่จะช่วยลดระดับความเสี่ยง และระดับ ASSIST score ได้แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแต่ได้รับคำปรึกษาโดยการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ ขณะที่กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบยังมีความไม่แน่นอนของข้อมูล ซึ่งมีความจำเป็นต้องติดตามในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และมีระยะเวลาติดตามนานขึ้นทั้งกลุ่มผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบ รวมถึงการปรับปรุงด้านการจัดเก็บข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ หากมีการปรับปรุงแบบสอบถามให้กระชับขึ้น รวมถึงการลดจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม อาจช่วยลดเวลาในการตอบคำถาม และอาจลดอัตราการขาดการติดตาม (lost follow-up) ของผู้ใช้บริการ

ในกรณีที่พิจารณาบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์อาจต้องทำการศึกษาในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ต้นทุนการดำเนินงานของสายเลิกเหล้า 1413 อัตราการส่งต่อผู้มีปัญหาฯ เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละของจำนวนผู้ใช้บริการที่ติดตามและประเมินผลลัพธ์ได้ ร้อยละของการกลับมาคัดกรองซ้ำในปีถัดไป เป็นต้น รวมถึงการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของสายเลิกเหล้า 1413 เช่น จำนวนบุคลากร ภาระงานในปัจจุบัน เป็นต้น เพื่อให้มีข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบายครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ 2559.
2. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, สาวิตรี อัมมฉัตรกรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
3. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมมฉัตรกรชัย, et al. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ 2557.
5. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva 2014.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี 2560.
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. การทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการส่งเสริมสมรรถนะด้านการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างยั่งยืน. 2567.
8. สรุปลงความเข้าใจการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [press release]. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2564.
9. สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์. รู้จักที่มา วันงดดื่มสุราแห่งชาติ 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. Available from: <https://msto.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetail.php?id=260>.
10. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: คณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; 2561.
11. ศิริพร จิรวัดนกุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, นิลุบล รุจิประเสริฐ. บทเรียนจากการพัฒนาบริการสายด่วนช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์. Thai Journal of Nursing Council 2559;31(3 July-September).
12. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition. New York, NY, US: Guilford Press; 2013.
13. แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566.
14. มาตรฐานการให้บริการบริการด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: คณะทำงานจัดทำมาตรฐานผู้ให้บริการด้านจิตวิทยาการปรึกษา ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
15. เกี่ยวกับเรา: ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (1413 สายด่วนเลิกเหล้า); มปป. [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2567]. Available from: <https://1413.in.th/about/>.
16. กุมาริ พักษิ, ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, นิชาติ มูลคำ, เอมิเลียณีย์ ประทุมสุวรรณ, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, วรณฤดี อีสรานุวัฒน์ชัย. กระบวนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อและการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหา

และ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ เข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP 2566). นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2566.

17. Danielsson AK, Eriksson AK, Allebeck P. Technology-based support via telephone or web: a systematic review of the effects on smoking, alcohol use and gambling. *Addict Behav.* 2014;39(12):1846-68.
18. Mello MJ, Baird J, Lee C, Strezsak V, French MT, Longabaugh R. A Randomized Controlled Trial of a Telephone Intervention for Alcohol Misuse With Injured Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med.* 2016;67(2):263-75.
19. Wongpakaran T, Petcharaj K, Wongpakaran N, Sombatmai S, Boripuntakul T, Intarakamhaeng D, Wannarit K. The effect of telephone-based intervention (TBI) in alcohol abusers: a pilot study. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(7):849-56.
20. 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 outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(8):1372-9.
21. 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.
22. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, Barros HM. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999).* 2013;35(3):254-61.
23. Heinemans N, Toftgård M, Damström-Thakker K, Galanti MR. An evaluation of long-term changes in alcohol use and alcohol problems among clients of the Swedish National Alcohol Helpline. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2014;9(1):22.
24. Ahacic K, Nederfeldt L, Helgason Á R. The national alcohol helpline in Sweden: an evaluation of its first year. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014;9:28.
25. Säfsten E, Forsell Y, Ramstedt M, Damström Thakker K, Galanti MR. A pragmatic randomised trial of two counselling models at the Swedish national alcohol helpline. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):213.
26. Best D, Hall K, Guthrie A, Abbatangelo M, Hunter B, Lubman D. Development and implementation of a structured intervention for alcohol use disorders for telephone helpline services. *Alcoholism Treatment Quarterly.* 2015;33(1):118-31.
27. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):843-61.
28. Alipour V, Azami-Aghdash S, Rezapour A, Derakhshani N, Ghiasi A, Yusefzadeh N, et al. Cost-effectiveness of multifactorial interventions in preventing falls among elderly population: a systematic review. 2021;9(4):159.
29. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson L, Lamb SEJCdosr. Interventions for preventing falls in older people living in the community. 2012(9).

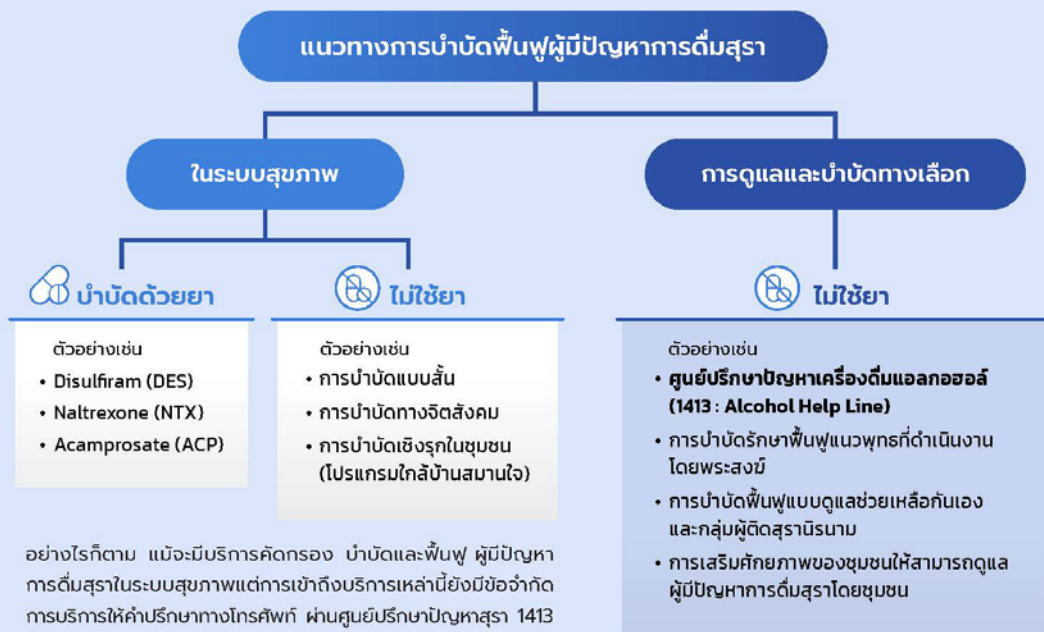
30. Gates P. The effectiveness of helplines for the treatment of alcohol and illicit substance use. *Journal of telemedicine and telecare*. 2015;21(1):18-28.
31. Engorn Assawathepmetha. Effectiveness of Telephone Motivational Enhancement Therapy Counseling for Alcohol Abusers: Phramonkutklao Hospital; 2015.
32. Sirirungwatthanakul K, Saengcharnchai P, Leelahanaaj T. The Effectiveness of Telephone Motivational Enhancement Therapy Counseling for Significant Others of Alcohol Abusers. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2017;62(4):13.
33. Holm AL, Veerman L, Cobiac L, Ekholm O, Diderichsen F. Cost-effectiveness of preventive interventions to reduce alcohol consumption in Denmark. *PLoS One*. 2014;9(2):e88041.
34. Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med*. 2001;52(6):863-70.
35. รักมณี บุตรชน, ชุตติมา คำดี, ชลธิชา จันทร์แจ่ม, พัชรรา ลีฬหรวงศ์. รายงานวิจัยการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของมาตรการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2563.
36. วรวิทย์ จันทรสถาพรจิต, พัชรรา ลีฬหรวงศ์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. รายงานการประเมินต้นทุนประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ AUDIT หรือ ASSIST ร่วมกับการให้คำแนะนำอย่างสั้นในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
37. Prendergast ML, Cartier JJ. Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for offenders: protocol for a pragmatic randomized trial. *Addict Sci Clin Pract*. 2013;8(1):16.
38. Guille C, Maldonado L, Simpson AN, Newman R, King C, Cortese B, et al. A Non-Randomized Trial of In-Person Versus Text/Telephone Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment for Pregnant and Postpartum Women. *Psychiatr Res Clin Pract*. 2021;3(4):172-83.
39. Levy S, Fuller A, Kelly S, Lunstead J, Weitzman ER, Straus JH. A Phone Consultation Call Line to Support SBIRT in Pediatric Primary Care. *Front Psychiatry*. 2022;13:882486.
40. Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM, von Sternberg K, Maxson T, Garcia N. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. 2012;130(1):115-22.
41. Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, Polansky R, Sachs CJ, Duber HC, et al. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *West J Emerg Med*. 2017;18(6):1143-52.
42. กนิษฐา ไทยกล้า, ผศ.ดร.อภินันท์ อร่ามรัตน์, อัจฉณงค์กรชัย รดส. Thai Drinking Survey Guide 2553 [Available from: <https://www.rihes.cmu.ac.th/rihes2010/th/add/filesPDF/1277783207thai-drinking.pdf>.

43. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsir S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L Valuation study in Thailand. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018;18(5):551-8.
44. Sirirungwatthanakul K, Saengcharnchai P, Leelahanaaj T. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากดื่มสุรา. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2017;62(4):309-22.
45. Nguyen TT, Säfsten E, Andersson F, Galanti MR. Randomised controlled study of two counselling models at the Swedish alcohol helpline: Effectiveness and sustainability outcomes at 12-month follow-up. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift : NAT.* 2022;39(2):163-74.
46. Constant H, Ferigolo M, Barros HMT, Moret-Tatay C. A clinical trial on a brief motivational intervention in reducing alcohol consumption under a telehealth supportive counseling. *Psychiatry research.* 2021;303:114068.
47. Conner KR, Maisto SA, Abar B, Szafranski S, Chiang A, Hutchison M, et al. Brief, cognitive-behavioral intervention to promote treatment seeking in adults with severe alcohol use disorder: A randomized controlled trial. *Addiction (Abingdon, England).* 2023;118(12):2342-51.
48. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction (Abingdon, England).* 2008;103(6):1039-47.
49. Källmén H, Berman AH, Jayaram-Lindström N, Hammarberg A, Elgán TH. Psychometric Properties of the AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and ASSIST-Y among Swedish Adolescents. *European addiction research.* 2019;25(2):68-77.
50. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565. Contract No.: 2565-1.
51. Kingkaew P, Khuntha S, Hadnorntun P, Leelahavarong P. Development and evaluation of mobile-based health behaviour change intervention to support tobacco smoking cessation in Thailand Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health, Thailand; 2019.
52. วรวิทย์ จันทรสถาพรจิต, พัชรรา ลีฬหวงศ์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประชากรในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2556;7(4).
53. รุ่งนภา คำผาง, ดนัย ชินคำ, พรธิดา หัดโนนตุ่น, สุภิกา เชื้อจิว, จิราธร สุตะวงศ์, เอมอริลินญ์ ประทุมสุวรรณ. การเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2564.
54. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2567. 2561. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/93de21f18fd1afe9db9efddc4c5e77b5.pdf#page=1.00>.

55. สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทิศทางเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ; 2564.
56. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570). เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2567. 1 กรกฎาคม 2565.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1380520230203042219.pdf#page=45.00>.
57. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2567. 2567.
58. พงษ์เดช สารการ, ภูลกร จำปาหวาย. ภาพรวมของข้อมูลระยะยาว ข้อจำกัดและทางเลือกที่เหมาะสมของวิธีการทางสถิติ: การวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาวในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. J Med Health Sci. 2564;28(1):184 - 97.



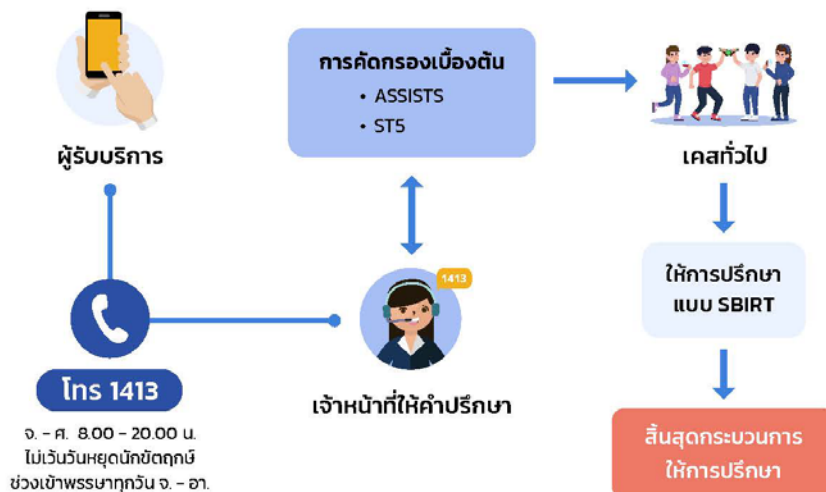
แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย



อย่างไรก็ตาม แม้จะมีบริการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพแต่การเข้าถึงบริการเหล่านี้ยังมีข้อจำกัด การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผ่านศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 ซึ่งเป็นบริการนอกกระบวนการสุขภาพหรือบริการทางเลือก จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ใช้บริการผลกระทบมากขึ้น

รูปแบบการให้บริการของ 1413

ระบบบริการทางโทรศัพท์ 1413 ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

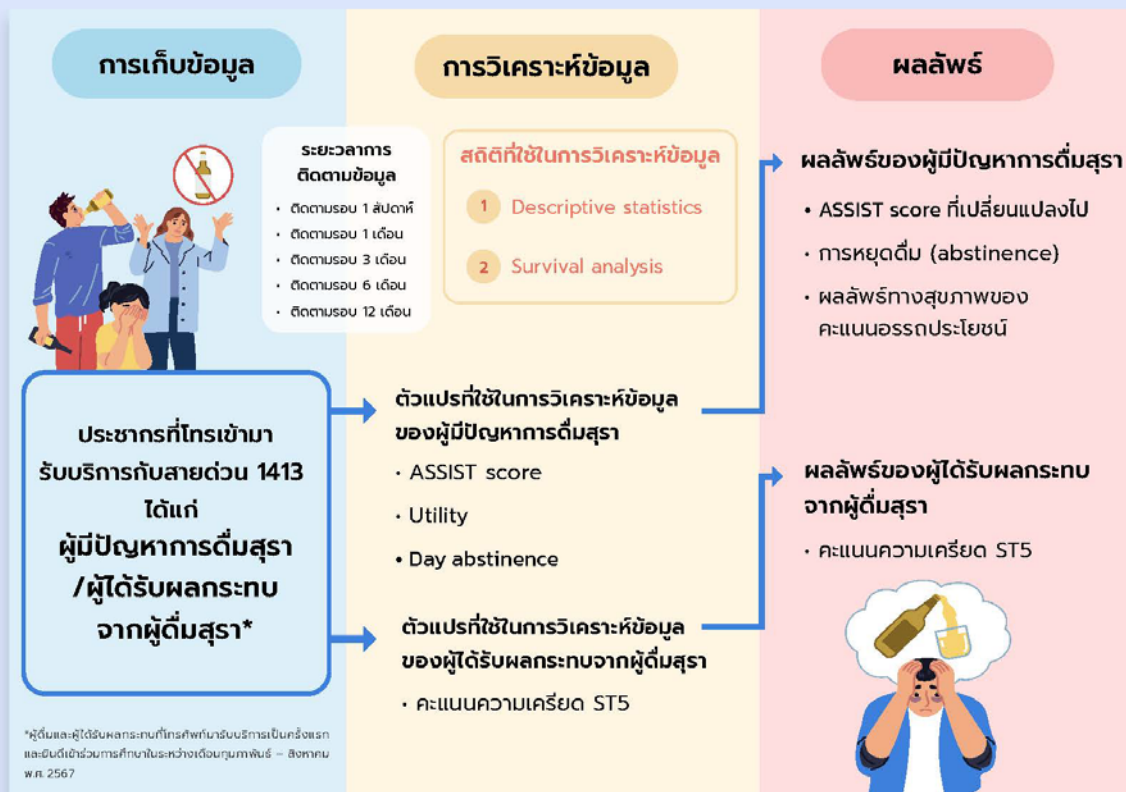


*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) เป็นส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษาแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ (Telephone Motivational Enhancement Therapy; T-MET) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้ารับบริการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วน 1413) ในการช่วยงด/ลดการดื่มสุรา
- 2 เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในรูปแบบของคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้ใช้บริการผ่านศูนย์ปรึกษา (ผู้ดื่มสุราหรือผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา) เพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วน 1413) ในกรณีที่ต้องการบรรเทาการให้บริการสายด่วน 1413 ในชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศไทย

กระบวนการดำเนินการศึกษา



สรุปผลการศึกษา

- การให้คำปรึกษาด้วยมาตรการ SBIRT อาจมีประสิทธิผลช่วยลด/งดการดื่มสุรา รวมทั้งลดระดับความเสี่ยงของผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยเฉพาะผู้ดื่มระดับความเสี่ยงปานกลางและสูง
- โดยเฉลี่ยผู้ดื่มสามารถหยุดดื่มได้ 30 วัน ทั้งในกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาและไม่ได้รับคำปรึกษาด้วยมาตรการ SBIRT
- การให้คำปรึกษาด้วยมาตรการ SBIRT อาจช่วยลดระดับความเครียดแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา



ข้อเสนอแนะการศึกษา

- ควรติดตามข้อมูลของผู้ดื่มสุราให้มีจำนวนมากขึ้นและให้สมบูรณ์ที่สุด รวมถึงข้อมูลจำนวนอาสาสมัครเพื่อการเปรียบเทียบมาตรการให้มีเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดความไม่แน่นอนของผลการวิเคราะห์
- ศูนย์รักษาปัญหาสุรา 1413 ควรปรับปรุงด้านการจัดเก็บข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ดื่มอย่างต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ
- ควรปรับปรุงแบบสอบถามให้กระชับขึ้น รวมถึงการลดจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม อาจช่วยลดเวลาในการตอบคำถาม และอาจลดอัตราการขาดการติดตาม (lost follow-up) ของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- มาตรการการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสุราและการเสพติด มีประโยชน์ในแง่ของการเป็นบริการทางเลือกแก่ประชากรกลุ่มเฉพาะ/กลุ่มเปราะบางกลุ่มที่เข้าถึงสถานบริการได้ยากหรือกลุ่มที่ไม่ต้องการแสดงตนเนื่องจากอายจากการไปรับบริการในสถานพยาบาล หรือการตีตราจากชุมชน ซึ่งการมีบริการทางเลือกนี้จะช่วยเสริมสร้างการเข้าถึงของผู้ที่ต้องการลดหรือเลิกการดื่มสุราและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้
- ควรวิเคราะห์ต้นทุนการบริการของศูนย์รักษาปัญหาสุรา 1413 ในกรณีที่พิจารณาบรรจุเข้าชุดสิทธิประโยชน์อาจต้องทำการศึกษาในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ต้นทุนการดำเนินงานของสายด่วน 1413 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหาฯ เพื่อเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลร้อยละของจำนวนผู้ใช้บริการที่ติดตามและประเมินผลลัพธ์ได้ร้อยละของการกลับมาติดการบริโภคซ้ำในปีถัดไป เป็นต้น รวมถึงการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของศูนย์ 1413 เช่น จำนวนบุคลากร ภาระงานในปัจจุบัน เป็นต้น เพื่อให้มีข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบายครอบคลุมมากขึ้น

ผู้เขียน



นายณภัตต์
อธิบดี



นางสาวเนอรธิลณัฏฐ์
ประทุมสุวรรณ



นางสาวศุภสุดา
โพธิ์โสริย



นางสาวจิราธร
สุดวงค์



ดร. ภณ สุธาสินี
คำหลวง

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการประเมินประสิทธิภาพการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกสุราผ่านศูนย์รักษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วน 1413) ได้รับการสนับสนุนทุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



HITAP Foundation เป็นองค์กรวิจัยที่ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจดำเนินนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น รวมถึงทำการประเมินเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ต่าง ๆ ในองค์กรภาครัฐ

ติดต่อ: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สำนักงานใหญ่ : 88/22 หมู่ที่ 4 อาคาร 6 ชั้น 6 ถนนพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร 11000

โทร. : 0 2590 4549, 0 2590 4374-5
โทรสาร : 0 2590 4369

อีเมล: comm@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้
สิทธิ์ที่พหุคอมมอนส์ แสดงที่มา
ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง

