

EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PHONELINK PROGRAM AMONG PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AFTER DISCHARGE FROM SUANPRUNG HOSPITAL, CHIANG MAI PROVINCE

*Chamaipron Vongprom, M.N.S. *, Hunsu Sethabouppha, Ph.D. **, Sombat Skulphan, RN, Ph.D. ****

Abstract

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of implementing a Phonelink program among persons with alcohol dependence after discharge from Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province, from January to March 2021.

Methods: This study was an operational study which the 42 samples were purposively selected from three specific groups: 1) eighteen persons with alcohol dependence, 2) eighteen relatives of persons with alcohol dependence, and 3) six health care team members who implemented the program. The instruments used in this study were: 1) Phonelink Program; 2) Demographic Data Questionnaire; 3) TimeLine Follow Back; 4) Readmission record form according to the indicators of Suanprung Psychiatric Hospital; 5) The Opinion of Health Care Team Members Questionnaire; 6) the Opinion of Persons with Alcohol Dependence Questionnaire, and 7) the Opinion of relatives of Persons with Alcohol Dependence Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, mean, percentage, and comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days using a t-test.

Results: 1) Results from the t-test comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days after the program was statistically significantly higher than that before the program at .001 ($t = 25.26$, $P < .05$). There was no readmission within 28 days. 2) All persons with alcohol dependence were satisfied with the Phonelink program. 3) All relatives of persons with alcohol dependence were satisfied with the program. 4) All nursing personnel were satisfied with using the Phonelink program.

Conclusion: Phonelink program is effective and can reduce the number of heavy drinking days, increase the number of stopped drinking days, and lessen re-admission to hospitals, Therefore, healthcare providers should implement continuing care at a tertiary hospital.

Keywords: the Phonelink program, alcohol dependence, drinking behavior

*Student, Master of Nursing Science in Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

Received: 10 October 2021, Revised: 2 April 2022, Accepted: 9 April 2022

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ชไมพร วงษ์พรม, พย.ม.*, ھرรยา เศรษฐบุปผา, พย.ค.**, สมบัติ สุกุลพรรณ, ปร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม จำนวน 42 คน ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 18 คน ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 18 คน และทีมบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา 4) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสวนปรุง 5) แบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้ 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 7) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา : 1) ผลการวิเคราะห์สถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 25.26, p < .05$) และไม่มีการรับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมทุกราย มีความพึงพอใจในทุกด้าน ร้อยละ 100.00 3) ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมทุกราย มีความพึงพอใจในทุกด้าน ร้อยละ 100.00 4) ทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกราย มีความพึงพอใจในทุกด้าน ร้อยละ 100.00

สรุป : โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีประสิทธิผลในการลดจำนวนวันดื่มหนัก เพิ่มจำนวนวันหยุดดื่ม และไม่มีการรับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จึงควรนำเสนอโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไปใช้และขยายผลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ: 10 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 2 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ผู้มีปัญหาการดื่มสุรารุนแรง หรือผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะของการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม และมีรูปแบบการดื่มจนนำไปสู่การเกิดความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการหรือมากกว่า ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งติดต่อกันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ใช้สุราในปริมาณมากหรือในช่วงระยะเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้ อยากดื่มสุราอยู่ตลอดเวลาโดยไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ ใช้เวลาอย่างมากเพื่อให้ได้สุรานั้นมาหรือใช้เวลาในการฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา มีความอยากหรือต้องการอย่างมากในการใช้สุรา บริโภคสุราในปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความต้องการสุราอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุรา การทำกิจกรรมทางสังคมหรืออาชีพลดลงจากการใช้สุรา บริโภคสุราซ้ำจนเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติภาระหน้าที่ที่สำคัญ ใช้สุราอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น มีอาการติดต่อสุราโดยมีอาการใช้สุราในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้อาการมา ผลของสุราลดลงเมื่อใช้ในปริมาณเท่าเดิม มีอาการถอนพิษสุราโดยมีลักษณะของกลุ่มอาการถอนพิษสุรา มีการใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการถอนพิษสุรา (American Psychiatric Association, 2013) จากการสำรวจระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มที่มีการดื่มสุราสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 36.00) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี และ 45 - 49 ปี ร้อยละ 33.50 และ 31.10 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,

2560) จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทย พบว่ามีผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน (พันฐานภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2561) และจากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง ปี 2559 - 2561 พบว่ามีผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราจำนวน 1,372 ราย, 1,250 ราย และ 1,068 ราย และพบว่ามีผู้ที่เป็นโรคติดสุราเพศชายจำนวน 887 ราย, 898 ราย และ 775 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 64.65, 71.84 และ 72.56 ของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและการกลับมารับ การรักษาซ้ำของผู้เป็นโรคติดสุราที่รับการรักษาทั้งหมดในปี 2559 - 2561 พบผู้ป่วยโรคติดสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 7.30, 8.20 และ 8.30 ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำ และพบว่ามีผู้ป่วยโรคติดสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันสูงถึงร้อยละ 19.60, 19.80 และ 16.20 ตามลำดับ ของจำนวนผู้เป็นโรคติดสุราที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2562)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเป็นผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และเศรษฐกิจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายเป็นผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้สูญเสียการทรงตัว การควบคุมของระบบกล้ามเนื้อ ผิดปกติ การตัดสินใจช้าลง คิดนาน ความสามารถในการมองเห็นภาพลดลง มึนงงสับสน การรับรู้ต่อการกระตุ้นช้าลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนกาซตริน (Gastrin) ทำให้มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ

กระเพาะทะลุ เลือดออกในกระเพาะอาหาร (กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน, 2553) ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ผู้ติดสุรา มีความวิตกกังวล และบางรายมีโรคทางจิตประสาทร่วมด้วย เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556) จากการศึกษา ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกับปริมาณการดื่มสุรา หรือการดื่มสุราอย่างหนัก (จิราลักษณ์ นนทารักษ์, 2558) ส่วนผลกระทบด้านครอบครัว เกิดการทำร้ายร่างกาย ทะเลาะวิวาทรุนแรง มีการแยกกันของกลุ่มสมรส หรือหย่าร้าง และทำลายความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานจนเกิดปัญหาการทำงาน (เบญจพร ปัญญาขง, 2552) และผลกระทบต่อต้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนสูงกว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกถึง 7.38 เท่า (ธัชนันท์ โกมลไพศาล, 2562)

การบำบัดฟื้นฟูหลังจากพ้นระยะถอนพิษสุราถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมากเนื่องจาก เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีอาการด้านร่างกายและจิตใจฟื้นตัวพอที่จะทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ เป็นระยะที่สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราทนต่ออาการอยากสุรา โดยมีวิถีชีวิตที่สมดุลปราศจากการดื่มสุรา มีสุขภาพและจิตใจดีขึ้น ช่วยให้มีความสามารถในการปรับตัวอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ โดยการฟื้นฟูสภาพใช้ระยะเวลา 4 - 6 เดือน เป็นระยะที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่สามารถที่จะนำไปสู่การเลิกสุราได้อย่างสำเร็จ (ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, 2555) ซึ่งการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคติดสุราในระยะพ้นถอนพิษสุราในโรงพยาบาลสวนปรุงมีหลากหลาย ดังนี้ การ

บำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) การจัดการรายการกรณี (case management) กลุ่มเอเอ (Alcoholic Anonymous: AA) การเข้ากลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behaviour therapy) ซึ่งพบว่าผู้ที่ เป็นโรคติดสุรา ได้รับการบำบัดเพียงการบำบัดเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่ไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลนาน จึงทำให้บางรายไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัด การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราควรจะต้องดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาหรือผู้ที่เพิ่งเริ่มติดสุรา ซึ่งจะทำให้การแก้ปัญหาหนึ่งง่ายขึ้น ด้วยการเสริมแนวทางการเลิกดื่มสุราตั้งแต่ยังเพิ่งเริ่มติดสุรา เปลี่ยนจากการรักษาเป็นการบำบัด (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2556)

การกลับไปปรึกษาซ้ำ เกิดจากการที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา กลับไปดื่มสุราซ้ำหลังจากการบำบัด และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกต พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีความต้องการเลิกดื่มสุรา แต่ไม่สามารถที่จะหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด มีเพียงการลดปริมาณการดื่มลง และในที่สุดก็กลับมาปรึกษาซ้ำ ซึ่งพบปัญหา 3 ด้านที่เป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ คือ 1) ด้านการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย ไม่ไปรับการตรวจตามนัด หลังรับประทานยามีอาการง่วงซึม เกิดความไม่สุขสบายจึงไม่รับประทานยา ขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน

จากอาการถอนพิษสุรา เมื่ออาการทุเลาก็มักจะดื่ม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และคิดว่ายังสามารถดื่ม สุราได้ ตนเองสามารถควบคุมการดื่มได้ และจะไม่ ทำให้ติดซ้ำ 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ทั้งผู้เป็นโรค ดิดสุรา และญาติขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำการบำบัดรักษาส่งต่อเมื่ออาการ กำเริบ 3) ด้านการบริการสนับสนุน ประคับประคอง พบว่า มีฐานะยากจน ไม่มีผู้จ้างงาน เกิดความเครียด ไม่สนใจดูแลสุขภาพร่างกาย และที่อยู่อาศัยของ ตนเอง และกลับไปดื่มสุราซ้ำ หรือบางคนมีงานทำ แต่เมื่อดื่มสุราแล้วไม่สามารถไปทำงานได้ ขาดงาน และขาดรายได้ตามมา ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการพาผู้ที่เป็นโรค ดิดสุราส่งโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2562) จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว พบว่า ผู้ที่เป็นโรคดิดสุราที่กลับมารักษาซ้ำ มีปัญหา 3 ด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้มีการตระหนักถึง ปัญหา และได้มีการค้นคว้าหาวิธีการที่จะนำมา บำบัดฟื้นฟูผู้ที่เป็น โรคดิดสุราให้สามารถดูแล ตนเอง และ ลด ละ พุทธิกรรมการดื่มสุราลง จน สามารถเลิกดื่มได้ หรือลดระดับความเสี่ยงของการ ดื่มสุราลง และไม่กลับมารักษาซ้ำ แต่การรักษาที่จะ ทำให้ผู้ดิดสุราเลิกดื่มได้อย่างเด็ดขาดนั้น เป็นสิ่งที่ ยาก ผู้ป่วยจำนวนมากมักกลับไปดื่มซ้ำหลังออก จากการรักษาไประยะหนึ่ง (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม เป็นโปรแกรมที่เกิด ผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคดิดสุราเป็นหลัก โดย ลักษณะของโปรแกรมประกอบไปด้วย การประเมิน

การชักถาม และการบันทึกในแบบบันทึก่วมกับ การให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะผ่านทาง โทรศัพท์ตาม 9 องค์ประกอบของแนวคิด การ บำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล (Treatment) ประกอบด้วยการบำบัดดูแลโดยมีความเกี่ยวข้อง ของสมาชิกในครอบครัว (Family involvement) การดูแลเรื่องยา (Medication support) การให้การ ปรึกษา(Counselling) 2) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation services) ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะ การดำเนินชีวิตประจำวัน (Rehabilitative approach to daily living skills) และ 3) การบริการสนับสนุน ประคับประคอง (Support) ประกอบด้วยการสร้าง โอกาสในการทำงาน (Work opportunities) การ จัดการเอกสาร (Entitlements) การช่วยเหลือเรื่อง ที่พักอาศัย (Housing assistance) การจัดการเรื่อง ค่าใช้จ่าย (Financial management) (हरया ढरयुडडड, जरुडर ररुवरुडरु, ढररुवरुडरु डररुडरुडरु, 2556) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ ในการนำมาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคดิด สุราในพื้นที่ที่ศึกษา จึงได้คัดเลือกโปรแกรมโทรตาม ตามเยี่ยม มาใช้ในการแก้ไขปัญหของหน่วยงานที่ เกิดขึ้น โดยใช้กรอบของ FAME ในการประเมิน ความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่ การปฏิบัติ (Pearson, Wiechula, Lockwood, & Court, 2005) ซึ่งพบว่า มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) โปรแกรมมีความสะดวก และง่ายต่อ การนำไปใช้ และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการ ดำเนินการ ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ทำกิจกรรม

สามารถทำการอบรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม มีความเหมาะสมกับบริบทและปัญหาของหน่วยงาน (Appropriateness) มีความสอดคล้องกับปัญหาของหน่วยงานในด้านการบำบัดฟื้นฟูที่ครอบคลุม มีคุณค่าต่อผู้รับบริการ (Meaningfulness) โดยช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับการดื่มสุรา และสถานการณ์เสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับไปดื่มสุราซ้ำในชุมชน และเป็นการบำบัดฟื้นฟูที่มีความเฉพาะเจาะจง ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดี มีประสิทธิผล (Effectiveness) ซึ่งจากการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการ ต้นทุนและต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็โรคติดสุราและสารเสพติด 4 ภาค จำนวน 236 คน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่ม และมีการควบคุม (Randomized Controlled Trial (RCT)) ซึ่งประสิทธิผลของการศึกษาพบว่า 1) ประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ 1.1) พฤติกรรมการดื่มสุราเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โดยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง มีการดื่มสุราลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีเปลี่ยนแปลงการดื่มแบบติดทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เป็นดื่มแบบติด (ร้อยละ 3.30 - 17.20) ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 6.70 - 10.30) ดื่มแบบเสี่ยงมาก (ร้อยละ 13.30 - 36.70) ดื่มแบบปลอดภัย (ร้อยละ 20.00 - 53.30) และไม่ดื่ม (ร้อยละ 10.30 - 63.30) มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง จาก 14.07-26 วันเป็น 0.90-7.10 วัน วันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นจาก 0 - 16.21 วันเป็น 20.17 - 28.23 วัน 1.2) คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นโดยก่อนการทดลอง เสร็จสิ้นการทดลองทันที ระยะเวลา 1

เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม มีปัญหาจากการใช้สุราลดลง ในระยะก่อนการทดลอง เสร็จสิ้นการทดลอง 6 เดือน จากช่วง 10.31 - 16.93 คะแนนเป็นช่วง 3.40 - 8.03 คะแนน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม 1.3) มีการกลับมารักษาน้อยลง โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้กลับไปรักษาซ้ำร้อยละ 30.00 - 60.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับไปรักษาซ้ำร้อยละ 70.00 - 100.00 2) ประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดสุรา มีความพึงพอใจ ในการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีขึ้น มีความพึงพอใจในการนำโปรแกรมไปใช้ทุกด้านร้อยละ 100.00 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมร้อยละ 100.00 (हरया रेखरुणुपल, 2558) จึงเห็นได้ว่า โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมสามารถช่วยให้พฤติกรรมลดการดื่มสุราลดลง ซึ่งช่วยลดการกลับมารักษาน้ำในโรงพยาบาล และยังใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ และนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาเพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุรา และลดจำนวนครั้งการกลับมารักษาน้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์ การเผยแพร่วัฒนธรรมเป็นกระบวนการถ่ายทอดความคิด ข่าวสาร หรือพฤติกรรมจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งไปสู่กลุ่มบุคคลหนึ่ง โดยมีการกระจายออกไปอย่างแพร่หลายจนเป็นผลให้เกิดการยอมรับความคิดและพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งมี

ผลต่อวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโครงสร้างของหน่วยงาน ซึ่งโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมเป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เคยนำมาลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ผู้ศึกษาจึงได้นำการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์มาใช้เพื่อเผยแพร่วัฒนธรรมให้กับทางบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราและการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Study) การดำเนินการของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ได้แก่ บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ติดสุราโดยเป็นสมาชิกในครอบครัว 3) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง แบบผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยของแพทย์ ตามรหัสโรค คือ F10.2 ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับโปรแกรมที่นำมาใช้คือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราชาย และอยู่ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นผู้ป่วยโรคจิตสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนปรุง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด และขนาดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ปี 2563 ประมาณการตามจริงในระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งจากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2563 มีประมาณ 18 คน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 18 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 6 คน โดยรายละเอียดของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม มีดังนี้

- 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ได้แก่ อยู่

ในช่วงของการรักษาตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ ตามรหัสโรค คือ F10.2 เป็นผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 19 - 59 ปี อยู่ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความต้องการลดละเลิกการใช้สุรา มีปัญหาซับซ้อนด้านจิตสังคม หรือปัญหาโรคร่วมทางจิตเวชสามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารได้ และมีความสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์

2) ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้าร่วมในการศึกษา กำหนดคุณสมบัติของญาติได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลัก และอาศัยในบ้านเดียวกันมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบตามโปรแกรม มีโทรศัพท์มือถือ/บ้านในการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

3) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ ได้แก่ เป็นบุคลากรที่มสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุงที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสุรา มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยสุรา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม สามารถโทรศัพท์ในการติดตามและให้การบำบัดทางโทรศัพท์ได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม ยินดีและมีความสมัครใจ

ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม และการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 2563-083 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่โครงการ SPH.IRB 017/2563 SCs_Ful ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการภายในขอบข่ายโครงร่างการศึกษาที่น่าเสนอ ผู้ศึกษาได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และกระบวนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาได้ตลอดเวลา ดำเนินการศึกษาโดยจะไม่เกิดผลเสียใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือโดยการลงชื่อในเอกสารยินยอม ผู้ศึกษาจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ผู้ศึกษาเก็บไว้เป็นความลับ โดยได้สรุปผลการศึกษาออกมาเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการ ได้แก่ โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมพัฒนาโดยहरषा

เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องความต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์จากผู้ติดสุราและสารเสพติด ญาติ แกนนำในชุมชน และทีมสุขภาพ ร่วมกับเนื้อหาที่ดัดแปลงจากโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจสำหรับผู้ติดสุรา (हरररर เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ, และภรภัทร ลิ้มะวงศ์, 2555) ต่อจากนั้นจึงนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม โดยลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยชุดเครื่องมือ 4 เล่ม ได้แก่ คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับบุคลากร คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด คู่มือการดูแลผู้ติดสุราและใช้สารเสพติดโดยญาติ และแบบบันทึกโทรถามตามเยี่ยมสำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ โดยดำเนินกิจกรรมตามคู่มือ ดังนี้ ทำการโทรศัพท์ ถึงผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 5 ครั้ง และโทรศัพท์ไปยังญาติจำนวน 2 ครั้ง ร่วมกันกับการโทรศัพท์ถึงผู้ที่เป็นโรคติดสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที โดยครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรถามตามเยี่ยมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัย และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 3 การรับประทานยา การส่งเสริมสุขภาพ และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเงิน และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และติดตามต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 6 ชุดคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาของการดื่มสุรา จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา (Time Line Follow Back) (Sobell et al., 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยहररर เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โดยได้ดำเนินการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) จนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทย สำหรับใช้ในการวิจัย การแปลผลคะแนนเทียบการดื่มมาตรฐานโดยกำหนดให้เครื่องดื่มประเภทสุรา 30 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน และเบียร์ 330 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน และกำหนดวันดื่มหนักมากกว่า หรือ เท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐาน แล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มต่อเดือน (1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เบียร์ 5 ดิกรี 1 กระป๋อง 330 cc, เหล้าขาว 40 ดิกรี 32 cc 1 เป๊ก/ตอง/กึ่ง 50 cc เท่ากับ 1.50 ดื่ม, เหล้าสี 30-40 ดิกรี 2 ฝาใหญ่ เท่ากับ 30 cc , ไวน์ 12 ดิกรี (100 cc) หรือ 1 แก้ว (100 cc) ในผู้ชายไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่ม

อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่เกิน 6 คัมมาตรฐานในวันเดียว)

3. แบบบันทึกการกลับมารักษาลำบากตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นแบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาลำบากในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสวนปรุง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ที่สร้างขึ้นโดยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) เดือนที่จำหน่าย 2) ปีงบประมาณ 3) ผู้ป่วย F10.2 กลับมารักษาภายใน 28 วัน 4) เปอร์เซ็นต์ไม่กลับมารักษาภายใน 28 วัน และ 5) อัตราการกลับมารักษาลำบากภายใน 28 วัน

4. แบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) ความมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 2) ความมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 3) ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน 4) ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 5) ความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อการดำเนินงาน 6) ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน และ 7) ความพึงพอใจต่อการนำโปรแกรม เป็นแบบเลือกตอบเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม แบบสอบถามนี้พัฒนาโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของผู้เป็นโรคจิตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมเกี่ยวกับความมีประโยชน์ต่อตนเอง ความมีประโยชน์ต่อญาติ

ความสะดวกและความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ = เห็นด้วย หรือ ไม่ใช่ = ไม่เห็นด้วย และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ

การแปลคะแนน คะแนนจากข้อคำถามคิดค่าความถี่ของจำนวนผู้ตอบและนำมาคำนวณเป็นร้อยละในแต่ละข้อโดยการตอบว่า ใช่ หมายถึง มีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น ส่วนข้อมูลจากคำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดหมู่ในคำถามแต่ละข้อ

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) เป็นการสอบถามการรับรู้ของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมเกี่ยวกับความมีประโยชน์ต่อผู้จิตสุรา ความมีประโยชน์ต่อญาติ ความสะดวก และความพึงพอใจในเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ = เห็นด้วย หรือ ไม่ใช่ = ไม่เห็นด้วย และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ

การแปลคะแนน คะแนนจากข้อคำถามคิดค่าความถี่ของจำนวนผู้ตอบและนำมาคำนวณเป็นร้อยละในแต่ละข้อโดยการตอบว่า ใช่ หมายถึง มีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น ส่วนข้อมูลจากคำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดหมู่ในคำถามแต่ละข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยหรรษา

เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) ได้รับการแนะนำและปรับแก้ให้มีเนื้อหาถูกต้อง และครอบคลุมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้อัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา (Time Line Follow Back) (Sobell et al., 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยहरรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โดยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) จนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทยสำหรับการวิจัย 3) แบบบันทึกการกลับมาปรึกษาซ้ำตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสวนปรุง 4) แบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อัดแปลงเนื้อหาจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่ม (Time Line Follow Back) ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิทยา และ พูลทรัพย์ วงศ์วรรณ, 2564) ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เป็นการทดสอบด้วยแบบทดสอบเดียวกันจำนวนสองครั้งในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ หลังการทดสอบครั้งแรก โดยนำไปคำนวณค่า

ความสอดคล้องของผลการทดสอบโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) (อนิวัช แก้วจันทร์, 2564) ได้ค่า $r = 1$ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (จารุณี ไชยมูล และ Jarunee Chaimoon, 2542)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงสร้างการศึกษาผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสวนปรุงแล้ว ผู้วิจัยได้มีการทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อขออนุญาตดำเนินการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในพื้นที่ โดยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ซึ่งมี 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะให้ความรู้ (The knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (The persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (The decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยันผล (confirmation stage) ซึ่งมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1-3 ของโรเจอร์) ผู้ศึกษานำเสนอสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของปัญหาที่พบและผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่หลังจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชน เพื่อเป็นการสะท้อนถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการดูแล และการติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตสุราให้แก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลได้รับทราบ เมื่อทีมบุคลากรทางการแพทย์ยอมรับ และตัดสินใจใช้โปรแกรมแล้ว ผู้ศึกษาให้ข้อมูล คำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร เปิด

โอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมโครงการนี้ ต่อจากนั้น ผู้ศึกษาจัดเตรียมเอกสารคู่มือ แบบสอบถามหนังสือแสดงความยินยอม เตรียมอุปกรณ์ วัสดุในการดำเนินการ และเพื่อให้ผู้ดำเนินการมีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม ผู้ศึกษาและทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 6 คน ได้เข้ารับการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมโทรตามตามเชื่อมกับอาจารย์ ดร.हररररर เศรษฐบุปผา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการบำบัด ผ่านทางระบบออนไลน์ (Zoom Video Conference)

2. ขั้นตอนการ (ระยะที่ 4 ของโรเจอร์) ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและที่ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจตามนัดในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และทำการประเมิน สังเกต และสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้บริการ และใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา (TimeLine Follow Back) (Sobell et al., 2001) ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราย้อนหลัง 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเชื่อม มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับการอบรม จำนวน 6 คน เพื่อใช้ในการแจ้งและสอบถามข้อมูลเป็นระยะ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแต่ละคนได้รับผิดชอบในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุราอัตรา 1 ต่อ 3 โดยทำการโทรศัพท์ ถึงผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 5 ครั้ง และโทรศัพท์ไปยังญาติจำนวน 2 ครั้ง ร่วมกันกับการ

โทรศัพท์ถึงผู้ที่เป็นโรคจิตสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที โดยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรตามตามเชื่อมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัย และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 3 การรับประทานยาการส่งเสริมสุขภาพ และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเงิน และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และติดตามต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน

3. ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ (ระยะที่ 5 ของโรเจอร์) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 18 คน นำแบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา ประเมินหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเชื่อมครั้งที่ 5 เป็นเวลา 1 เดือน สอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการนำโปรแกรมไปใช้ ประเมินหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเชื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและทีมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนวันที่วันดื่มหนักและหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และเปรียบเทียบค่าร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม

ส่วนที่ 3-4-5 ข้อมูลความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้ ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ติดสุรา และข้อมูลความพึงพอใจของญาติต่อการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละของแต่ละข้อคำถาม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และทีมบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 29 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 โดยเฉลี่ยมีอายุ 43.06 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.80 ประกอบอาชีพรับจ้าง

เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 33.30 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.90 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 2 - 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 61.10 ระยะเวลาของการดื่มส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.60 และข้อมูลส่วนบุคคลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 28 - 53 ปี เฉลี่ย 39 ปี (SD = 8.70) จบการศึกษาระดับปริญญาโทมากที่สุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 22 ปีมากที่สุด เฉลี่ย 10 ปี (SD = 7.70) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราระหว่าง 1-10 ปี เฉลี่ย 5.3 ปี (SD = 3.10)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา 1 เดือนไม่พบ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรากลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราแสดงไว้ในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันที่ดื่มหนักและวันหยุดดื่มของผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา ก่อนได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 1 เดือน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนัก 21.60 วันต่อเดือน (SD = 9.50) และหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนักลดลงเหลือ .50 วันต่อเดือน (SD = 2.10) และพบว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 1 เดือน (n = 18)

	วันดื่มหนัก		วันหยุดดื่ม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	21.60	9.50	4.60	5.20	5.20	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	.50	2.10	29.40	3	25.26	.000*

*p-value < .05

โทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่ม 4.60 วันต่อเดือน (SD=5.20) และหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นเป็น 29.40 วันต่อเดือน (SD = 3) ซึ่งผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนัก 21.60 วันต่อเดือน ส่วนค่าเฉลี่ยวันหยุดดื่ม 4.60 วันต่อเดือน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} = 0.000$) และพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนัก .50 วันต่อเดือน ส่วนค่าเฉลี่ยวันหยุดดื่ม 29.40 วันต่อเดือน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value}=0.000$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการพยาบาลที่นำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่า ทีมบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนทั้งหมด 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีประโยชน์ในการประสานกับงานประจำของ

หน่วยงานมีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ โปรแกรมมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน มีความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อการดำเนินงาน และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวนทั้งหมด 18 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมต่อตัวเอง เห็นว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล ความสะดวกในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมโดยรวม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม

พบว่า ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวนทั้งหมด 18 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมต่อตัวเอง ความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในความ

ดูแล ความสะดวกของตนเองและผู้ที่ เป็นโรคจิตตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมโดยรวม

การอภิปรายผล

ผลการศึกษารั้งนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 1 เดือน เปลี่ยนไปในทางที่ดี มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง จำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา 1 เดือน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคจิตตสุรา ร้อยละ 100.00 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลร่างกาย จิตใจ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การจัดการกับความเครียด ออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีรวมไปถึงการสื่อสารกัน ในครอบครัว ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ

เลิกดื่มสุรา ก่อให้เกิดการลด ละ เลิกการดื่มสุราลง 3) ด้านการบริการสนับสนุนประคับประคอง (Support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การให้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การแนะนำการดูแลที่อยู่อาศัย การให้คำแนะนำการเงินโดยการทำบัญชีรายรับรายจ่ายในครัวเรือน (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) โดยญาติจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ได้แก่ เรื่องการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ซึ่งหลังจบกิจกรรม 5 ครั้ง ตามโปรแกรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา มีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราต่อตนเองและครอบครัว มีความรู้เรื่องการจัดการกับภาวะวิกฤต อาการถอนพิษสุรา อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย จากการอยากดื่มสุรา สาเหตุ และปัญหาการทะเลาะกับญาติ ซึ่งเกิดจากการพูดคุยสื่อสารระหว่างผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา และญาติที่ไม่เหมาะสม ญาติไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ระหว่างมีอาการเมาสุราได้ จึงเกิดการทำร้ายร่างกายเกิดขึ้น และญาติมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ญาติมีการแสดงออกถึงการปรับตัว และการเผชิญปัญหา สามารถหาที่ปรึกษาได้เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ที่ เป็นโรคจิตตสุราได้ สามารถพูดคุยให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อไม่มีการดื่มสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตตสุรา โรงพยาบาลกระแสนันท์ จังหวัดสงขลา พบว่า ร้อยละ

50.00 มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย สาเหตุมาจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการเมาสุราจะมีอาการหงุดหงิด ทำให้ญาติรู้สึกเบื่อหน่าย และการมีบุคคลที่คอยช่วยในการดูแล เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระ ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ต่อการดูแลและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลลดลงหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาคอรอบครัว (กุสุมา แก้วแดง, 2564) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชวดี อัครลาวัณย์ (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ จากทั้งแหล่งสนับสนุนภายในและภายนอกก็จะทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเอง มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะนำไปสู่การลด ละ เลิกการดื่มสุราได้อย่างยั่งยืน (อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2563) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้จริง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกรายมีความพึงพอใจทุกด้านร้อยละ 100.00 เนื่องจากโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีชุดคู่มือประกอบการติดตามของผู้ป่วยที่เป็นโรคติด

สุรา จำนวน 4 เล่ม ประกอบด้วย 1) คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับบุคลากรสุขภาพ 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด 3) คู่มือการดูแลผู้ติดสุราและใช้สารเสพติดโดยญาติ และ 4) แบบบันทึกโทรตามตามเยี่ยม ในการโทรเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคติดสุราจำนวน 5 ครั้ง และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที ประเมินจากการสังเกต ซักถาม และแบบบันทึกโทรตามตามเยี่ยม โดยมีกิจกรรม ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรตามตามเยี่ยมถึงการดำเนินกิจกรรมประจำวันการจัดการที่อยู่อาศัย และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 3 การรับประทานยาการส่งเสริมสุขภาพ และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเงิน และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และติดตามต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และมีแบบบันทึกในการดำเนินงานที่ชัดเจนทำให้มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้รับการอบรมการใช้ก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรม หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อปรึกษาการใช้คู่มือได้ ทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางในการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราทางโทรศัพท์เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้ โปรแกรมมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ เน้นการบำบัดดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนและการฟื้นฟูสภาพ มีประโยชน์ในการประสานกับงานประจำของหน่วยงานในการดูแลเชิงรุก ทำให้

ทำงานเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา อำเภอเถลิง จังหวัดลำพูน ที่พบว่า ทีมสุขภาพมีความเห็นด้วยว่าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความสะดวก และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติร้อยละ 100.00 เนื่องจากมีชุดคู่มือที่มีรายละเอียดของโปรแกรมประกอบไปด้วย ลักษณะของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและขั้นตอนการดำเนินงานของโปรแกรม 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ (พิมพร กำแพงทิพย์, 2556) ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมทุกราย มีความพึงพอใจทุกด้านร้อยละ 100.00 เนื่องจากโปรแกรมมีคู่มือการดูแลผู้จิตสุราสำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ ซึ่งมีเนื้อหาในการให้ความรู้ ช่วยจัดการกับปัญหา และการให้คำปรึกษา โดยมีการติดตามดูแล เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา รวมไปถึงการให้กำลังใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเอง มีความตระหนักในการดูแลตนเอง มาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีสอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ทองชัย และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้จิตสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ชุมชน ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมงดดื่มสุราเมื่อผู้รับบริการกลับไปอยู่บ้าน ผู้รับการบำบัดสุรามีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีคุณสมบัติให้มีความหวังทำให้ชีวิตมีความหวัง และ

สามารถหยุดดื่มสุราได้นาน 3 เดือน ในขณะที่ความพึงพอใจของญาติหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม พบว่า ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทุกรายมีความพึงพอใจทุกด้าน ร้อยละ 100.00 และจากข้อคิดเห็นของญาติหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม พบว่า การติดตามดูแลที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราลด ละ และเลิกการดื่มสุราได้จริง ภายใน 1 เดือนไม่มีการกลับมารักษซ้ำ จึงมีความเชื่อมั่นในการบำบัดดูแล และมีความพึงพอใจต่อการบำบัด มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ตนเอง และผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา เศรษฐบุปผา (2558) พบว่าเมื่อญาติหรือผู้ดูแลได้รับความรู้ และทักษะในการสื่อสารทำให้ในครอบครัวมีการสื่อสารกันในทางบวก และการศึกษาของพิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ (พ.ศ. 2550) อ้างใน ธิษณามา โพธิ์งาม และเพ็ญพัศตร์ อุทิศ, 2561) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พบว่า สมาชิกในครอบครัว คือ ผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหยุดดื่มโดยเฉพาะด้านอารมณ์

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย

โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมงดดื่ม โดยมีความวันดื่มหนักที่ลดลง และจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น ลดการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลได้ จึงควรมีการนำเสนอเชิงนโยบายให้มีการบรรจุการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมไปใช้ในหน่วยงาน

โรงพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนัดเวลาการเยี่ยมทางโทรศัพท์ ช่วงเย็นเนื่องผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและญาติทำงาน ช่วงกลางวันสะดวกในตอนเย็น และควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และโทรไปย้ำวันนัดล่วงหน้ากับญาติหรือผู้ดูแลก่อน 1 วัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการตามโปรแกรม

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราหลังจากได้รับโปรแกรม ระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถประเมินพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยการโทรวิดีโอผ่านไลน์ซึ่งจะสามารถเห็นหน้าคู่สนทนา และการส่งรูปภาพผ่านไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษปัญญา และหัวหน้าหอผู้ป่วยกรุณาทุกท่าน ที่อนุญาตให้ผู้ศึกษาได้เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และทีมบุคลากร

ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุงที่ได้ให้ความร่วมมือในการติดตามและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานซึ่งส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.हरभा श्रेष्ठ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ สกฤตพรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระที่ได้สละเวลาให้คำชี้แนะและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์พร้อมทั้งตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.हरभा श्रेष्ठ ผู้พัฒนาโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ที่ได้อนุญาตให้ผู้ศึกษานำโปรแกรมมาใช้ และได้ให้ความอนุเคราะห์มาเป็นวิทยากรในการอบรมการใช้โปรแกรมแก่ทีมบุคลากรทางการพยาบาลจนส่งผลให้การศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมา แก้วแดง. (2564). การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตสุรา โรงพยาบาลกระแสนันท์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 51-64
- กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี ไชยมูล, และ Jarunee Chaimoon. (2542). ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 และอำนาจการทดสอบสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบสเปียร์แมน เมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และการแจกแจงแบบต่าง ๆ โดยเทคนิคมอนติคาร์โล. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิราลักษณ์ นนทารักษ์. (2558). *การดื่มสุรากับภาวะซึมเศร้า*. ใน
 สาวิตรี อัยฉะกรชัย (บรรณาธิการ), *ข้อเท็จจริงและ
 ตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2559 -
 2561 (พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า 73-76)*. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตร
 พัฒนาการพิมพ์.
- ทานตะวัน สุรเดชาสกุล. (2556). *แอลกอฮอล์กับความรุนแรง*.
 เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการ
 ดื่มสุรา (ผรส.).
- ทศพร ทองชัย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, และกิตติภูมิ ภิโยโย. (2562).
*การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจาก
 โรงพยาบาลสู่ชุมชน*. วารสารการพยาบาลและการดูแล
 สุขภาพ, 38(3), 80-89.
- ธิษณา มา โพธิ์งาม, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของ
 โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อ
 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตติสุรา. *วารสาร
 พยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 450-458.
- ธัชพันธ์ โกมลไพศาล. (2562). การประเมินต้นทุนผลกระทบ
 ทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
 ไทยประจำปี พ.ศ. 2560. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2552). *การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่ม
 สุรา (พิมพ์ครั้งที่1)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาแบบ
 รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา
 แบบบูรณาการ (ผรส.).
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2556). *สวส. เผยแอลกอฮอล์ทำ
 ทำนักดื่มน้ำใหม่เพิ่ม*. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2564, จาก
<https://www.hfocus.org/content/2013/09/4759>
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา,
 อธิป ตันอารีย์, ปัทมานนท์ ขวัญสนิท, และสาวิตรี อัยฉะกร
 ชัย. (2561). *แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษา
 พื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พิมพ์ครั้งที่1)*. นนทบุรี:
 สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). *จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา (พิมพ์
 ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาแบบรูปแบบและ
 วิธีการบริโภคสุราแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พิมพ์พร กำแพงทิพย์. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม
 การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตติสุรา
 อำเภอฝาง จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาล
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
 จิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ภากรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา, และพลทรัพย์ วงศ์วรรณ.
 (2564). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนใน
 การปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วย
 ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์โรงพยาบาลสวนปรุง.
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 1(1), 1-14.
- ยุวดี อัครลาวัณย์. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการ
 บำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตติสุรา
 อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์*. การค้นคว้าแบบอิสระ
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2562). *ฐานข้อมูลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่ม
 สุราที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2559-2561*. เชียงใหม่:
 ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหาร
 โรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). *ฐานข้อมูลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่ม
 สุราที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2562-2563*. เชียงใหม่:
 ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหาร
 โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา.(2555). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ*. สืบค้นเมื่อ
 18 ธันวาคม 2564 จาก, [http://www.1413.in.th/contents/
 view/46](http://www.1413.in.th/contents/view/46)
- สาวิตรี อัยฉะกรชัย. (2552). *การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการดื่ม
 สุรา (พิมพ์ครั้งที่1)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนา ระบบ
 รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา
 แบบบูรณาการ (ผรส.).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *ผลสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุรา
 พ.ศ. 2560*, สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก
[http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-
 -61-2.aspx](http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx)

หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัชสิวิวัฒน์, และสทาวรัตน์ เทพประสงศ์. (2556). ผลลัพธ์ทางคลินิก และ กระบวนการ ต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินการโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์) สำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด: กรณีศึกษา 4 ภาค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.).

หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัชสิวิวัฒน์, ภรภัทร สิมะวงศ์, และ นพวรรณ อุปคำ. (2555). แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: พิมพ์เดือนดี.

หรรษา เศรษฐบุปผา, ชลธิดา สิมะวงศ์, นพวรรณ อุปคำ, และ จารุณี รัชสิวิวัฒน์. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา. แผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: พิมพ์เดือนดี สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก https://mis.nurse.cmu.ac.th/mis/research/view_research_detail.asp?TRes_id=03-56-A-53

หรรษา เศรษฐบุปผา. (2558). ผลลัพธ์ทางคลินิกและ กระบวนการ ต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินการโปรแกรมโทรตาม ตามเยี่ยม ฉบับสั้น (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์) สำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด: กรณีศึกษา 4 ภาค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.).

อนิวัช แก้วจันทน์. (2564). แนวคิดเกี่ยวกับการวัด ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนจากการวัด การตรวจสอบคุณภาพ ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (เน้นเครื่องมือวัดเชิงปริมาณ). สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2565, จาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2021091022210536.pdf

อริญญา สาลี, และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2563). การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดสุรา: การศึกษาหลายกรณี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 188-194.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *JBIR Reports*, 3(8), 207-216. Retrieved June 23, 2020, from http://cfkr.dk/media/343307/alan_pearson_temadag_130913.pdf

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evidence-Based Healthcare*, 2, 207-215.

Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H. M., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., et al. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking related assessment instruments: Alcohol Timeline Follow back and Inventory of Drinking Situations. *Substance Use & Misuse*, 36, 313-331.