

# EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTING THE BRIEF VERSION OF THE PHONELINK PROGRAM AMONG PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, NABUO SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, UDON THANI PROVINCE\*

*Siriporn Thammarach, B.N.S.\*\*, Chalinee Suvanayos, Ph.D.\*\*\*, Hunsu Sethabouppha, Ph.D.\*\*\*\**

## Abstract

**Objective:** To study the effectiveness of implementing the Brief Version of the Phonelink program among persons with alcohol dependence, Nabuo Sub-district Health Promoting Hospital, Udon Thani Province, from January to March 2023.

**Methods:** This study was an operational study which the 36 participants were purposive selected and included 16 persons with alcohol dependence, 16 relatives or caregivers of persons with alcohol dependence, and 4 health care team members who implemented the program. The instrument used in this study were: 1) Brief Version of the Phonelink program; 2) demographic Data questionnaire; 3) Alcohol Use Disorders Identifications test; 4) Timeline Follow Back; 5) Readmission data record form according to the indicators of Nabuo sub-district health promoting hospital 6) Satisfaction of Persons with Alcohol Disorders questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, mean, percentage, and comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days using a t-test.

**Results:** 1) Result from the t-test comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days after the program was statistically significantly higher than the before the program at .001 ( $t=11.67, p < .05$ ). There was no readmission within 28 days 2) All persons with alcohol dependence were satisfied with the program at the highest level.

**Conclusion:** The brief version of the Phonelink program could change their alcohol-drinking behavior in a positive direction. Therefore, the implementation of the brief version of the Phonelink program should be expanded in the public health care system.

**Keywords:** the brief version of the Phonelink program, drinking behaviors, alcohol dependence

---

\*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

\*\*\*\*Lecture, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 23 January 2024, Revised: 20 October 2024, Accepted: 27 October 2024

# ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี\*

ศิริพร ธรรมราช, พย.บ.\*\*, ชาลินี สุวรรณยศ, Ph.D.\*\*\*, ھرรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D.\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม จำนวน 36 คน ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 16 คนญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 16 คน และทีมดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จำนวน 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินปัญหาจากการใช้สุรา 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราโดยคิดตามเป็นช่วงเวลา 5) แบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มโดยใช้สถิติทดสอบที

**ผลการศึกษา :** ผลการวิเคราะห์สถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ.001( $t = 11.67, p < .05$ ) และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นทุกราย มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

**สรุป :** โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น สามารถช่วยให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราปรับเปลี่ยนในทางที่ดี จึงควรนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไปใช้และขยายผลในระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

**คำสำคัญ :** โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

\*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: chaline.s@cmu.ac.th

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 23 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 20 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 27 ตุลาคม 2567

## ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกมีการเสนอข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 ว่าการใช้แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 200 กรณีประชากรทั่วโลกจำนวน 3 ล้านคนเสียชีวิตทุกปีซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 (World Health Organization, 2022) ประชากรในประเทศไทยพบมีพฤติกรรมดื่มประจำถึงร้อยละ 44 ประชากร 1 ใน 3 หรือร้อยละ 36 มีพฤติกรรมดื่มหนัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) และจากข้อมูลสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามารับบริการของโรงพยาบาลเพ็ญในปี พ.ศ 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีจำนวน 128, 163 และ 202 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวน 46, 52 และ 63 ราย และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับการรักษาทั้งหมดมีการกลับมารักษาซ้ำในปี พ.ศ 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 46.22, 48.56 และ 56.8 และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 3.54, 3.86, และ 4.08 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเพ็ญ, 2565) เนื่องจากในพื้นที่อำเภอเพ็ญยังมีการใช้สุราเลี้ยงสังสรรค์ในงานประเพณีฮีด 12 กอง 14 ที่จัดขึ้นทุกเดือน ดังนั้นจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเพ็ญมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว คิดเป็น

ร้อยละ 13.6 (โรงพยาบาลเพ็ญ, 2565) จากการสำรวจปัญหาโดยการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว มีสาเหตุเนื่องจาก ขาดทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมได้แก่ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด มีการหยุดการบำบัดทำให้การบำบัดไม่ครบกำหนด บางครั้งดื่มรับประทานยาและไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านแบบครอบคลุม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สุรารุนแรง ขาดทักษะในการสร้างโอกาสในการทำงาน ขาดทักษะการจัดการเรื่องเงิน ไม่มีการออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ ขาดความอบอุ่นในครอบครัวเนื่องจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี (เวชระเบียนการรักษาผู้จิตสุราโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลดื่มสุราจนติดสุราเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ด้านร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้สูญเสียการทรงตัว การควบคุมของระบบกล้ามเนื้อผิดปกติ และมีโรคแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะกังวลเมื่อมีการดื่มสุราเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น หนูแหว่ ภาพหลอน หวาดระแวง และก่อให้เกิดอาการเพื่อ สับสน หนูแหว่ ประสาทหลอน หวาดระแวงมีการหลงผิด และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (รินทร์ราย อรุณรัตน์ พงศ์ และชนันท์ ชาญศิลป์, 2560) ผลกระทบด้าน

ครอบครัวยากการที่เป็นผู้มีปัญหาใช้สุรารุนแรงจะส่งผลก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาท และการหย่าร้างในคู่สมรส (กุสุมา แก้วแดง, 2564) ผลกระทบด้านสังคมของผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีผลต่อพฤติกรรมความเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วยและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (กรมอนามัย, 2562) การถูกปฏิเสธการจ้างงานเนื่องจากคนในสังคมมักจะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคติดสุราในแง่ลบ (นรากร สาริห์แล่ม และคณะ, 2561) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดการเสียหายของทรัพย์สินจากการเกิดอุบัติเหตุ และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ต้องเข้ารับการรักษาจาก การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการสังเกตพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความต้องการเลิกดื่มสุรา แต่ไม่สามารถที่จะหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาดมีเพียงแต่ลดปริมาณการดื่มสุราลง และในที่สุดก็กลับมารักษาซ้ำซึ่งพบว่ามีสาเหตุ 3 ด้านที่เป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ คือ 1) ด้านการฟื้นฟู ขาดผู้ดูแลหลักในครอบครัว ขาดผู้ให้ข้อมูลข่าวสารการแนะนำการรักษาและการบำบัด 2) ด้านการดูแลตนเอง การไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ยาทำให้่วงซึม คิดว่าตนเองไม่ป่วย ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะถอนพิษสุรา 3) ด้านการสนับสนุน ขาดรายได้ ไม่มีเพื่อน ขาดงาน สูญเสียบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงบริการระบบสุขภาพได้ (ชไมพร

วงษ์พรหม, 2565) จากปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่สามารถเลิกการดื่มสุราได้ และไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จึงส่งผลทำให้มีการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และส่งผลกระทบทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีการกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และที่ผ่านมามีพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัวมีการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้งการบำบัด และทั้งการดูแลด้านร่างกายประกอบด้วยการใช้ยารักษาเพื่อการหยุดดื่มสุรา การควบคุมการดื่มและการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย การช่วยเหลือระยะสั้น (Brief intervention) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) การบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MTE) และแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuing of Care : COC) คือ การติดตามเยี่ยมบ้านและนอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว มีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินตามมาตรการทางสังคม การรณรงค์ในเทศกาลต่าง ๆ เช่น การงดเหล้าเข้าพรรษา งานศพปลอดเหล้า ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาและการบำบัดหลายรูปแบบแต่ก็ยังพบว่าจำนวนผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำเนื่องจากยังไม่มีรูปแบบในการดูแลของทีมดูแลสุขภาพ ในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัวมีระยะทางไกล ไม่สามารถมาพบแพทย์และการบำบัดตามนัดได้ จึงทำให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราเกิดความไม่ต่อเนื่อง และทำให้ฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ได้ช้า และผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพาไปเนื่องจาก อาชีพส่วนใหญ่ต้องไปขายมาลัยดอกไม้ในตัวเมือง จังหวัดอุดรธานี

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้มีการทบทวนรูปแบบ การบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว พบว่ามีรูปแบบการ ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชนไม่เป็นระบบ และ จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อค้นหาโปรแกรม ในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการ ลด ละ เลิก และป้องกันการกลับไปรักษาซ้ำโดยครอบคลุม การจัดการปัญหาคือการบำบัดดูแล (Treatment) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) และการบริการ สนับสนุน ประคับประคอง (Support services) ผู้ศึกษาพบว่าโปรแกรมที่เหมาะสมในการบำบัด ฟื้นฟูรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราโดยครอบคลุม วัตถุประสงค์ทั้ง 4 ด้านในการดูแล คือ โปรแกรม โทรตามเชื่อมโยงฉบับสั้น (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความ สอดคล้องกับการบำบัดฟื้นฟู ดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรค จิตสุราของกระทรวงสาธารณสุขตามแนวคิด โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน โปรแกรมนี้ ได้ใช้กรอบแนวคิดพัฒนามาจากแนวคิดของสแตน และแซนตอส (Stein & Santos, 1998) ประกอบด้วย ลักษณะงาน 3 ด้านมี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้าน การบำบัดดูแล (Treatment) มี 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้ คำปรึกษา และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) มี 1 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และด้านที่ 3) ด้านการ บริการ การสนับสนุนประคับประคอง (Support

services) มี 4 องค์ประกอบคือ การสร้างโอกาสใน การทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่ อาศัยและมีการจัดการด้านการเงิน (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2554) นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้พิจารณาตาม หลักการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ FAME (Pearson et al., 2005) และพบว่าโปรแกรม โทรตามเชื่อมโยงฉบับสั้นของหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ได้จริง (Feasibility) เนื่องจากมีจำนวนครั้งและเวลา ที่ไม่นานเกินไป มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ซึ่งมี สถานที่ที่มีทีมดูแลสุขภาพที่เพียงพอ มีความ เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ (Appropriateness) เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา เช่นเดียวกันมีคุณค่าและช่วยแก้ปัญหาได้ (Meaningfulness) สามารถนำไปใช้ในหน่วยงาน ต่อไปได้ส่วนของผู้ที่ได้รับโปรแกรมสามารถ ลด ละ เลิกพฤติกรรมดื่มสุราและลดการกลับมา รักษาซ้ำได้ และที่สำคัญโปรแกรมนี้นี้ได้รับการ ทดสอบว่ามีประสิทธิผลจริง (Effectiveness) นับได้ ว่าเป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) เนื่องจาก เป็นแนวปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์แล้วผ่านการ ทดลองใช้และได้พิสูจน์สมมุติฐานทางวิจัยยืนยัน ได้ว่าเป็นความจริงโดยมีข้อมูลนี้มาใช้อันยันจาก การนำไปใช้หลาย ๆ ครั้ง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความ สนใจ และตัดสินใจเลือกนำโปรแกรมการโทรตาม ตามเชื่อมโยงฉบับสั้นมาศึกษา (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานีและประเมินผลลัพธ์ ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี ได้แก่

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นสำหรับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่พัฒนาขึ้นโดยहरमाเศรษฐบุปผาและคณะ (2556) โปรแกรมนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของสเทนและแซนตอส (Stein & Santos, 1998) ประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้านมี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (treatment) มี 4 องค์ประกอบ คือการดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษาการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) มี 1 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และด้านที่ 3) ด้านการบริการ การสนับสนุนระดับประคอง (support services) มี 4 องค์ประกอบ คือ การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย และมีการจัดการด้านการเงิน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational study) การดำเนินการของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา คือ บุคคลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์บันทึกตามรหัสตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International of diseases, 10<sup>th</sup> edition) ลงรหัส F10.2 มีอายุระหว่าง 19 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความต้องการลด ละ เลิกสุรา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย สามารถอ่านออกเขียนได้ มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารได้ เป็นผู้ที่ยินยอมและให้ความร่วมมือ มีความสนใจในการร่วมการวิจัยในการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ และมีคะแนนประเมินปัญหาการใช้สุราโดยแบบประเมิน AUDIT สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศศิลปะกิจและพันธุ์ภักดิรัตน์ไพบุลย์ (2552) ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนในการศึกษานี้มีผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเข้าร่วมจำนวน 16 คน

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) มีโรค

ทางจิต หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคทางสมอง โรคลมชัก และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย 2) เคยได้รับการบำบัดตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม หรือกำลังเข้าร่วมการวิจัยอื่น

2. ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา คือบุคคลอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยเป็นสมาชิกครอบครัว เช่น พ่อ แม่ บุตร สามี ภรรยา เป็นต้นกลุ่มตัวอย่างกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสิ้นได้ มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารทั่วไปได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ อ่านออก และเขียนได้ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในการศึกษานี้ มีญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเข้าร่วมจำนวน 16 คน ได้แก่ มารดา ภรรยา สามี บุตร และพี่สาว

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็นและการสื่อสาร 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสิ้นได้ครบทุกกิจกรรมตามที่กำหนด 3) ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง

3. ทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ 1) เป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี ที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

2) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสิ้น 3) สามารถโทรศัพท์ในการติดตามเยี่ยม และการให้การบำบัดทางโทรศัพท์ได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสิ้น และ 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสิ้น ในการศึกษานี้มีทีมดูแลสุขภาพเข้าร่วมจำนวน 4 คน

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) มีการเข้าร่วมกับวิจัยอื่น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบโปรแกรมได้

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 140/2565 ซึ่งอนุมัติเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2565 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาจัดทำเอกสารเพื่อใช้ในการชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มขั้นตอนจนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา มีการอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการศึกษา โดยผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทน ชื่อ - สกุล เอกสารทั้งหมดถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกผู้ศึกษาถือกุญแจเพียงผู้เดียว ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการศึกษาแล้ว 1 ปี

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วนดังนี้  
คือ

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการ ได้แก่

1. โปรแกรมโทรตามเชื่อมโยงตามฉบับสั้น พัฒนาโดยहरषा सेरुनुपफा และคณะ (2556) ซึ่งพัฒนาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องความต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์จากผู้คิดสูตรและสารเสพติด ญาติ แกนนำชุมชนและบุคลากรทีมสุขภาพ ร่วมกับเนื้อหาที่ดัดแปลงจากโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจสำหรับผู้คิดสูตร โดย हरषा सेरुनुपफा และคณะ (2555) ต่อจากนั้นจึงนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมโทรตามเชื่อมโยง และพัฒนาเป็นโปรแกรมโทรตามเชื่อมโยงฉบับสั้นเพื่อความกระชับขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้คิดสูตรและสารเสพติดในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมการ ลด ละ เลิกการใช้สุรา และสารเสพติดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยชุดเครื่องมือ 4 เล่ม ได้แก่ (1) คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับผู้ดูแล (2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้คิดสูตรและการใช้ยาเสพติด (3) คู่มือการดูแลผู้คิดสูตรและใช้ยาเสพติดโดยญาติ (4) แบบบันทึกโทรตามเชื่อมโยงสำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ โดยดำเนินกิจกรรมตามคู่มือดังนี้ การบำบัดทางโทรศัพท์โทรติดตามเชื่อมโยงญาติหรือผู้ดูแลผู้คิดสูตรและสารเสพติดจำนวน 2 ครั้ง โดยโทรศัพท์ร่วมกันกับโทรศัพท์ที่เป็นโรคจิตสูตรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งการโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที โดย

ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรตามเชื่อมโยงฉบับสั้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดที่อยู่อาศัย และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 3 การรับประทานยา การส่งเสริมสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงานการจัดการเงิน และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินผลหลังจากโทรเชื่อมโยงครบ 5 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครบ 1 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด

#### 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ที่เป็นโรคจิตสูตร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการเข้ามารักษาด้วยอาการโรคจิตสูตรในโรงพยาบาล และระยะเวลาของการดื่มสุรา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสูตร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสูตร และความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตสูตร

1.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทีมดูแลสุขภาพลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ

ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

2. แบบประเมินปัญหาจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) มีจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบหลายแบบ คะแนนโดยรวมตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน การแปลผลที่แสดงผลของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็น 4 กลุ่ม เทียบเกณฑ์ดังนี้ 1) คะแนนระหว่าง 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 2) คะแนนระหว่าง 8 - 15 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบเสี่ยง 3) คะแนนระหว่าง 16 - 19 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบอันตราย 4) มีคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมแบบติด ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

3. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยติดตามเป็นช่วงเวลา (Time line Follow Back) (Sobell et al., 2001) ซึ่งแปลโดย หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โดยได้ดำเนินการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) จนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทยที่ใช้บันทึกการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ในระยะ 1 เดือนก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีการแปลผลคะแนนเทียบการดื่มมาตรฐานโดยกำหนดให้เครื่องดื่มประเภทสุรา 30 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน และเบียร์ 330 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐานและกำหนดวันดื่มหนักมากกว่าหรือ

เท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐานแล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มต่อเดือน (1 ดื่มมาตรฐานหมายถึงเบียร์ 5 ดิกรี 1 กระป๋อง 330 cc, เหล้าขาว 40 ดิกรี 32 cc 1 เป๊ก/ตอง/ก๊ง 50 cc เท่ากับ 1.50 ดื่ม, เหล้าสี 30 - 40 ดิกรี 2 ฝาใหญ่เท่ากับ 30 cc, ไวน์ 12 ดิกรี (100 cc) ในผู้ชายมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้หญิงดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในแต่ละสัปดาห์ ควรหยุดดื่มอย่างน้อย 2 วัน (ทั้งนี้ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว) โดยมีปริมาณการดื่มสุราเทียบเป็นจำนวนดื่มมาตรฐานต่อเดือน ร้อยละวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นแบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าภายใน 28 วัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ที่สร้างขึ้นโดยโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) เดือนที่จำหน่าย 2) ปีงบประมาณที่จำหน่าย 3) ผู้ป่วย F10.2 กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 4) ร้อยละไม่กลับมารักษาซ้ำ 28 วัน และ 5) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการรับรู้การดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น พัฒนาโดย หรรษา

เศรษฐกิจพอเพียง และคณะ (2556) เป็นแบบสอบถาม การรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการ ดูแลตามโปรแกรมเกี่ยวกับประโยชน์ต่อตนเอง ความมีประโยชน์ต่อญาติ ความสะดวกและพึงพอใจ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน มีจำนวนข้อคำถาม ทั้งหมด 4 ข้อเป็นแบบเลือกตอบ มี 5 ระดับตาม Rating Scale ดังนี้ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับ มาก 3 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย 1 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด และคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับข้อคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ ผู้ศึกษา นำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มี การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ การแปล คะแนน คะแนนจากข้อคำถามคิดค่าความถี่ของ จำนวนผู้ตอบ และ นำมาคำนวณเป็นร้อยละในแต่ละข้อ โดยการตอบตามความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่อง นั้นความหมายตาม Rating Scale ส่วนข้อมูลจาก คำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดหมู่ในคำถามแต่ละข้อ

#### การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปหา ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ใน ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน อำเภอฟะนิง จังหวัด อุรธานี จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อา วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบประเมินจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าระดับของ ความเชื่อมั่นของแบบประเมินจากการใช้สุรา เท่ากับ 0.82 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit et al., 2001) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบบันทึกพฤติกรรมการณ์ (Time Line Follow Back: (TLFB) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าระดับของความเชื่อมั่นของแบบ บันทึกพฤติกรรมการณ์ เท่ากับ 0.78 ซึ่งถือว่าผ่าน เกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit et al., 2001) ก่อน นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยจะดำเนินการ ตามขั้นตอนตามแนวคิดการเผยแพร่วัฒนธรรมของ โรเจอร์ (Roger, 2003) ประกอบด้วย 5 ระยะมี ขั้นตอนดังนี้

1) ระยะให้ความรู้ (Knowledge stage) ผู้ศึกษา ดำเนินเสนอข้อมูลปัญหาที่พบผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้สถิติย้อนหลัง 3 ปีของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการนำเสนอ โปรแกรมโทรตามเยี่ยมฉบับสั้นแก้ที่มสุขภาพ และได้นำเสนอถึงข้อดี ข้อเสีย ในการใช้โปรแกรม เพื่อให้ที่มสุขภาพมีทัศนคติที่ดีและตัดสินใจ เพื่อ นำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ในชุมชนได้และให้ที่มสุขภาพได้แสดงให้ ความ คิดเห็น ชักถาม จุดอ่อนและจุดแข็งของโปรแกรม โดยผู้ศึกษาส่งเสริมสนับสนุนให้ที่มสุขภาพที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนา บัวได้ตัดสินใจ และเห็นด้วยในการนำโปรแกรม

โทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชน

2) ระยะโน้มน้าว (Persuasion stage) และ

3) ระยะตัดสินใจ (Decision stage) หลังจากทีผู้ศึกษาได้นำเสนอให้ทีมดูแลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ให้เข้าใจถึงรูปแบบโปรแกรมที่ช่วยในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น ผู้ศึกษาได้ทำการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมดังกล่าวในวันที่ 28 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว เพื่อโน้มน้าวให้เห็นถึงประโยชน์ของการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา เพื่อเป็นการประกอบการตัดสินใจและพิจารณายอมรับของทีมสุขภาพ จากการประชุมในครั้งนี้ ทีมสุขภาพยอมรับและตัดสินใจใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นและยินดีเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งมีจำนวน 4 คน รวมทั้งผู้ศึกษา ถึงแม้ว่าผู้ศึกษาจะเข้าร่วมดำเนินการตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี และจะไม่มีผลกระทบการศึกษาโดยอคติ (Bias) หลังจากนั้นผู้ศึกษาและทีมดูแลสุขภาพทั้ง 4 คน ได้เข้ารับการฝึกอบรมการบำบัดโดยการโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว โดยอบรมกับผู้พัฒนาโปรแกรม (อาจารย์ ดร.हररररर रररररररररर คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่) ผ่านทางระบบออนไลน์ (Zoom Video Conference) เพื่อให้ทราบถึง

รายละเอียดของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น และมีความรู้ความสามารถในการนำไปปฏิบัติดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้อย่างถูกต้องซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมและสามารถนำโปรแกรมไปใช้โดยการฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมได้

4) ระยะลงมือปฏิบัติ (Implementation stage)

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ที่ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจตามนัดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ศึกษาได้พบกับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 16 คน และผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 16 คน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 - 12.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว และใช้แนวทางของการประสานความร่วมมือ (Collaboration) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ในการดำเนินการโปรแกรมจะมีการโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมด 5 ครั้ง ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2566 และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวน 2 ครั้งโดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมร่วมกันกับโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคจิตสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที และมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมประเมินผลหลังจากโทรติดตามเยี่ยมครบ 5 ครั้ง และหลัง

สิ้นสุดโปรแกรมครบ 1 เดือน

ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมิน  
โทรถามตามเยี่ยมการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การ  
จัดการที่อยู่อาศัยและการให้คำปรึกษา ร่วมกับการ  
โทรศัพท์ไปยังผู้ดูแลหรือญาติครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤต  
การขอรับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา  
ร่วมกับการ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมไปยังผู้ดูแลหรือ  
ญาติครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3 การรับประทานยาส่งเสริม  
สุขภาพและการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการ  
ทำงาน การส่งเอกสาร การจัดการการเงินและการ  
ให้การคำปรึกษา

ครั้งที่ 5 โทรศัพท์เยี่ยมติดตาม  
กิจกรรมทั้ง 9 องค์ประกอบ และการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 6 ประเมินผลการดำเนินการ  
ตามโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินโทรถามตาม  
เยี่ยมฉบับสั้น และการให้คำปรึกษาหลังสิ้นสุด  
โปรแกรม 1 เดือน

5) ระยะยืนยัน (Confirmation stage) ขั้นตอน  
การประเมินผล เป็นระยะที่ยืนยันผลของโรเจอร์ซึ่ง  
เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมโดยวัด  
จากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นคือ การเก็บข้อมูลเพื่อประเมิน  
ประสิทธิผลหลังได้รับโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม  
ฉบับสั้นครบ 5 ครั้งและประเมินต่อจากนั้น 1 เดือน  
โดยใช้แบบประเมินปัญหาจากการใช้สุรา (Alcohol  
Use Disorders Identification Test [AUDIT]) การ  
ติดตามข้อมูลการกลับมารักษารักษาซ้ำของที่เป็นโรคติด  
สุราที่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ

และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว  
สอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ไป  
ใช้ประเมินหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม  
โทรถามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัด  
อุดรธานี มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา  
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง  
ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล และทีมดูแล  
สุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของประสิทธิผลของการ  
ใช้โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็น  
โรคติดสุราได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา การกลับมา  
รักษาซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรถาม  
ตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยใช้  
สถิติพรรณนาโดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย  
และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ  
วันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับ  
โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรค  
ติดสุรา โดยใช้สถิติ t- test กำหนดระดับนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบ  
ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่  
มีปัญหาการใช้สุรารุนแรงต่อการใช้โปรแกรมโทร  
ถามตามเยี่ยมฉบับสั้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง  
พรรณนาโดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละของ  
แต่ละข้อคำถาม

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และทีมดูแลสุขภาพ

การศึกษานี้มีผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมดจำนวน 16 ราย ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 51.8 ปี ( $SD = 6.36$ ) มีสถานภาพสมรส คู่ 8 ราย หม้ายหรือหย่าร้าง 4 ราย โสด 4 ราย ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด มีอาชีพเกษตรกร 8 ราย ค้าขาย 3 ราย รับจ้าง 3 ราย และว่างงาน 2 ราย รายได้เฉลี่ย 6,937 บาท ต่อเดือน ( $SD = 4,057$ ) จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.88 ครั้ง ( $SD = 1.76$ ) และระยะเวลาของการดื่มมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.75 ปี ( $SD = 2.11$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมด 16 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 55.18 ปี ( $SD = 5.76$ ) มีอาชีพ เกษตรกร 6 ราย รับจ้าง 5 ราย และค้าขาย 5 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด มี

ความสัมพันธ์ทั้งแบบสามีหรือภรรยา 8 รายและบุตรหรือญาติพี่น้อง 8 ราย รายได้เฉลี่ย 9,193.75 บาท ต่อเดือน ( $SD = 4,140.28$ ) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเฉลี่ยอยู่ที่ 5.43 ปี ( $SD = 1.93$ ) ทีมดูแลสุขภาพ จำนวน 4 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 43.70 ปี ( $SD = 9.90$ ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 ราย และปริญญาโท 2 ราย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 30 ปี เฉลี่ยอยู่ที่ 20.50 ปี ( $SD = 10.34$ ) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ระหว่าง 1 - 15 ปี เฉลี่ย 8.50 ปี ( $SD = 5.80$ )

### 2. ข้อมูลประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ได้แก่ ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ และข้อมูลพฤติกรรมการดื่ม

พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน ไม่พบผู้ที่เป็นโรคจิตสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราแสดงไว้ในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 1 เดือน ( $n = 16$ )

|                             | วันที่ดื่มหนัก |      | วันหยุดดื่ม |      | t     | p-value |
|-----------------------------|----------------|------|-------------|------|-------|---------|
|                             | Mean           | SD   | Mean        | SD   |       |         |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน | 12.12          | 1.31 | 9.50        | 2.06 | 4.19  | .000*   |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน | 7.31           | 1.30 | 13.50       | 1.60 | 11.67 | .000*   |

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ก่อนได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนัก 12.12 วันต่อเดือน ( $SD = 1.31$ ) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักลดลงเป็น 7.31 วันต่อเดือน ( $SD = 1.30$  และพบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่ม 9.5 วันต่อเดือน ( $SD = 2.06$ ) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีค่าเฉลี่ยวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นเป็น 13.50 วันต่อเดือน ( $SD = 1.60$ ) จึงสรุปได้ว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความแตกต่างของจำนวนวันดื่มหนัก และวันหยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p\text{-value} = 0.000$ )

### 3. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวนทั้งหมด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น ต่อตนเอง เห็นว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล มีความสะดวกในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีความพึงพอใจมากที่สุดทุกข้อ

## การอภิปรายผล

โดยผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และการกลับมารักษาซ้ำหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีพฤติกรรมการดื่มลดลง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนักลดลงและมีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคจิตสุรา ร้อยละ 100.00 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเนื่องจากโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นเป็นโปรแกรมที่มีลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ (हरषा रेसुनुषा फा लेकने, 2553) ดังนี้ 1) ด้านการบำบัดดูแล (Treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดำเนินกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหลังจากที่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจมีทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา เรื่องการรับประทานยา ทำให้มีการรับประทานยาต่อเนื่องและสามารถประเมนอาการข้างเคียงจากยาได้ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม และญาติ

หรือผู้ดูแล พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามีความต้องการอยากดื่มสุราหรือมีภาวะถอนสุรา ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร วงษ์พรม (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็โรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีการบำบัดดูแลอย่างเป็นระบบสามารถส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุราช่วยลดความซับซ้อนของปัญหาและความรุนแรงของปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตสุราได้

2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Service) ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่นการออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการให้กำลังใจช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุรารู้สึกตนเองมีคุณค่า การสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีรวมไปถึงการสื่อสารในครอบครัวก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ทำให้ ลด ละ เลิกการดื่มสุราลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการและต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด 4 ภาค ของ ธรรมชาติ เศรษฐบุปผา (2558) พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตสุรา พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง มีคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3) ด้านการบริการสนับสนุน

ระดับรอง (Support service) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การให้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การแนะนำการดูแลที่อยู่อาศัย การให้คำแนะนำการเงิน โดยการทำบัญชีรายรับรายจ่ายในครัวเรือน การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการอยากดื่มสุรา การส่งเสริมหาแหล่งสนับสนุนในการทำงานตามความเหมาะสม หลังจากได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 1 เดือน พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตสุรา มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น มีความใส่ใจสุขภาพตนเองมากขึ้น สามารถจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นตัวกระตุ้นในการเกิดอาการอยากดื่มสุราได้ดี มีการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเนื่องจากมีเงินออมมากขึ้น ซึ่งเงินในการออมนี้ได้มาจากเงินส่วนที่ผู้ที่เป็โรคจิตสุราเคยใช้จ่ายในการหาสุรามาดื่ม เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและครอบครัว สัมพันธภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการและต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด 4 ภาค ของ ธรรมชาติ เศรษฐบุปผา (2558) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชไมพร วงษ์พรม (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็โรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ไม่พบการกลับมารักษซ้ำของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมโทร

ถามตามเชี่ยมฉบับสั้น มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการกลับมารักษารักษาในโรงพยาบาลได้จริง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรถามตามเชี่ยมฉบับสั้น ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรถามตามเชี่ยมฉบับสั้น มีความพึงพอใจทุกด้านร้อยละ 100.00 เนื่องจากโปรแกรมมีคู่มือในการดูแลผู้ติดสุราสำหรับการบำบัดทางโทรศัพท์โทรติดตามเชี่ยมญาติหรือผู้ดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติดจำนวน 2 ครั้งโดยโทรศัพท์ร่วมกันกับโทรศัพท์ผู้ที่เป็นโรคติดสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งการโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที และมีการติดตามประเมินผลหลังจากโทรเชี่ยมครบ 5 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครบ 1 เดือน โดยมีการบำบัดคือ ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรถามตามเชี่ยมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัยและการให้คำปรึกษา ร่วมกับการโทรศัพท์ไปยังผู้ดูแลหรือญาติครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤต การขอรับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ร่วมกับการโทรศัพท์ไปยังผู้ดูแลหรือญาติครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 การรับประทานยา ส่งเสริมสุขภาพและการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การส่งเอกสาร การจัดการการเงินและการให้การคำปรึกษา ครั้งที่ 5 เชี่ยมติดตามกิจกรรมทั้ง 9 องค์ประกอบ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 6 ประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินโทรถามตามเชี่ยมฉบับสั้น และการให้

คำปรึกษาหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ซึ่งมีเนื้อหาในการให้ความรู้ ช่วยจัดการกับปัญหา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราแบบฉบับสั้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเข้าใจง่าย มีเนื้อหาที่กระชับ และทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีการตระหนักในการดูแลตนเอง มาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทศพล ทองย้อย และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมลดการดื่มสุราเมื่อผู้รับบริการกลับไปอยู่บ้านผู้รับการบำบัด มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคนสนใจให้ความห่วงใย และสามารถหยุดดื่มสุราได้ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หรรษา เศรษฐบุปผา (2558) ที่ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการ และต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรถามตามเชี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด 4 ภาค จำนวน 236 โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมโทรถามตามเชี่ยมฉบับสั้นไปใช้ทุกด้านร้อยละ 100 จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีกำลังใจและมีการไว้วางใจสามารถเลิกการดื่มสุราได้ ซึ่งจากการได้รับโปรแกรมโทรถามตามเชี่ยมฉบับสั้น จนสามารถลดการดื่มลง และเลิกดื่มสุราได้เป็นระยะ 1 เดือน เนื่องจากโปรแกรมมีเนื้อหาการให้ความรู้ ช่วยจัดการปัญหาและการให้คำปรึกษาต่างๆ รวมถึงการให้กำลังใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุรารุนแรงเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ความร่วมมือในการบำบัดและทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาจาก

การใช้สุรารุนแรง ดูแลตนเองได้ สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาพบแพทย์ตามนัด มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการจากการหยุดสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา อรัญทิมา และสุมพร จันทรงาม (2565) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จากการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยติดสุรา ทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีความสามารถ มีอิสระและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มและส่งเสริมก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจทำให้พบว่าระดับพฤติกรรมการดื่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เชื่อมั่นในตนเองในการปฏิเสธการดื่มสุรา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา สามารถ ลด ละ เลิกการดื่มสุราในที่สุด และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย

โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็โรคติดสุรา สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยมีจำนวนวันดื่มหนักที่ลดลง และจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้และควรมีการนำเสนอเชิงนโยบายให้มีการบรรจุโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นไปใช้ในหน่วยงานโรงพยาบาลเพ็ญ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนัดเวลาการเยี่ยมทางโทรศัพท์

ในวันเวลา เดียวกันทุกสัปดาห์และควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และโทรไปย้าวันนัดล่วงหน้ากับญาติหรือผู้ดูแลก่อน 1 วัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น

## ด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็โรคติดสุราโดยมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและการกลับมารักษาซ้ำหลังจากได้รับโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และควรทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่จำนวนมากขึ้น รวมถึงบริบทพื้นที่อื่น ๆ ร่วมด้วย

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2562, 15 กรกฎาคม). *โทษ พิษ ภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด*.  
[https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook\\_13\\_mini-](https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_13_mini-)
- กุสุมา แก้วแดง. (2564). การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลกระแสนิษฐ์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 51-64.
- ชไมพร วงษ์พรม. (2565). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็โรคติดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทศพร ทองชัย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, และกิตติภูมิ ภิญญ. (2562). การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 80-89.

นรากร สาริแห้ว, กันตวิษณุ จูเปรมปรี, และ กัลยา มั่นส่วน.

(2561). ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติและมนุษยชนในวิถีของชุมชน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(6), 589-594.

ปริทรรศ ศิลปกิจ, และ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552).

AUDIT: แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ. เชียงใหม่: บริษัททานตะวันเปเปอร์จำกัด.

รินทราย อรุณรัตน์พงศ์, และ ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2560). ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62 (1), 27-34.

โรงพยาบาลเพ็ญ. (2565). ฐานข้อมูลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ามาใช้บริการในปีงบประมาณ 2563-2565. อุดรธานี: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลเพ็ญ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว. (2565). *เวชระเบียนการรักษาผู้ติดสุรา*. อุดรธานี: อีสานการพิมพ์.

โรงพยาบาลเพ็ญ. (2565). ฐานข้อมูลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำในปีงบประมาณ 2563-2565. อุดรธานี: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลเพ็ญ.

หรรษา เศรษฐบุปผา. (2558). *ผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการ ต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินการโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์) สำหรับผู้ติดสุราและใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษา 4 ภาค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)*.

หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์, ชลธิชา สิมะวงศ์, และ นพวรรณ อุปคำ. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมใกล้บ้าน* *สมานใจ: การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา*. (พิมพ์ครั้งที่1). พิมพ์เดือนดี.

หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์, และสกวารัตน์ เทพประสงค์. (2556). *คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับผู้ติดสุรา* (พิมพ์ครั้งที่ 1) .วนิดาการพิมพ์.

หรรษา เศรษฐบุปผา, ชลธิชา สิมะวงศ์, นพวรรณ อุปคำ, และ จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา. แผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, (สิงหาคม 2566). *สุขภาพคนไทย*. [https://www.thaihealthreport.com/th/articles\\_detail.php?id=207](https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=207)

สุชีรา อรัญทิมา, และ สยมพร จันทรงาม. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมลดการดื่มของผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการสาธารณสุขจังหวัดตาก*, 25 (2), 30-57.

Polit, D.E, Beck, C.T, Hungler, B.D. (2001). *Essential of nursing research: Methods, Appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Roger, E. M. (1976). New Product Adoption and Diffusion. *Journal of Consumer Research*, 2(4), 290-301.

Roger, E. M. (2003). *Diffusion of innovation* (5nd ed). Free Pres.

Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. Norton.

World Health Organization. (2001). The alcohol use disorders identification test: AUDIT. Geneva, WHO.

World Health Organization. (2022, 10 May). *Global status report on alcohol and health*. Retrieved <https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-alcohol>.

Sobell, L.C., Agrwal, 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.