



Effects of ASSIST-Linked Brief intervention for Alcohol Screening on Moderate Risk Drinking Behaviors in People Living with Human Immunodeficiency Virus at the Antiretroviral Drugs Clinic of, Ko-Kha Hospital, Lampang Province

Pannita Maharaj ^{1*}

(Received: November 14, 2021, Revised: February 25, 2022, Accepted: April 1, 2022)

Abstract

Hazardous alcohol use is common among people living with HIV (PLHIV) and may decrease antiretroviral therapy (ART) adherence. This study was a quasi-experimental study with pre-posttest two groups design. This study was aimed to compare alcohol consumption behavior before and after receiving the ASSIST-linked brief intervention and between the experimental group and the control group. It also examined the relationship between the ASSIST-linked brief intervention and the antiretroviral therapy adherence in PLHIV. The samples consisted of 100 PLHIV aged 20-60 years old, had moderate risk behaviors and took antiretroviral drugs regularly. The samples were equally divided into a control group and an experimental group. An experimental group received the ASSIST-linked brief intervention on moderate risk drinking, while a control group received the routine nursing care. The instrument for collecting data was the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) developed by WHO. Data were analyzed by using descriptive statistics, analysis of paired t-test and independent t-test and also binary logistic regression analysis.

The study revealed that after intervention for 16 weeks: The experimental group had significantly lower mean score of drinking behaviors than before the intervention. (p -value < .001) The experimental group had significantly lower mean score of drinking behaviors than the control group. (p -value < .001) The experimental group had the opportunity to take antiretroviral drugs more than 95% for 3.76 times when compared to the control group (p -value = .008)

It could be seen that the ASSIST-linked brief intervention can be effective for modifying behavior in PLHIV and increasing antiretroviral therapy adherence.

Keywords: ASSIST-linked brief therapy; Drinking behaviors; People living with HIV

¹Medical Physician, Senior Professional Level Department of Internal Medicine Ko-Kha Hospital

¹Corresponding author: k_pannita@hotmail.com โทร 098 995 0565



ผลของการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ต่อพฤติกรรม
การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกาะคา
จังหวัดลำปาง

พัฒนิตา มหาราช^{1*}

(วันที่รับบทความ : 14 พฤศจิกายน 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 1 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงพบได้ทั่วไปในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งนำมาสู่ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสที่ลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST กับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางและกินยาต้านไวรัสเป็นประจำ จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน ที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และกลุ่มควบคุม 50 คน ซึ่งได้รับการแนะนำตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ paired t-test และการทดสอบค่าที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังทดลองในสัปดาห์ที่ 16 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ณ สัปดาห์ที่ 16 หลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และกลุ่มทดลองมีโอกาสให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับ 3.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .008$)

ผลการศึกษานำการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST ไปใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางและเพิ่มความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST; พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์; ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเกาะคา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ k_pannita@hotmail.com โทร 098 995 0565



บทนำ

ไวรัสเอชไอวี ย่อมาจากภาษาอังกฤษว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่เมื่อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์แล้ว จะมุ่งไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว ซึ่งเม็ดเลือดขาวในร่างกายทำหน้าที่ในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายแล้วนำไปทำลาย เมื่อเซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จนในที่สุดร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันร่างกายจากเชื้อโรคนอก โดยไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อได้ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่ง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การติดเชื้อเอชไอวี แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะติดเชื้อเอชไอวี อาการช่วงแรกจะคล้ายเป็นไข้หวัดทั่วไปและเมื่อเจาะเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบปริมาณไวรัสที่สูงมาก 2) ระยะสงบ เป็นระยะที่ไม่มีอาการ ระยะนี้เชื้อไวรัสค่อยๆทำลายเม็ดเลือดขาวและทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษาจะใช้เวลาประมาณ 7-10 ปี ก่อนจะพัฒนาเข้าสู่ระยะเอดส์ และ 3) ระยะเอดส์ (AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องอย่างรุนแรงจนทำให้ร่างกายไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากโรคแทรกซ้อน และมักมีอาการติดเชื้อที่รุนแรงมาก มีโอกาสเสียชีวิตสูง ในช่วงที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายแต่ยังไม่มีอาการป่วย (ระยะที่ 1 และ 2) เรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะร่างกายยังมีภูมิคุ้มกันที่ควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้อยู่ และเมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายเหลือจำนวนน้อย จนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคบางอย่างได้ ทำให้ป่วยด้วยเชื้อโรคนั้นๆ (ระยะที่ 3) เรียกว่า ‘เริ่มมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง’ และผู้ที่อยู่ในระยะนี้ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 2 คือ ระยะติดเชื้อและไม่มีอาการ แพทย์จะเริ่มให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสทันทีเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุด ทำให้ไวรัสเอชไอวีส่งผลต่อเม็ดเลือดขาวและภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยที่สุด หากกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอก็จะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติควบคู่ไปกับการระวังไม่แพร่เชื้อไวรัสให้ผู้อื่นเพิ่มเติม แต่หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยล่าช้าหรือรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จนร่างกายเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ระยะเอดส์ จะเป็นการรักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อนเป็นหลัก ควบคู่ไปกับการให้ยาต้านไวรัส ซึ่งในระยะนี้ร่างกายจะอ่อนแอมากและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้น การคัดกรองคนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การได้รับยาต้านไวรัสอย่างทันที่ และการให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการรักษาและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (World Health Organization, 2016)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้ประกาศยุทธศาสตร์ 90-90-90 โดยมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย ร้อยละ 90 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย ร้อยละ 90 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้สำเร็จอย่างน้อย ร้อยละ 90 ภายในปี ค.ศ.2020 (UNAIDS, 2016) ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติไม่สามารถทำได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงระยะเวลานี้มีการแพร่ระบาดใหญ่ของ COVID – 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจทั่วโลก (The World Bank, 2021)



และยังส่งผลต่อการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก (Jiang, Zhou, & Tang, 2020) ยิ่งไปกว่านั้น แอลกอฮอล์ยังเป็นสารเสพติดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก (Peacock et al., 2021) และอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานให้ถึงเป้าหมายดังกล่าว (Lipira et al., 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผนวกกับสถานการณ์ของ COVID-19 ในขณะนี้ (The Lancet, 2020)

การดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งการดื่มออกได้เป็น 3 ระดับ ตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปและความเสี่ยงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Center for Alcohol Studies, 2011) คือ 1) การดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย (low risk) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 50 มิลลิลิตร 2) การดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสูง (hazardous drinking) หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวัน เทียบเท่ากับเบียร์ 4.5 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 150 มิลลิลิตร นอกจากนี้การดื่มมากแบบเม้าท์ราน้ำ (binge drinking) คือการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากติดต่อกันในระยะเวลาอันสั้น (ภายใน 2-3 ชั่วโมง) ในโอกาสหรือเหตุการณ์ครั้งเดียวกัน โดยดื่มตั้งแต่ 3 แก้วขึ้นไปต่อครั้ง และ 3) การดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ เป็นการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน การที่ถูกสังคมตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์ในการแก้ไขปัญหาในชีวิต ทำให้พบการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายได้มากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Wardell, Shuper, Rourke, & Hendershot, 2018) จากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในหลายศูนย์การศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 27 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ร้อยละ 34 มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเม้าท์ราน้ำ (Duko, Ayalew, & Ayano, 2019) ขณะที่ผลการศึกษาจากกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง พบพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายอย่างแพร่หลาย ร้อยละ 20 – 46 (Lunze et al., 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 18.7 (Musumari et al., 2017) การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาล่าช้าและขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Abaynew, Deribew, & Deribe, 2011) ลดความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส (Tran, Nguyen, Do, Nguyen, & Maher, 2014) เพิ่มพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและการใช้สารเสพติดแบบฉีดอันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่น (Li et al., 2017) นอกจากนี้แล้วยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้แย่งลงและเชื้อเอชไอวีมีการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสลดลง (Malbergier, Amaral, & Cardoso, 2015) อย่างไรก็ตามสิ่งที่เราทราบถึงผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสังคม แต่ในปัจจุบันยังคงไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้ (Hasin et al., 2013)

แนวทางการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีด้วยกัน 3 ระดับ คือ การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยการใช่วิธีการต่างๆในการควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์



ระดับทุติยภูมิจะเน้นที่การค้นหา (early detection) และวินิจฉัยผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือในระดับนี้ที่พบว่าสามารถนำมาปฏิบัติได้ผลดี คือการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะการดื่มแอลกอฮอล์ว่าดื่มแบบเสี่ยงน้อย แบบเสี่ยงปานกลาง หรือแบบเสี่ยงสูง และให้การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) แก่กลุ่มดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ส่วนระดับตติยภูมิคือการรักษาผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์หรือกลุ่มเสี่ยงสูง (Trova, Paparrigopoulos, Liappas, & Ginieri-Coccosis, 2015)

การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายในคนปกติทั่วไป เป็นรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่อันตราย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาสุขภาพทางจิต และปัญหาสังคม (Teferra et al., 2016) ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะนี้จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการโดยการให้การบำบัดแบบสั้น ซึ่งใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาทีในแต่ละครั้ง มีการบำบัดตั้งแต่ 1 ถึง 6 ครั้ง เพื่อป้องกันการพัฒนาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จากการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางจนกลายเป็นการดื่มแบบเสี่ยงสูง (Moyer, 2013) มีหลายการศึกษาในอดีตที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาส่วนใหญ่ทำในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงและอยู่ในภูมิภาคอเมริกาเหนือ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้การบำบัดแบบสั้น (Hasin et al., 2013) แต่มีบางการศึกษาที่ไม่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในประเด็นดังกล่าว (Chander, Hutton, Lau, Xu, & McCaul, 2015) ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถนำมาอ้างอิงใช้ในประเทศไทยได้ เนื่องจากมีบริบทในการศึกษาที่แตกต่างกันและยังไม่เคยมีการศึกษาดังกล่าวมาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นในบทบาทของแพทย์เวชกรรมป้องกันที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัส จึงต้องการศึกษาการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางในผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเป็นประจำ ณ คลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกาะคา โดยการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อจากการคัดกรองด้วย ASSIST (ASSIST linked brief intervention) ซึ่งถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2013) โดย ASSIST เป็นคำย่อของ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test หรือแบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า ยาหลอนประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ฝิ่นและยาอื่นๆ ที่มีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้คัดกรอง ซึ่งมีจุดเด่นที่ผู้ให้บริการสามารถส่งมอบการบำบัดแบบสั้นได้สำเร็จในครั้งเดียว โดยใช้ระยะเวลาเพียง 3 - 15 นาที เหมาะสมกับบริบทของคลินิกยาต้านไวรัสที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง มีการแบ่งปันความรู้และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมตลอดจนรับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวเอง

ปัจจุบันยังไม่พบรายงานการศึกษาดังกล่าวถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อจากการคัดกรองด้วย ASSIST ในผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการศึกษานี้ก็เพื่อที่จะประเมินถึงประสิทธิผลของการให้บำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อจากการคัดกรองด้วย ASSIST ในผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง และเพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อ



จากการคัดกรองด้วย ASSIST และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง เมื่อเราคำนึงถึงจำนวนผู้รับบริการจำนวนมากที่คลินิกยาต้านไวรัส จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาการช่วยเหลือที่สั้น สามารถทำได้ในครั้งเดียวและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST กับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง หลังได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ต่ำกว่าก่อนการได้รับการบำบัด
2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้บริการตามปกติ นั่นคือประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ แจ้งผลการประเมินและให้คำแนะนำเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ แจ้งนัดหมายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลับมาประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส ใช้เวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง 16 สัปดาห์ โดยมีประชากรที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเป็นประจำและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางจำนวน 250 คน โดยเริ่มทำการวิจัย ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื่อเฮชไอวีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ แบบเสี่ยงปานกลาง (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST) ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 11-26 คะแนน ที่รับยาต้านไวรัสเป็นประจำ ณ คลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกาเคา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื่อเฮชไอวีที่กินยาต้านไวรัสเป็นประจำและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกาเคา มีอายุระหว่าง 20-60 ปี มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่าง 11-26 คะแนน และได้รับยาต้านไวรัสมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตน ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ ความมีอิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยและได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย โดยคำนวณจากโปรแกรม STATA เวอร์ชัน 12 และได้นำการศึกษาของ Joseph, Das, Sharma, & Basu (2014) มาร่วมกำหนด โดยกำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันปัญหากลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาที่กำหนด ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน นำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (paired matching) ด้วยเกณฑ์ เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาในการกินยาต้านไวรัส ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส และคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระดับเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST 10 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2013) ซึ่งประกอบด้วย 1) Asking ถามผู้ป่วยว่าสนใจจะทราบคะแนนแบบสอบถามของตนเองหรือไม่ 2) Feedback ให้คะแนนเฉพาะตัวแก่ผู้ป่วย 3) Advice ให้คำแนะนำวิธีการลดความเสี่ยงจากการใช้แอลกอฮอล์ 4) Responsibility ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง 5) Concerned ถามผู้ป่วยว่ารู้สึกกังวลกับคะแนนของตนเองมากน้อยเพียงไร 6) Good things ให้ซึ่งน้ำหนักรับรู้ดีของการใช้แอลกอฮอล์ 7) Less good things ให้ซึ่งน้ำหนักรับรู้ไม่ดีของการใช้แอลกอฮอล์ 8) Summarize and reflect สรุปและสะท้อนคำพูดของผู้ป่วยโดยเน้นที่ “ข้อไม่ค่อยดี” 9) Concerned ถามผู้ป่วยว่ากังวลกับ “ข้อไม่ค่อยดี” มากน้อยเพียงไร และ 10) Take-home materials ให้เอกสารคู่มือกลับบ้านเพื่อเสริมการบำบัดแบบสั้น โดยผู้ให้การบำบัดแบบสั้นเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกยาต้านไวรัส ที่เข้ารับการอบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ทำการบำบัดจำนวน 1 ครั้งๆละ 15 นาที ร่วมกับการบำบัดตามปกติ ได้แก่ การ



ประเมินอาการ การให้คำแนะนำแบบสั้น จำนวน 1 ครั้งๆละ 10 นาที ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแสดงความชื่นชม ความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำถามสร้างแรงจูงใจในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เช่นการถามเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การถามเกี่ยวกับความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่ผ่านมา 3) การให้ข้อมูลในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็น มีความรวดเร็วและให้ทางเลือกแก่ผู้รับบริการ

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่ม จำนวนรายการยาต้านไวรัสที่กินเป็นประจำ และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส

2.2 แบบคัดกรองประสพการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด : คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test:ASSIST) : manual for use in primary care ขององค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2011) โดยให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้สอบถามผู้มารับบริการ แบบคัดกรอง ASSIST สามารถคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดได้หลายประเภท สำหรับการศึกษาที่ใช้คัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความเสี่ยงต่ำ ระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงสูง แบบคัดกรอง ASSIST ประกอบด้วย 7 คำถาม มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 39 แบบคัดกรองนี้มีความไว (sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 96 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ร้อยละ 88 ในการคัดแยกพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (Nima, Rakpanusit, Arttanuchit, Porji & Hayeye, 2016)

โดยคำถามข้อที่ 1 สอบถามว่าในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หากไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปให้ยุติการประเมิน หากเคยดื่มแอลกอฮอล์ให้ทำการประเมินต่อ คำถามข้อที่ 2 สอบถามความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 คำถามข้อที่ 3 สอบถามความต้องการดื่มแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 คำถามข้อที่ 4 สอบถามปัญหาสุขภาพ ครอบคลุม 7 อาการ ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 7 คำถามข้อที่ 5 สอบถามการไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 8 คำถามข้อที่ 6 สอบถามความเป็นห่วงของครอบครัวต่อการดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 คำถามข้อที่ 7 สอบถามความล้มเหลวในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 จากนั้นแบ่งคะแนนจัดกลุ่มพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0 - 10 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Lower risk)

คะแนน 11 - 26 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)

คะแนน 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงสูง (High risk)



2.3 แบบบันทึกการนับเม็ดยาด้านไวรัส โดยเภสัชกรเป็นผู้นับเม็ดยาที่คงเหลือของผู้มารับบริการเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด และบันทึกลงในแบบบันทึกการนับเม็ดยาในแต่ละครั้งที่มารับบริการ หากมีความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95 หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส หากมีความร่วมมือน้อยกว่า ร้อยละ 95 หมายถึง ไม่มีความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส (Department of Disease Control, 2020)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST) ขององค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2011) ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้ศึกษารวบรวมเอกสารและจัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมตัวผู้ให้การบำบัดแบบสั้นซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกยาด้านไวรัส โดยให้เข้ารับการอบรม การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ 2: ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดแบบสั้นซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 10 ขั้นตอนจากผู้ให้บริการ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมให้การบำบัดแบบสั้น และนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง พร้อมแจ้งผลประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้กลุ่มทดลองแต่ละคนรับทราบ และแจ้งสิ้นสุดการศึกษา

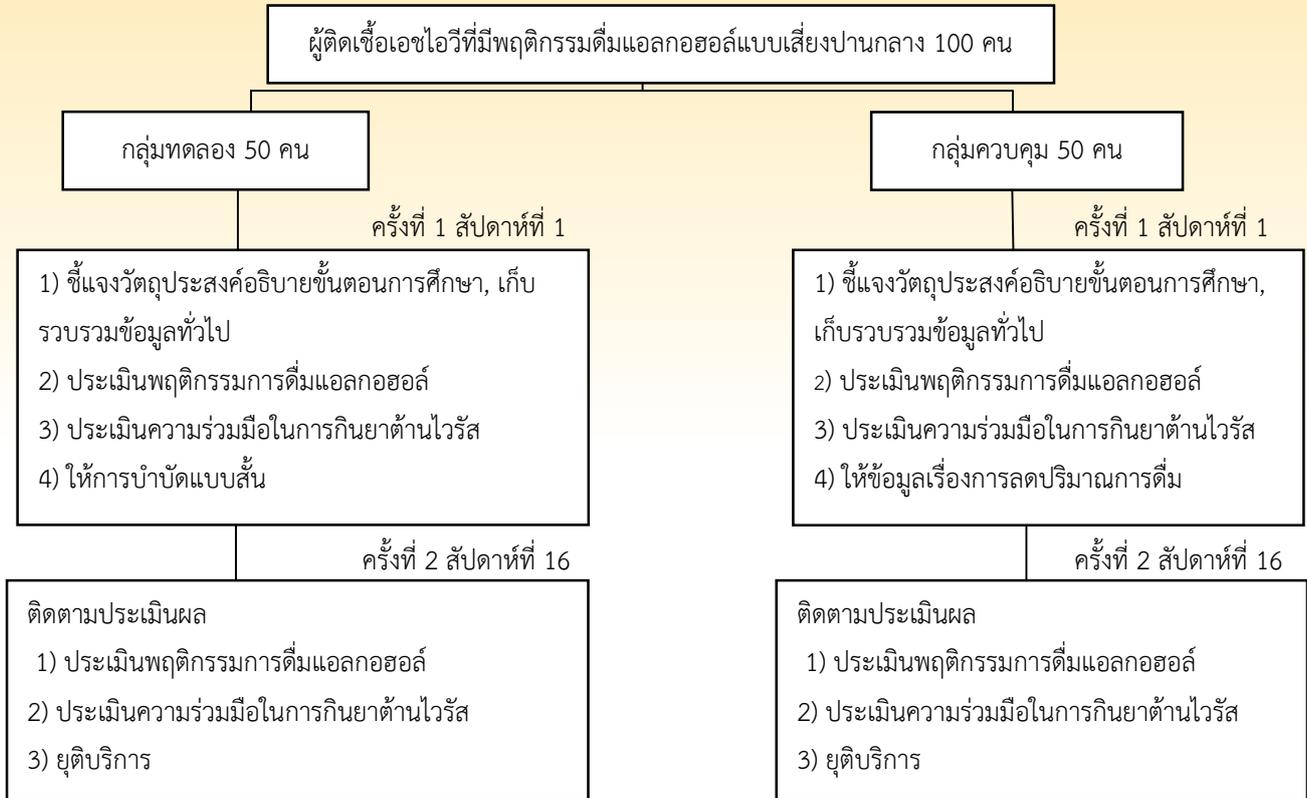
2. กลุ่มควบคุม จะได้รับคำแนะนำตามปกติจากผู้ให้บริการ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมให้ข้อมูลเรื่องการลดการดื่มแอลกอฮอล์ และนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มควบคุม พร้อมแจ้งผลประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้กลุ่มควบคุมแต่ละคนรับทราบ และแจ้งสิ้นสุดการศึกษา



การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสรุปดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา โดยข้อมูลที่เป็นค่านามนับได้ (categorical variable) รายงานเป็นความถี่หรือร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่อง (continuous variable) รายงานเป็นค่า Mean±SD สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้ t-test แบบ paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนน ASSIST ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และใช้ t-test แบบ independent t-test ในการเปรียบเทียบคะแนน ASSIST หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ Binary logistic regression เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารการรับรองเลขที่ E 2564-020 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2564



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล การดื่ม และการกินยา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=50)		กลุ่มควบคุม(n=50)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	36	72.00	36	72.00
หญิง	14	28.00	14	28.00
อายุ				
20-29 ปี	8	16.00	7	14.00
30-39 ปี	4	8.00	3	6.00
40-49 ปี	21	42.00	24	48.00
50-59 ปี	17	34.00	16	32.00
สถานภาพ				
โสด	18	36.00	17	34.00
คู่	20	40.00	24	48.00
หม้าย/หย่า/แยก	12	24.00	9	18.00
การศึกษา				
ประถมศึกษา	18	36.00	18	36.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	46.00	19	38.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	12.00	5	10.00
ปริญญาตรี	3	6.00	8	16.00
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์				
1-5 ปี	4	8.00	5	10.00
6-10 ปี	3	6.00	5	10.00
10 ปีขึ้นไป	43	86.00	40	80.00
จำนวนยาต้านไวรัสที่กินต่อหนึ่งวัน				
1 เม็ด	32	64.0	32	64.0
2 เม็ดขึ้นไป	18	36.0	18	36.0
ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสก่อนการทดลอง				
< ร้อยละ 95	14	28.0	16	32.0
≥ ร้อยละ 95	36	72.0	34	68.0



จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชายร้อยละ 72.00 และเพศหญิงร้อยละ 18.00 จำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่ม อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 - 49 ปี มีสถานภาพคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 48.00 ในกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.00 และ 38.00 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด 10 ปีขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 86.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 80.00 ในส่วนของปริมาณยาต้านไวรัสที่ต้องกินพบว่าร้อยละ 64.00 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกินยา 1 เม็ดต่อวัน สำหรับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับ โดยพบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 72.00 และ 68.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบ ที ของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

รายละเอียดคำถาม	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ยก่อน ทดลอง	ค่าเฉลี่ยหลัง ทดลอง	t- test	p- value
1. ความถี่/จำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือน (Q ₂)	0-6	3.42±0.81	2.22±0.76	14.85	<.001
2. อยากดื่มแอลกอฮอล์มากๆ (Q ₃)	0-6	3.62±0.64	1.80±1.57	12.33	<.001
3. มีปัญหาสุขภาพ/สังคม/กฎหมายจากการ ดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₄)	0-7	4.14±0.35	0.64±1.48	21.24	<.001
4. ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₅)	0-8	1.50±2.32	0.50±1.52	3.50	<.001
5. ความกังวลของคนรอบข้างต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₆)	0-6	1.56±1.94	0.36±0.98	5.71	<.001
6. ความพยายามในการเลิกหรือลดการดื่ม แอลกอฮอล์ด้วยตนเอง (Q ₇)	0-6	1.62±2.11	0.48±1.26	5.48	<.001
คะแนนรวมจากทุกคำถาม	0-39	17.02±4.55	5.60±3.47	19.91	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเริ่มการทดลองและหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ เท่ากับ 17.02±4.55 คะแนน และ 5.60±3.47คะแนน



ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (ASSIST) หลังการทดลอง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบ ที่ ของพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

รายละเอียดคำถาม	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	t-test	p- value
		คะแนน กลุ่มทดลอง	คะแนน กลุ่มควบคุม		
1.ความถี่/จำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือน (Q ₂)	0-6	2.22±0.76	2.98±0.71	-5.14	<.001
2. อยากดื่มแอลกอฮอล์มากๆ (Q ₃)	0-6	1.80±1.57	3.28±0.91	-5.79	<.001
3. มีปัญหาสุขภาพ/สังคม/กฎหมายจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₄)	0-7	0.64±1.48	3.06±1.71	-7.57	<.001
4.ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₅)	0-8	0.50±1.52	1.80±2.42	-3.21	.002
5.ความกังวลของคนรอบข้างต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₆)	0-6	0.36±0.98	1.08±1.58	-2.74	.008
6.ความพยายามในการเลิกหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง (Q ₇)	0-6	0.48±1.26	1.14±1.70	-2.20	.003
คะแนนรวมจากทุกคำถาม	0-39	5.60±3.47	13.34±3.46	-11.17	<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (ASSIST) หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.60 ± 3.47 คะแนน และ 13.34 ± 3.46 คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (ASSIST) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .001$



ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส

ปัจจัย	ร้อยละความร่วมมือในการกินยา		OR(95%CI)	p-value
	น้อยกว่าร้อยละ 95 (n=26)	มากกว่าร้อยละ 95 (n = 74)		
การบำบัดแบบสั้น				
ได้รับการบำบัดแบบสั้น	7	43	3.76 (1.41-10.05)	.008
ไม่ได้รับการบำบัดแบบสั้น	19	31		

จากตารางที่ 4 พบว่า การให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นมีโอกาสให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับ ถึง 3.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบสั้น (OR = 3.76 ; 95% CI 1.41 - 10.05 ; p = .008)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ในการลดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ที่มีต่อการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดแบบสั้นที่ใช้ในการศึกษานี้อิงตามหลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาโดย Miller & Rollnick (2013) อันเป็นการปฏิสัมพันธ์ที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยช่วยนำให้ผู้รับบริการได้ค้นหาและแก้ไขความลังเลใจในการใช้แอลกอฮอล์ แรงจูงใจสำหรับการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพ หลักการสำคัญของการสร้างแรงจูงใจคือ การที่บุคลากรสุขภาพแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยท่าทีที่ยอมรับและไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด พยายามเข้าใจมุมมองของผู้รับบริการและขจัดอคติที่ใช้คำว่า "ชี้เหล่า" สิ่งสำคัญคือ หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้รับบริการโดยตรง นอกจากนี้การมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความที่อธิบายหรือขยายความรู้สึกประสบการณ์และความคิดของผู้รับบริการที่ซ่อนอยู่เป็นพื้นฐานของการแสดงความเข้าใจเห็นใจ การที่บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจเห็นใจจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการตอบสนองต่อการ



บำบัดได้ดี (Korcha, Polcin, Evans, Bond, & Galloway, 2015) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ O'Donnell et al., (2014) ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) จำนวน 24 การศึกษา ตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 ถึง 2012 ซึ่ง พบว่า การบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์แบบอันตรายในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักดื่มแอลกอฮอล์เพศชายในวัย กลางคน และยังสามารถลดในนักดื่มเพศหญิง นักดื่มที่มีโรคร่วมและได้ผลทุกกลุ่มชาติพันธุ์ไม่จำกัดว่าเป็นนักดื่มที่ อาศัยอยู่ในประเทศพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาก็ตาม

หากพิจารณาประเด็นประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่มีต่อความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สม่าเสมอ และตรงเวลา เพื่อควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณต่ำที่สุดและเพิ่มระดับ ภูมิคุ้มกัน เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้โอกาสที่จะล้มกินยาต้านไวรัสลดลง เนื่องจากไม่มีอาการเมามาและทำให้มีสติสัมปชัญญะในการกินยาอย่างถูกต้อง ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Go et al., (2020) ซึ่งทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวเวียดนามที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายจำนวน 440 คน พบว่า การบำบัด แบบสั้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มร้อยละของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์และลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเวลาผ่านไป สิบสองเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของเราแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ที่ช่วยลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยมีจุดเด่นที่สามารถทำให้สำเร็จได้ในครั้งเดียวไม่ต้องนัดหมายผู้มารับบริการหลายครั้งเหมาะที่จะนำไป ประยุกต์ใช้ในการบริการผู้ป่วยตามปกติและเหมาะสมในบริบทที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด (Braithwaite et al., 2014) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ อาทิเช่น การบำบัดแบบสั้นถูกส่งต่อโดย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่คลินิกยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ไม่มี ผู้ชำนาญการในด้านนี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาอาจ หลงลืมในพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาของตนเองหรือมีความกังวลในการเปิดเผยพฤติกรรมการ ดื่มแอลกอฮอล์ที่แท้จริงของตนเองให้ผู้ให้บริการทราบ ส่งผลให้การรายงานปริมาณหรือความถี่ในการดื่ม แอลกอฮอล์ต่ำกว่าความเป็นจริง พบในการศึกษาของสาธารณรัฐยูกันดาก่อนหน้านี้ (Muyindike et al., 2017) สำหรับข้อจำกัดในประเด็นการประเมินคะแนน ASSIST ก็มีความน่าสนใจว่ามีความเหลื่อมล้ำในการประเมิน หรือไม่ เนื่องจากช่วงคะแนนในการวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางเป็นช่วงคะแนนที่ กว้างคือ 11 ถึง 26 คะแนน ในส่วนของการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกการศึกษาของเราก็มีข้อจำกัดเช่นกัน เนื่องจากเรา ศึกษาเพียงความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นการวัดผลทางอ้อม อย่างไรก็ตามการที่ ผู้ให้บริการถามคำถามสั้นๆหรือแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ย่อมได้ผลในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ใน



ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและอาจจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติในลักษณะนี้ทุกครั้งที่ได้รับบริการมารับบริการตามนัดหมาย เพื่อเสริมพลังในการลดการตี้มแอลกอฮอล์ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษาในครั้งนี้ถือว่าการบุกเบิกในการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าการให้การบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนน ASSIST ลดลงและเพิ่มโอกาสในการกินยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามผู้ติดเชื้อเป็นระยะเวลา 4 เดือน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- ควรนำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ที่คลินิกยาต้านไวรัส หรืออาจขยายผลการดำเนินงานไปยังคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งผู้รับบริการอาจมีพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงแอบแฝงอยู่ เนื่องจากการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST มีจุดเด่นที่สามารถทำให้สำเร็จได้ในครั้งเดียวไม่ต้องนัดหมายผู้รับบริการหลายครั้งเหมาะที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการผู้ป่วยตามปกติ และเหมาะสมในบริบทที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด

- ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ที่คลินิกยาต้านไวรัสและคลินิกโรคเรื้อรังทุกคน ให้ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

- ควรขยายระยะเวลาการศึกษาให้ยาวนานกว่านี้ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาการศึกษาเพียง 16 สัปดาห์ อาจเป็นระยะเวลาที่สั้นเกินไปในการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมของผู้รับบริการ นอกจากนี้รูปแบบของการศึกษาควรจะเป็นการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) เพื่อที่จะสามารถนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงต่อไป

- ควรมีการปรับช่วงคะแนน ASSIST ในการคัดกรองให้แคบลง เพื่อความแม่นยำในการจำแนกพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีความเสี่ยงระดับใด

- ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



เอกสารอ้างอิง

- Abaynew, Y., Deribew, A., & Deribe, K. (2011). Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. *AIDS research and therapy*, 8, 8. Retrieved (2021, August, 8) from <https://doi.org/10.1186/1742-6405-8-8>
- Assanangkornchai, S., Arunpongpaisal, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2013). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. (2nd ed.). Nonthaburi, Thailand: Kunathai. (in Thai)
- Assanangkornchai, S., Arunpongpaisal, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2011). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Nonthaburi, Thailand: Kunathai. (in Thai)
- Braithwaite, R. S., et al. (2014). How inexpensive does an alcohol intervention in Kenya need to be in order to deliver favorable value by reducing HIV-related morbidity and mortality? *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 66(2), e54–e58. Retrieved (2021, August, 19) from <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000140>
- Center for Alcohol Studies. (2011). A decades of center for alcohol studies, status knowledge for alcohol consumption control. Nonthaburi: The Graphico Systems. (in Thai)
- Chander, G., Hutton, H. E., Lau, B., Xu, X., & McCaul, M. E. (2015). Brief Intervention Decreases Drinking Frequency in HIV-Infected, Heavy Drinking Women: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 70(2), 137–145. Retrieved (2021, July, 8) from <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000679>
- Churchill, S., Pavey, L., Jessop, D., & Sparks, P. (2016). Persuading People to Drink Less Alcohol: The Role of Message Framing, Temporal Focus and Autonomy. *Alcohol and Alcoholism*. 51(6), 727–733. Retrieved (2021, August, 27) from <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw033>
- Department of Disease Control. (2020). *Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017*. Nonthaburi, Thailand: Author. (in Thai)
- Duko, B., Ayalew, M., & Ayano, G. (2019). The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 14(1), 52. Retrieved (2021, September, 4) from <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0240-3>



- Go, V. F., et al. (2020). Effect of 2 Integrated Interventions on Alcohol Abstinence and Viral Suppression Among Vietnamese Adults with Hazardous Alcohol Use and HIV: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 3(9), e2017115. Retrieved (2021, August,1) from <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17115>
- Hasin, D. S., et al. (2013). Reducing heavy drinking in HIV primary care: a randomized trial of brief intervention, with and without technological enhancement. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(7), 1230–1240. Retrieved (2021, September,13) from <https://doi.org/10.1111/add.12127>
- Jiang, H., Zhou, Y., & Tang, W. (2020). Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. HIV*, 7(5), e308–e309. Retrieved (2021, August,8) from [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30105-3)
- Joseph, J., Das, K., Sharma, S., & Basu, D. (2014). Assist-linked alcohol screening and brief intervention in Indian workplace setting: result of a 4-month follow up. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 30(3-4), 80-86.
- Korcha, R. A., Polcin, D. L., Evans, K., Bond, J. C., & Galloway, G. P. (2015). Intensive Motivational Interviewing for Women with Alcohol Problems. *Counselor (Deerfield Beach, Fla.)*, 16(3), 62–69.
- Li, L., et al. (2017). Alcohol Use, HIV Treatment Adherence, and Sexual Risk Among People with a History of Injecting Drug Use in Vietnam. *AIDS and behavior*, 21(Suppl 2), 167–173. Retrieved (2021, August,8) from <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1860-0>
- Lipira, L., et al. (2020). Patterns of alcohol use and associated characteristics and HIV-related outcomes among a sample of African-American women living with HIV. *Drug and alcohol dependence*, 206, 107753. Retrieved (2021, August,29) from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107753>
- Lunze, K., et al. (2017). HIV Stigma and Unhealthy Alcohol Use Among People Living with HIV in Russia. *AIDS and behavior*, 21(9), 2609–2617. Retrieved (2021, August,8) from <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1820-8>



- Malbergier, A., Amaral, R. A., & Cardoso, L. D. (2015). Alcohol dependence and CD₄ cell count: is there a relationship? *AIDS Care*, 27(1):54-58. Retrieved (2021, September,3) from <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.947235>.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Press.
- Moyer, V. A. (2013). Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 159(3) 210-218. Retrieved (2021, August,9) from <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652>.
- Musumari, P. M., et al. (2017). Socio-behavioral risk factors among older adults living with HIV in Thailand. *PloS one*, 12(11), e0188088. Retrieved (2021, August,9) from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188088>.
- Muyindike, W. R., et al. (2017). Phosphatidylethanol confirmed alcohol use among ART-naïve HIV-infected persons who denied consumption in rural Uganda. *AIDS care*, 29(11), 1442–1447. Retrieved (2021, August,9) from <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1290209>
- Nima, P., Rakpanusit, T., Arttanuchit, S., Porji, A., & Hayeye, S. (2016). ASSIST-Y linked Islamic BI among substance abuse students of Islamic private schools in three southern border provinces. *Al-Hikmah Journal of Fatoni University*, 8(16), 109-121. (in Thai)
- O'Donnell, A., et al. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(1), 66–78. Retrieved (2021, August,15) from <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm J., Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.
- Teferra, S., et al. (2016). Hazardous alcohol use and associated factors in a rural Ethiopian district: a cross-sectional community survey. *BMC Public Health* 16, 218. Retrieved (2021, August,15) from <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2911-6>



- The Lancet (2020). Maintaining the HIV response in a world shaped by COVID-19. *Lancet (London, England)*, 396(10264), 1703. Retrieved (2021, August,15) from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32526-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32526-5)
- The World Bank. (2021). *Global Economic Prospects*. Washington DC, US.: Author.
- Tran, B. X., Nguye, L. T., Do, C. D., Nguyen, Q. L., & Maher, R. M. (2014). Associations between alcohol use disorders and adherence to antiretroviral treatment and quality of life amongst people living with HIV/AIDS. *BMC public health*, 14, 27. Retrieved (2021,August,15) from <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-27>
- Trova, AC., Paparrigopoulos, T., Liappas, I., & Ginieri-Coccosis, M. (2015). Prevention of alcohol dependence. *Psychiatriki*, 26(2), 131-140.
- UNAIDS. (2016). *90–90–90—An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wardell, J. D., Shuper, P. A., Rourke, S. B., & Hendershot, C. S. (2018). Stigma, Coping, and Alcohol Use Severity Among People Living with HIV: A Prospective Analysis of Bidirectional and Mediated Associations. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 52(9), 762–772. Retrieved (2021,August,17) from <https://doi.org/10.1093/abm/kax050>
- World Health Organization. (2016). *Global health sector strategy on HIV 2016-2021. Towards ending AIDS*. Geneva, Switzerland: Author.