รายงานการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางสาวศิริพร ทองบ่อ

นางนิภา ยอดสง่า

นายนิมิต แก้วอาจ

WM274
63รบ
55 ฉ.2

หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2555

รายงานการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางสาวศิริพร ทองบ่อ

นางนิภา ยอดสง่า

นายนิมิต แก้วอาจ

หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2555

บทคัดย่อ

รายงานการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการติดตามผลในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผ่านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 - เดือนกันยายน 2553 จำนวน 141 คน และได้รับการติดตามหลังการบำบัดต่อเนื่องเวลา 1 ปี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ แบบติดตามผลการบำบัดรักษา และทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทั้งหมดคือ ร้อยละ 97.87 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ39.01 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่ ร้อยละ36.88 มีอาชีพทำนา ทำไร่ รองลงมา คือ ร้อยละ28.37 อาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด อยู่ระหว่าง 501-1000 บาทคิดเป็นร้อยละ 34.04 ส่วนใหญ่ดื่ม เหล้าขาว รองลงมาคือ เหล้าสี และเบียร์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ55.32 เริ่มดื่มครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 16-20 ปี ระยะเวลารวมที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ ร้อยละ61.70 ดื่มมานาน 6-10 ปี กลุ่มที่ดื่มเหล้าขาว ส่วนใหญ่ ร้อยละ45.45 ดื่มปริมาณ ½ ขวดใหญ่ (1 ขวดเล็ก) ต่อครั้ง ดื่มมากที่สุดคือ 7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ84.40 เหตุผลของการดื่ม คือ เพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง เข้าสังคม คลายเครียด หายกลุ้มใจ หรือลืมความทุกข์ คลายเมื่อยกล้ามเนื้อ แก้อาการเบื่อเซ็ง เหงา ให้หายจากอาการมือสั่น ช่วยให้หลับสบาย ช่วยย่อยและเจริญอาหาร ส่วนใหญ่มักจะดื่มในช่วงตอนเย็น ดื่มที่ร้านขายของชำ บ้านตนเอง บ้านเพื่อน ที่ทำงาน และดื่มที่ร้านอาหาร กิจกรรมทดแทนในช่วงเวลาที่หยุดดื่ม หรือดื่มให้น้อยลง คือ ดูโทรทัศน์ ทำกับข้าว เล่นกีฬา เลี้ยงสัตว์ ฟังวิทยุ ทำความสะอาดบ้าน อ่านหนังสือพิมพ์ อ่านนิยายหรือนิตยสาร ปลูกต้นไม้หรือรดน้ำต้นไม้ ช่วยงานบ้าน สอนการบ้านลูก กลุ่มที่ต้องการลดปริมาณการดื่ม ลดได้ทุกคนโดยส่วนใหญ่ลดได้นาน 6-11 เดือน กลุ่มที่ต้องการหยุดดื่มหยุดดื่มได้ทุกคน โดยส่วนใหญ่ หยุดดื่มได้นานระหว่าง 6-11 เดือน เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการช่วยให้ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเกิดความคิดริเริ่มที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และควบคุมให้ตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการช่วยให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาความคิดได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ การกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่น เกิดแรงจูงใจ ที่จะพูดถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การงาน รวมทั้งอาการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจที่ผู้รับการบำบัดประสบอยู่ และช่วยให้ได้พัฒนาในกระบวนการคิดที่จะควบคุมพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และการควบคุมอาการทางจิตที่เกิดร่วมได้

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้โอกาสในการดำเนินงาน เป็นที่ปรึกษา สนับสนุนส่งเสริมทั้งด้านความคิดและแรงใจ ซึ่งผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในน้ำใจและไมตรีจิตที่ได้รับจากท่านด้วยดีเสมอมา และใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ศึกษาได้ร่วมเรียนรู้เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางาน พัฒนาตนเอง ตลอดจนทีมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ดูแล ช่วยเหลือเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในทุกเรื่องด้วยดีเสมอมา จนทำให้รายงานสำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ศิริพร ทองบ่อ และคณะ

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เลขทะเบียน .....
วันที่ .....
003413
เลขเรียกหนังสือ .....
WM274 ศ463ร1 2555 ฉ.2

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา	2
1.3 กลุ่มเป้าหมาย	2
1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	2
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3
2.2 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุรา	7
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	12
3.1 กลุ่มเป้าหมาย	12
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	12
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	12
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	12
บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	13
4.1 ผลการศึกษา	13
4.1.1 ข้อมูลทั่วไป	13
4.1.2 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	15
4.1.3 ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก	19
4.1.4 การบำบัดรักษา	20
4.1.5 การติดตามผลการบำบัด	21
4.2 การอภิปรายผล	23
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	25
5.1 สรุปผลการศึกษา	25
5.2 ข้อเสนอแนะ	27
บรรณานุกรม	28

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นเครื่องดื่มที่ถูกกฎหมาย การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่อยู่คู่กับมนุษย์มาช้านาน เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ประเพณี ธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งสังคมไทยยังมีค่านิยมว่า การดื่มสังสรรค์เป็นเรื่องธรรมดา สถานการณ์การดื่มสุราเมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปต่อปีกับประเทศอื่นทั่วโลกแล้ว ประเทศไทยยังอยู่ในระดับ 7.10 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ดื่มเพียง 2.20 ลิตรต่อคนต่อปีและสูงกว่าค่าเฉลี่ยประชากรทั่วโลกที่ดื่ม 6.13 ลิตรต่อคนต่อปี และแม้ว่าประเทศไทยจะมีประชากรกว่าร้อยละ 60 ที่ไม่ดื่ม แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ดื่มแล้วพบว่า ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยถึง 23.90 ลิตรต่อคนต่อปี(แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา,2554) ซึ่งจริงๆ แล้วการดื่มสุรานั้นก่อให้เกิดผลทางบวกมากมาย เช่น ดื่มแล้วมีความสุข สุขภาพดี มีเพื่อน คลายเครียด แต่ในขณะเดียวกันการดื่มสุราอย่างหนัก ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวเอง เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และผลเสียต่อคนอื่น เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุต่อผู้อื่น(หทัยชนนี บุญเจริญและพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์,2549)

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า จากรายงานในปี พ.ศ. 2546 พบว่า การเสียชีวิตทั่วโลกมีเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ คือ อุบัติเหตุแบบไม่ตั้งใจ 29.60 % โรคมะเร็ง 21.60 % โรคตับแข็ง 16.60 % โรคหลอดเลือด เบาหวานและหัวใจ 14.00 % และอุบัติเหตุแบบตั้งใจ 12.00 % ข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ของทั่วโลกในปี 2546 พบว่ามีภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ คือโรคทางจิตเวชและระบบประสาท 38.80 % อุบัติเหตุแบบไม่ตั้งใจ 29.60 % อุบัติเหตุแบบตั้งใจ 10.80 % โรคตับแข็ง 9.60 % โรคมะเร็ง 8.10 % โรคหลอดเลือด เบาหวาน และหัวใจ 6.20 % และผลการสำรวจทางระบาดวิทยาระดับชาติ พ.ศ. 2551 พบความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุรา(Alcohol use disorders)ของประชากรไทยอายุ 15-59 ปีสูงถึงร้อยละ 10.90 หรือ ประมาณ 5.3 ล้านคน โดยกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรามีอายุระหว่าง 25-34 ปีมากที่สุด คือ ร้อยละ 32.00 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 23.00 (2553 อ้างถึงในแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา,2554)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 372 เตียง ซึ่งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คือ ปีงบประมาณ 2551- 2553 พบว่า มีผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 3,978 ราย 3,409 ราย และ 3,658 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.3 4.2 และ 4.5 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมดตามลำดับ ขณะเดียวกัน พบว่า จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือ ปีงบประมาณ 2551- 2553 มีจำนวน 203 ราย 212 ราย และ 326 ราย คิดเป็น

ร้อยละ11.91 11.16 และ 14.00 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทั้งหมด(รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,2551- 2553) เพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ดังกล่าวให้ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลปัญหาทั้งทางการแพทย์และด้านจิตสังคม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยหน่วยจิตสังคมบำบัดได้นำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นรูปแบบที่มีรายงานว่า มีประสิทธิผลสูงจากการสังเคราะห์งานวิจัยมาใช้ในการบำบัดควบคู่ไปกับการบำบัดทางการแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มได้จนหยุดดื่มได้ในที่สุด รูปแบบการบำบัดดังกล่าวนี้ประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด จำนวน 6 กิจกรรมโดยกิจกรรมที่ 1- 5 เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับการบำบัด ส่วนกิจกรรมที่ 6 เป็นกิจกรรมร่วมกันของผู้รับการบำบัดและครอบครัว ดำเนินกิจกรรมครั้งละประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมงทุกวันติดต่อกัน 1 สัปดาห์และภายหลังรับการบำบัดครบตามกระบวนการแล้ว ผู้รับการบำบัดทุกคนจะได้รับการติดตามผลการบำบัดด้วยการนัดมาพบที่หน่วยงาน จดหมาย โทรศัพท์หรือ ติดตามเยี่ยมตามความเหมาะสมของผู้รับการบำบัดแต่ละราย และเพื่อรายงานผลการบำบัดที่ผ่านมา คณะผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลที่ได้คาดหวังว่าจะเป็นข้อมูลในการพัฒนางานต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.3 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผ่านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 - เดือนกันยายน 2553 และได้รับการติดตามผลหลังการบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 141 คน

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ ทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม และแบบติดตามผลการรักษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2553 - เดือนกันยายน 2554

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานทั้งในด้านรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสม และการค้นหาผู้รับการบำบัดที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเพื่อให้กลับสู่กระบวนการช่วยเหลือ

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยกำหนดเนื้อหาและนำเสนอ ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.2 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุรา

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สปาย ไวน์ เป็นเครื่องดื่มที่ถูกกฎหมาย แอลกอฮอล์ประกอบด้วยสารเคมีกึ่งธรรมชาติกึ่งสังเคราะห์ มีชื่อทางเคมีว่า “Ethanol” แอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป ร้อยละ 20 จะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหาร ที่เหลืออีกร้อยละ 80 จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กตอนต้นที่เรียกว่า ดูโอดินัม(duodenum) เข้าสู่กระแสเลือดจนหมด ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดจะสูงสุดภายใน 30- 90 นาที โดยเฉลี่ยประมาณ 45- 60 นาที ถ้าดื่มตอนกระเพาะว่างแอลกอฮอล์ดูดซึมได้เร็ว ทำให้เมาเร็ว ถ้ารับประทานอาหารร่วมด้วยจะเมาน้อยกว่า(หทัยชนนี บุญเจริญและพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์,2549)

กรมสุขภาพจิต(2547) ได้จัดทำเอกสารบันทึกองค์ความรู้ และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ เมื่อวันที่ 24-25 พฤษภาคม 2547 ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร โดยกล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่ทำให้บางคนดื่มอย่างเป็นอันตรายหรือติดแอลกอฮอล์ ไว้ดังนี้

ปัจจัยทางพันธุกรรม มีหลักฐานว่า ลักษณะความผิดปกติทางพฤติกรรมมีผลต่อการเสพและการติดสารเสพติดของบุคคลได้ นั่นคือ คนบางคนจะมีแนวโน้มที่จะเสพและติดสารเสพติดมาแล้วตั้งแต่เกิด ส่วนคนในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มักจะมีพันธุกรรมที่ช่วยปกป้องการใช้และการเสพติด

การเลี้ยงดูที่ไม่ดีในวัยเด็ก การได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในวัยเด็ก ทำให้เด็กมีปัญหาทางด้านอารมณ์ รวมทั้งการที่เด็กถูกทารุณกรรมทางร่างกายและทางเพศ ก็มีผลทำให้มีแนวโน้มที่จะเสพและติดแอลกอฮอล์ได้เมื่อโตขึ้นเช่นกัน

พฤติกรรมที่เป็นต้นแบบ การได้เห็น หรือ คลุกคลีกับสมาชิกในครอบครัวที่เสพสารเสพติดก็มีผลให้เด็กรู้สึกว่า การเสพสารเสพติดเป็นเรื่องปกติธรรมดาและอาจถือเป็นแบบอย่างที่จะทำตามในอนาคต

ลักษณะทางบุคลิกภาพ บุคลิกแบบหุนหันพลันแล่นและต่อต้านขัดขืน จะมีความเกี่ยวโยงกับการใช้สารเสพติดและการใช้ในทางที่ผิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

ความผิดปกติทางจิต ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคประสาท โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ฯลฯ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติดและการใช้ในทางที่ผิด

การเผาผลาญแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกจากร่างกายทางการเผาผลาญของตับ จะถูกเผาผลาญทางอวัยวะอื่นๆประมาณ 2 - 3 % และ 2 - 3 % จะถูกกำจัดออกทางปัสสาวะและเหงื่อ

นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้ในทางที่ผิด ได้แก่

ความยากง่ายในการหาสารเสพติดมาเสพ ถ้าสารเสพติดนั้นถูกกฎหมาย ราคาไม่แพงและสามารถหาซื้อได้ง่ายในแหล่งใกล้ตัว ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะใช้สารเสพติดได้มาก

การยอมรับทางวัฒนธรรม หมายถึงการที่สังคมนั้นๆ ให้การยอมรับ หรือต่อต้านการดื่มมากน้อยเพียงใด ธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับการดื่มในสังคมนั้น เช่น ชาวยุโรปจะชอบดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าน้ำ เป็นต้น และการยอมรับรวมทั้งการชักชวนจากกลุ่มเพื่อนด้วย

ลักษณะงาน ลักษณะงานบางอาชีพทำให้บุคคลดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า เช่น ในประเทศตะวันตกยุคหนึ่ง แพทย์ พยาบาลจะดื่มมากกว่าประชาชนทั่วไปถึง 3 เท่า แต่ในปัจจุบันจะดื่มในปริมาณที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การว่างงานก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

ผลกระทบของการดื่มสุรา

การดื่มสุรามีหลายรูปแบบ ส่งผลกระทบได้หลากหลายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับทั้งลักษณะการดื่ม(ดื่มบ่อยๆ หรือดื่มนานๆ ครั้ง) และปริมาณการดื่ม(ดื่มครั้งละน้อยๆ หรือดื่มครั้งละมากๆ) ก่อให้เกิดการเมาสุรา การติดสุรา และผลพิษจากสุราโดยตรงทำให้เกิดผลกระทบหลายประการ(แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา,2554) ได้แก่

1. ผลกระทบต่อสุขภาพ แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคถึงกว่า 60 โรค เช่น กลุ่มโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรง เช่น โรคจิตจากสุรา(Alcoholic psychosis) โรคติดสุรา(Alcohol dependence syndrome) โรคใช้สุราเกินขนาด(Alcohol abuse) ประสาทเสื่อมจากสุรา(Alcoholic polyneuropathy) โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมจากสุรา(Alcoholic cardiomyopathy) โรคกระเพาะอักเสบจากสุรา(Alcoholic gastritis) โรคตับแข็งจากสุรา(Alcoholic liver cirrhosis)เป็นต้น กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์ เช่น มะเร็งช่องปาก(Oropharyngeal) มะเร็งหลอดอาหาร(Oesphageal) มะเร็งตับ(Liver cancer) มะเร็งเต้านมในผู้หญิง(Female breast cancer) โรคความดันโลหิตสูง(Hypertension) โรคซึมเศร้า(Depression) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพแบบฉับพลัน เช่น อุบัติเหตุ การถูกสารพิษ การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงและการทำร้าย

ในผู้ดื่มจนเข้าสู่พิษสุราเรื้อรัง มักจะไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ อาการนี้จะนำ ไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ได้แก่ อาการผิดปกติของหัวใจ ระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์และฤทธิ์ของสารกระตุ้นที่ผู้ผลิตผสมเป็นตัวการสำคัญ ที่ทำให้อวัยวะเสื่อม ซึ่งสารเหล่านี้จะกระตุ้นให้อวัยวะสำคัญอย่างหัวใจ ไต สมอง ฯลฯ ทำงานหนักเกินกว่าปกติ ทำให้อวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันควร หรือหยุดทำงานเมื่อขาดการกระตุ้น ดังนั้น คนที่ดื่มสุราโดยเฉพาะผู้ที่ดื่มจัดจึงมักดูแก่ก่อนวัย มีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ร่างกายจะหยุดการสร้างเซลล์สืบพันธุ์ ทำให้เต้านมเหี่ยว รังไข่ มดลูกเสื่อมสภาพเร็ว แม่ที่ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดความผิดปกติต่อลูกในครรภ์ได้อย่างมาก นับตั้งแต่ก่อนคลอดคือ แท้ง ทารกเสียชีวิตขณะคลอด หรือ คลอดออกมาแล้วร่างกายไม่สมประกอบ รวมถึงมีพัฒนาการช้าในช่วงหลังคลอด พิษของแอลกอฮอล์สามารถส่งผ่านจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์ได้แม้ว่าจะดื่มเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 6-8 สัปดาห์ ที่อวัยวะต่างๆยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ พิษของแอลกอฮอล์จะส่งผลในการทำลายมากขึ้น จะทำให้ทารกที่เกิดมามีความพิการของอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูก หัวใจ ไต ฯลฯ มีร่างกายเล็กลีบ แคะแกรนและมีความเสี่ยงสูงที่ลูกจะปัญญาอ่อนแต่กำเนิด เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย อาจทำให้เกิดการตกเลือดหรือแท้งได้ จากการศึกษากรณีผู้ป่วยแท้งบุตรพบว่า หลายรายมีประวัติดื่มยาดองเหล้า ซึ่งส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์เป็นตัวทำละลาย แม้ว่ายาดังกล่าวจะโฆษณาว่ามีสรรพคุณในการบำรุงครรภ์ก็ตาม(สำนักเครือข่ายองค์กรงดเหล้า,2547; กรมสุขภาพจิต,2547; ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น,2546)

นอกจากมีผลต่อการเจ็บป่วยทางกายแล้ว สุรายังเป็นปัจจัยในการทำให้เป็นโรคจิต จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตในแต่ละประเทศ มีสาเหตุมาจากสุรา พบว่าความชุกของผู้มีปัญหาสุขภาพ โดยมีอาการของโรคจิต วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือโรคจิต ร้อยละ 9 มีปัญหาจากการดื่มสุรา(ปิญากรณ์ ชุตังกร และคณะ,2547) สุราเป็นสารออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เกิดโรคได้หลายแบบได้แก่ อาการเป็นพิษอย่างเฉียบพลันจากการดื่มสุรา โรคแพ้พิษสุรา(Pathologic Intoxication) โรคระแวงจากพิษสุรา (Alcohol Paranoid) ประสาทหลอน(Alcoholic Hallucination) (Miller, 1997 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547) จากการศึกษาของปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ(2541) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา พบว่า ผู้ติดสุราร้อยละ7.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบมากกว่าร้อยละ90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาโรคทางจิตเวชและสารเสพติดร่วมด้วย โดยร้อยละ15-46 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ นั้น มีปัญหาจากการดื่มสุรา(Pivkolas,1999 อ้างถึงในพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2548)

2. ผลกระทบด้านอุบัติเหตุ ข้อมูลจากสถิติจราจรทางบก(สำนักงานตำรวจแห่งชาติ,2553) ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคดีอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา กับจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2552 ที่พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บมากน้อยสอดคล้องกับจำนวนคดีอุบัติเหตุ โดยหากจำนวนคดีเมาแล้วขับเพิ่ม 1 คดีจะมีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น 5.6 ราย

ซึ่งข้อมูลปีพ.ศ. 2552 พบจำนวนคดีอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการเมาเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2551 ถึง 990 คดี คือจาก 3,571 คดี เป็น 4,561 คดี หรือ คิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ28

3. ผลกระทบด้านความรุนแรง การดื่มสุราสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงโดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัว ผู้รับผลกระทบส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส หรือ เด็กที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ถ้าหากสมาชิกคนใดคนหนึ่งในบ้านดื่มสุรา เมื่อดื่มเมา สติยั้งคิดไม่เต็มร้อย ความอดทนต่อสิ่งต่างๆ ลดลง เกิดการทะเลาะเบาะแว้งได้ง่าย มีการทุบตีทำร้ายจนบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจ พบว่า ภรรยาของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นผู้ได้รับผลกระทบมากที่สุด และมีโอกาสเกิดความเครียดได้มาก(สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ,2542) การดื่มสุราทำให้ภรรยารู้สึกเสียใจ ทำให้มีอารมณ์ซึมเศร้า ความสุขในครอบครัวลดลง มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวบ่อยขึ้น(จุลนิตย์ จันทร์ชมภู,2546) ผลการศึกษาการดื่มสุราแบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทยของรณชัย คงสกนธ์และนฤมล โพธิ์แจ่ม(2550) พบว่า ครอบครัวที่มีความรุนแรง มีการดื่มสุราแบบอันตราย คิดเป็นร้อยละ83 ส่วนครอบครัวที่ไม่มีความรุนแรง มีการดื่มสุราแบบอันตรายร้อยละ 56 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมีการดื่มสุราแบบอันตราย กับความรุนแรงในครอบครัว ได้ค่าODD Ratio เท่ากับ 3.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value< 0.001 การเผชิญหน้ากับการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างพ่อแม่จากการมึนเมา ทำให้เด็กเกิดความตึงเครียดด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกหวาดกลัว ตกใจโดดเดี่ยว ซึมเศร้า ขณะเดียวกันพ่อแม่ที่มีความเครียดก็จะไม่สามารถตอบสนองด้านอารมณ์ให้กับเด็กได้ เด็กในครอบครัวที่พ่อแม่ดื่มสุรา มีแนวโน้มจะเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวทั่วไปและเด็กจะมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ช้า มีปัญหาเรื่องการเรียน ผลกระทบต่อลูก จะเกิดความเคยชินกับพฤติกรรมทำนองนี้ และดูดซับความรุนแรงเอาไว้ในบุคลิกภาพของตนเอง(สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า,2547)ลูกของผู้ติดสุราจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าปกติ 4 เท่ารวมถึงเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ ด้วย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ,2543)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ของมนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ (2551) ซึ่งเป็นการศึกษาในรูปแบบของการวิเคราะห์ต้นทุนความเจ็บป่วย(Cost of illness) ในลักษณะของการศึกษาภาคตัดขวางตามขนาดความชุกของปัญหา ซึ่งเป็นการแจงนับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งหมดในปี พ.ศ. 2549 จากผู้บริโภคแอลกอฮอล์ทั้งรายเก่าและรายใหม่ พบว่า ต้นทุน หรือ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่า 156,105 ล้านบาท คิดเป็นประมาณร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ(Gross Domestic Product ;GDP) หรือประมาณ 2,391 บาทต่อคน ทั้งนี้พบว่า ต้นทุนทางอ้อมเป็นต้นทุนที่มีมูลค่ามากที่สุด คือ 149,592.5 ล้านบาท คิดเป็นประมาณร้อยละ 95.8 ของต้นทุนทั้งหมด ซึ่งจำแนกเป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 104,128 ล้านบาท (ร้อยละ 66.7) ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงาน และการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน 45,464.6 ล้านบาท (ร้อยละ 29.1) และต้นทุนทางตรงคิดเป็นมูลค่า 6,512.9 ล้านบาท (ร้อยละ 4.2 ของต้นทุนทั้งหมด) จำแนกเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 5,491.2 ล้านบาท (ร้อยละ 3.5) ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร

ทางบก 779.4 ล้านบาท ร้อยละ 0.5) และต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมาย และการฟ้องร้องคดีความ 242.4 ล้านบาท (ร้อยละ 0.2)

2.2 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุรา

1. การบำบัดรักษาด้วยยา

จากแนวคิดทฤษฎีชีวภาพเชื่อว่า สุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter)ในสมอง โดยเฉพาะโดปามีน(Dopamine) ที่เพิ่มปริมาณมากขึ้น เนื่องจากสุรากระตุ้นให้มีการหลั่งมากขึ้น รวมทั้งยับยั้งการนำสารกลับสู่ที่เก็บช้าลง(สมภพ เรืองตระกูล,2543) มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดความร่าเริงมากกว่าปกติ บางครั้งมีอาการทางจิต จึงใช้ยาเพื่อปรับสมดุลสารสื่อประสาทให้อยู่ระดับปกติ การบำบัดรักษาด้วยยาอาจเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ได้ โดยใช้ยาเพื่อมุ่งรักษาอาการขาดสุรา บำรุงร่างกายแก้ไขภาวะโภชนาการ รักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการรักษาโดยการใช้ยามีวัตถุประสงค์ในการรักษาดังนี้

1.1 เพื่อรักษาอาการขาดสุรา การรักษาภาวะขาดสุราประกอบด้วย การลด CNS irritability และคงภาวะ physiologic homeostasis ได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepineเช่น Chlodiazepoxide Lorezapam

1.2 เพื่อลดอาการเมาสุรา โดยการรักษาแบบประคับประคอง เช่น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาบำรุง วิตามิน 50% glucose 50 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ Thaiamine 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 3-5 วัน

1.3 เพื่อรักษาโรคทางจิตเวชที่พบร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด ได้แก่ Antipsychotic drug Antidepressant ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRIs)

2. การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดทางจิตสังคม มีความสำคัญในการรักษาผู้ติดสุรา โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูสภาพจิตใจ และสังคม แก้ไขแนวคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุรา ฝึกทักษะชีวิตให้รู้จักการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา,2554)

2.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Cognitive Behavioral Therapy(CBT)เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดโดยมีสมมติฐานว่าการติดสารเสพติดเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อน และสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางบำบัด ซึ่ง CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม(cognitive errors) ให้มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม(adaptive coping style) และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกสุรา(balanced daily life-style) โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การ

ให้จิตวิทยาศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพสูงของตนเอง(self-efficacy) และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด(cognitive therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(behavior therapy) พบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม(social training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึก Assertive training และทักษะการปฏิเสธสุรา CBT สามารถใช้ได้ทั้งรายบุคคล แบบกลุ่ม หรือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดอื่นๆ

2.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivational interviewing ; MI และ Motivational Enhancement Therapy ; MET

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivational interviewing ; MI พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย Miller & Rollnick ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 โดยอาศัยทฤษฎี Stage of change ของ Prochaska & DiClemente เป็นแนวทางให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Change talk) กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้พูดคุยกับตนเอง(Self talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง(Self Motivational Statement; SMS) ซึ่งเป็นข้อความที่ดีกับตนเอง ผู้ป่วยก็ยิ่งคิดสิ่งที่ดีงามต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น การให้คำปรึกษาแบบ MI คือ เทคนิค OARS ประกอบด้วย **O**pen-ended questioning การตั้งคำถามปลายเปิด **A**ffirmation การชื่นชม ยืนยัน รับรอง **R**eflective listening การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ **S**ummarization การสรุปความเพื่อให้ผู้ป่วยคิดและกล่าวข้อความ ที่จูงใจตนเองออกมามากขึ้น ตลอดจนการสนทนานี้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากยิ่งขึ้น

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivational Enhancement Therapy ; MET เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยติดสุราให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม MET แบ่งระยะของการบำบัด เป็น

Phase 1 : Health Education and Feedback เป็นระยะของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนเอง เป็นการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง(Change talk) ผู้บำบัดนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาสะท้อนกลับ(Feedback)ใช้เทคนิค OARS และกลยุทธ์ในการจูงใจต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม(health education)เพื่อช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนจากขั้นที่ 1 ไปเป็นขั้นที่ 3 คือ ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง

Phase 2 : Commitment Strengthening เป็นระยะของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง(Commitment talk) และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง(change plan) ผู้บำบัดช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนไปสู่ขั้นที่ 4 คือ ลงมือแก้ไขตนเอง

Phase 3 : Follow Through เป็นระยะของการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความมั่นคงของแรงจูงใจ และให้การจูงใจใหม่ในกรณีที่แรงจูงใจถดถอย

แนวทางของการบำบัดแบบ MET สรุปเป็นแนวทางย่อ DARES คือ

Develop discrepancy ทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น โดยพูดคุยถึงเป้าหมายหมายชีวิต หรือคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย และพูดถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดตามหลังการดื่ม

Avoid argumentation ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย ความขัดแย้งมักทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้กลไกทางจิตเดิมๆ เพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เช่น ปฏิเสธความจริง โทษสิ่งอื่น

Roll with resistance ผู้บำบัดตะล่อมหมุนไปกับแรงต้านของผู้ป่วย โดยการรับฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ มากกว่าการใช้วิธีการเผชิญหน้าผู้ป่วย ผู้บำบัดรอคอยหรือใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้จิตใจผู้ป่วยหันกลับไปสู่ความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Express empathy ผู้บำบัดแสดงความเห็นอกเห็นใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกและกำหนดเป้าหมายตัวเองอย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการเปลี่ยนแปลง

Support self-efficacy ผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพในตนเอง หากผู้ป่วยคิดและรู้สึกว่ามีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ หรือ เราทำได้ ก็จะตัดสินใจเข้าสู่ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) เป็นวิธีการบำบัดที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากการบำบัดแบบ unilateral family therapy ซึ่งเป็นครอบครัวบำบัดที่เน้นคู่สมรสที่มารับคำปรึกษาเพียงลำพังก่อน ร่วมกับการบำบัดแบบเสริมแรงทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม เหมาะกับกรณีผู้ป่วยติดสุราที่ในช่วงแรกไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และไม่ยอมเข้าสู่การบำบัดรักษา การเริ่มต้นช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง จึงเป็นการช่วยให้ญาติมีวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่การบำบัดเพิ่มมากขึ้น ระยะของการบำบัดแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ญาติได้รับการฝึกทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา เริ่มต้นโดยให้การบำบัดแบบ MET แก่ผู้ป่วยจำนวน 2-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนตนเอง ตามด้วยการบำบัดแบบCommunity Reinforcement Approach ;CRA จำนวน 8-11 ครั้ง

2.4 การดูแลรายกรณี Case Management สามารถใช้ดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาด หรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วย

โรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน โรคจิตเภท ช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล ผู้จัดการรายกรณี(case manager) จะเป็นเจ้าของกรณีผู้ป่วยและช่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.5 กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม หรือ เอเอ Alcoholic Anonymous ;AA คือ กลุ่มที่ตั้งขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1935 โดย Bill Wilson และDr. Bob Smith ช่วยกันร่างหลักการ 12 ขั้นตอน ที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนในการเลิกสุราด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่มเอเอ และได้ร่างธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ(Twelve traditions) เพื่อเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มคงความเป็นอิสระ ไม่พึงพาองค์กรภายนอก ป้องกันไม่ให้ความขัดแย้งทางศาสนาหรือ อิทธิพลทางการเมืองเข้าแทรกแซง แสวงหาผลประโยชน์ และยังทำให้กลุ่มสามารถรักษาความลับ หรือความนิรนามของสมาชิกได้

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยหน่วยจิตสังคมบำบัด ได้นำรูปแบบการบำบัดการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม มาเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพ เชื่อว่าพฤติกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยภายนอกและภายในของบุคคล หากบำบัดให้บุคคลสามารถใช้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความคิด(Cognitive Skills) และทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม(Behavioral Skills) จะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ เพราะเป็นการบำบัดรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ หรือการเรียนรู้มาที่ผิดๆ ที่ฝังลึกให้มีแนวทางความคิดใหม่ที่ถูกต้อง ให้ผู้ติดสุรารู้จักการควบคุมตนเอง วิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง เพิ่มทักษะการเข้าสังคม รวมทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถทำได้ในสถานบริการระดับตติยภูมิ ในระยะเวลาที่เหมาะสม กิจกรรมการเรียนรู้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย จำนวน 5 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 6 เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยร่วมกับญาติ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง เนื้อหากิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรม มีดังนี้

<u>กิจกรรมครั้งที่</u> 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้จักกัน บอกถึงจำนวนครั้งของการบำบัดและระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากการดื่มสุรา มีทัศนคติที่ดีและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราและตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา.

<u>กิจกรรมครั้งที่</u> 2 เพื่อสำรวจความมั่นใจ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน แรงจูงใจ อุปสรรค และจุดแข็งของผู้ป่วย

<u>กิจกรรมครั้งที่</u> 3 เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจ เข้าใจ และ บอกตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา ให้สมาชิกได้วางแผนหลีกเลี่ยงและจัดการกับตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม มุ่งใช้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม

<u>กิจกรรมครั้งที่</u> 4 เพื่อฝึกผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดื่มสุรา โดยเลือกเทคนิคอย่างเหมาะสมตามความสามารถของผู้ป่วย สามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เรียนรู้การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงหรือกลับไปดื่มสุรา

<u>กิจกรรมครั้งที่</u> 5 เพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนปฏิบัติการเพื่อลด เลิกการดื่มสุราได้

<u>กิจกรรมครั้งที่</u> 6 ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน เพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะเลิกดื่มสุรา ได้สำรวจถึงปัญหาและผลกระทบจากปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วย ที่มีผลต่อครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกการดื่มสุราได้

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่า เป็นการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพ (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา,2554) ซึ่งมีผู้สนใจได้นำมาใช้ในการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และยังมีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มของผู้ดื่มสุราที่อาจมีผลต่อการหยุดดื่ม หรือกระตุ้นให้ดื่มอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น

รายงานของสายพิรุณ แสนพรหม (2547) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราขาวของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 39.0 และปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา คือ ปัจจัยสิ่งกระตุ้นทางการตลาด ได้แก่ สุราขาวมีราคาถูก สะดวกในการหาซื้อมาดื่ม ส่วนปัจจัยทางด้านสังคมศาสตร์ ได้แก่ เพื่อนมาชักชวนให้ดื่ม หรือดื่มเพื่อเข้าสังคม ดื่มสุราแล้วคุยถูกคอ ต้องการได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2548) ได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรพ.ศ.2547 พบว่า ผู้ดื่มสุราเป็นกลุ่มวัยแรงงานมีอายุระหว่าง 25-59 ปี เพศชายมีอัตราการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมึนเมาสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ

การศึกษาของนิชนันท์ คำล้าน (2547) การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 คน หลังบำบัดได้ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่า ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผู้ป่วยจำนวน 9 คนไม่ดื่ม อีกจำนวน 11 คนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มในทางที่ดีขึ้นตลอดระยะที่ติดตาม 2 เดือน และการศึกษาที่เหมือนกันของนิมิต แก้วอาจ (2548) ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เสพสุราที่มารับการบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน 22 คนซึ่งพบว่ากลุ่มเป้าหมายเกือบทั้งหมด เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีมากที่สุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุดระหว่าง 1,001- 5,000 บาท ระยะเวลาที่ดื่มสุรามากที่สุดอยู่ระหว่าง 1-10 ปี ความถี่ของการดื่มสุราคือ 7 วันต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ดื่มมากที่สุด คือ สุราขาว ส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่ดื่มจะเป็นตอนเย็น สาเหตุการดื่มสุราส่วนใหญ่ เพื่อนชวน เท่าๆกับช่วยด้านภาวะอารมณ์ ช่วยเจริญอาหาร แก้ความเหนื่อยล้า เพื่อเข้าสังคม และสนุกสนาน จากการดื่มสุรา นั้น ส่วนมากจะมีปัญหาเจ็บป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ ผลการบำบัดพบว่า จำนวน 14 คนไม่ดื่ม กลับไปดื่มซ้ำแต่ลดปริมาณการดื่มลงได้ จำนวน 7 คน ส่วนอีก 1 คน ยังคงดื่มและดื่มมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดังรายละเอียดของการศึกษา ดังนี้

3.1 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผ่านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 - เดือนกันยายน 2553 จำนวน 141 คน และได้รับการติดตามผลหลังการบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ผลของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และกิจกรรมทดแทนการดื่ม

2. แบบติดตามผลการบำบัดรักษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจากบำบัด การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือเรียนหนังสือ

2. ทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม แบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์และแบบติดตามผลการบำบัดรักษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2553 - เดือนกันยายน 2554

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 141 คน ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้ตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

4.1.2 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.1.3 ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก

4.1.4 การบำบัดรักษา

4.1.5 ผลการบำบัด

4.1 ผลการศึกษา

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย คือ ร้อยละ 97.87 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ39.01) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.82 สถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ48.23) มีสถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.23 และ 31.20 ตามลำดับ ด้านอาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ36.88) มีอาชีพทำนา ทำไร่ รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ28.37) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 501-1000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.04 และยังพบว่ามีกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท คิดเป็นร้อยละ20.57 ส่วนภูมิลำเนา พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ51.77) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดขอนแก่น ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n =141)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	138	97.87
หญิง	3	2.13

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n =141) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
19-29 ปี	25	17.73
30-39 ปี	55	39.01
40-49 ปี	35	24.82
50-59 ปี	25	17.73
60 ปีขึ้นไป	1	0.71
สถานภาพสมรส		
โสด	68	48.23
คู่	45	31.91
หย่า	27	19.15
หม้าย	1	0.71
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	68	48.23
มัธยมศึกษา	44	31.20
ต่ำกว่าปริญญาตรี	14	9.93
ปริญญาตรี	14	9.93
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.71
อาชีพ		
ทำนา ทำไร่	52	36.88
ค้าขาย	9	6.38
รับจ้าง	40	28.37
รับราชการ	19	13.48
ว่างงาน	21	14.48
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 500 บาท	29	20.57
501-1000 บาท	48	34.04
1001-5000 บาท	34	24.11
มากกว่า 5000 บาท	30	21.28

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n =141) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
ขอนแก่น	73	51.77
กาฬสินธุ์	15	10.63
อุดรธานี	13	9.20
มหาสารคาม	17	12.06
ชัยภูมิ	9	6.38
ร้อยเอ็ด	3	2.13
หนองบัวลำภู	5	3.55
หนองคาย	3	2.13
นครราชสีมา	2	1.42
บุรีรัมย์	1	0.71

4.1.2 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษา พบว่า ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลือกดื่มมากที่สุด คือ เหล้าขาว จำนวน 132 คน (ร้อยละ93.62) เหล้าสี จำนวน 1 คน (ร้อยละ0.71) และดื่มเบียร์ จำนวน 8 คน (ร้อยละ5.67) ด้านอายุของการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ55.32) เริ่มดื่มครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 16-20 ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 10-15 ปี (ร้อยละ26.95) สำหรับระยะเวลารวมที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ61.70) จะดื่มมานาน 6-10 ปี รองลงมา คือ 16-20 ปี (ร้อยละ 20.57) และ 1-5 ปี (ร้อยละ11.35)

ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อครั้ง ในกลุ่มที่ดื่มเหล้าขาวจำนวน 132 คน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ45.45) ดื่มปริมาณ ½ ขวดใหญ่ (1 ขวดเล็ก) ต่อครั้ง รองลงมาดื่มปริมาณ ¼ ขวดใหญ่ (1 กั๊ก) ต่อครั้ง (ร้อยละ28.03) ดื่มปริมาณ 1-2 ขวดใหญ่ (ร้อยละ22.73) และดื่มปริมาณน้อยที่สุดต่อครั้ง คือ 1 ก๊ง / เป๊ก (ร้อยละ3.79) กลุ่มที่ดื่มเหล้าสี จำนวน 1 คน ดื่มมากกว่า 2 แก้วต่อครั้ง ส่วนกลุ่มที่ดื่มเบียร์ จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่ จำนวน 7 คนดื่ม 1-3 ขวดต่อครั้ง จำนวน 1 คนดื่มมากกว่า 3 ขวดต่อครั้ง

ความถี่ของการดื่ม พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดื่ม 7 วัน/สัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ84.40) รองลงมา คือ ดื่ม 3- 6 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ10.64) และดื่ม 1-2 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 4.69) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามประวัติการดื่ม (n =141)

ประวัติการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ใช้		
เหล้าขาว	132	93.62
เหล้าสี	1	0.71
เบียร์	8	5.67
อายุของการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก		
10-15 ปี	38	26.95
16-20 ปี	78	55.32
21-25 ปี	20	14.18
26-30 ปี	4	2.84
มากกว่า 30 ปี	1	0.71
ระยะเวลาที่ดื่ม		
1-5 ปี	16	11.35
6-10 ปี	87	61.70
11-15 ปี	4	2.84
16-20 ปี	29	20.57
มากกว่า 20 ปี	5	3.54
ปริมาณการดื่มต่อครั้ง		
เหล้าขาว		
1-2 ขวดใหญ่	30	22.73
½ ขวดใหญ่ (1 ขวดเล็ก)	60	45.45
¼ ขวดใหญ่ (1 ก๊ก)	37	28.03
1 กึ๊ง / เป๊ก	5	3.79
เหล้าสี		
มากกว่า 2 แก้ว	1	100
เบียร์		
1-3 ขวด	7	87.50
มากกว่า 3 ขวด	1	12.50

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามประวัติการดื่ม (n =141) (ต่อ)

ประวัติการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการดื่ม		
1-2 วัน / สัปดาห์	7	4.96
3-6 วัน / สัปดาห์	15	10.64
7 วัน / สัปดาห์	119	84.40

สำหรับข้อมูลเหตุผลของการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ31.91) บอกถึงเหตุผลของการดื่มว่า เพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง ซึ่งใกล้เคียงกับเหตุผลเพื่อการเข้าสังคม คือ ร้อยละ31.21 และเหตุผลนอกจากนี้ คือ เพื่อคลายเครียด หายกลุ้มใจหรือลืมความทุกข์ (ร้อยละ15.60) เพื่อช่วยคลายเมื่อยกล้ามเนื้อ (ร้อยละ6.38) เพื่อแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา (ร้อยละ5.67) เพื่อให้หายจากอาการมือสั่น (ร้อยละ4.96) เพื่อช่วยให้หลับสบายเท่ากับเหตุผลเพื่อช่วยย่อยและเจริญอาหาร คือ ร้อยละ2.13 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามเหตุผลการดื่ม (n =141)

เหตุผลการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อการเข้าสังคม	44	31.21
เพื่อคลายเครียด หายกลุ้มใจหรือลืมความทุกข์	22	15.60
เพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง	45	31.91
เพื่อช่วยคลายเมื่อยกล้ามเนื้อ	9	6.38
เพื่อช่วยให้หลับสบาย	3	2.13
เพื่อช่วยย่อยและเจริญอาหาร	3	2.13
เพื่อแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา	8	5.67
เพื่อให้หายจากอาการมือสั่น	7	4.96

ข้อมูลช่วงเวลาที่มักจะดื่ม พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักจะดื่มในช่วงตอนเย็น (ร้อยละ56.74) รองลงมา คือ ดื่มทั้งช่วงเช้าและเย็น (ร้อยละ17.02) ดื่มทั้งช่วงเช้ากลางวันและเย็น (ร้อยละ12.76) ดื่มตลอดวัน (ร้อยละ7.80) และดื่มเฉพาะช่วงกลางวันและเย็น(ร้อยละ2.84) เท่ากับดื่มช่วงเช้าเวลาเดียว (ร้อยละ2.84) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามช่วงเวลาที่ดื่ม (n =141)

ช่วงเวลาที่ดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
เช้า	4	2.84
เย็น	80	56.74
กลางวันและเย็น	4	2.84
เช้าและเย็น	24	17.02
เช้า กลางวัน และเย็น	18	12.76
ตลอดวัน	11	7.80

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่ใช้ดื่ม พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนมาก (ร้อยละ49.65) ดื่มที่ร้านขายของชำ ส่วนที่อื่นๆนอกจากนี้ คือ บ้านตนเอง (ร้อยละ24.82) บ้านเพื่อน (ร้อยละ 17.73) ที่ทำงาน (ร้อยละ5.67) และดื่มที่ร้านอาหาร (ร้อยละ2.13) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามสถานที่ดื่ม (n =141)

สถานที่ดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
บ้านของตนเอง	35	24.82
บ้านของเพื่อน	25	17.73
ร้านขายของชำ	70	49.65
ร้านอาหาร	3	2.13
ที่ทำงาน	8	5.67

ในส่วนของข้อมูลการเคยหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างตั้งใจด้วยตนเองนั้น พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เคยหยุดดื่มมีมากกว่าที่ไม่เคยหยุดดื่ม โดยเคยหยุดดื่มร้อยละ68.79 ที่เหลือไม่เคยหยุดดื่ม ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามการเคยหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างตั้งใจด้วยตนเอง (n =141)

การเคยหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างตั้งใจด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
เคย	97	68.79
ไม่เคย	44	31.21

สำหรับข้อมูลคนในครอบครัวของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม นั้น พบว่า ไม่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ามีคนในครอบครัวดื่ม โดยไม่มีคนในครอบครัวดื่มร้อยละ 54.61 ซึ่งในครอบครัวที่มีคนอื่นดื่ม ส่วนมากคนที่ดื่ม คือ บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามการมีคนในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์ (n =141)

การมีคนในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
คนในครอบครัวที่ดื่ม		
ไม่มี	77	54.61
มี	64	45.39
บิดา มารดา	28	43.75
สามี ภรรยา	3	4.69
บุตร	5	7.81
ญาติๆ	28	43.75

4.1.3 ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ100) มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านจิตใจ รองลงมา คือ ปัญหาการทำงาน การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยด้านร่างกาย ขาดรายได้ เป็นหนี้สิน และการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60.99 60.28 57.44 44.68 และ 43.97 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามผลกระทบการดื่ม (n =141)

ผลกระทบการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย	81	57.44
มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านจิตใจ	141	100
มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว	62	43.97
มีปัญหาการทำงาน	86	60.99
มีปัญหาการขาดรายได้ เป็นหนี้สิน	63	44.68
อุบัติเหตุ	85	60.28

* ตอบได้มากกว่า 1

4.1.4 การบำบัดรักษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ80.14) ไม่เคยได้รับการบำบัดเพื่อการหยุดดื่มมาก่อน เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดครั้งนี้เห็นว่า สุขภาพไม่ดีมากที่สุด คือ ร้อยละ46.10 รองลงมาให้เหตุผลว่า ครอบครัวขอร้อง อยากหายจากอาการที่เกิดจากการติดสุรา อยากเลิกและเพื่อให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 24.82 12.06 10.64 และ 6.38 ตามลำดับ

สำหรับเป้าหมายของการเข้ารับการบำบัด ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าครึ่งหนึ่งมีเป้าหมายเพื่อหยุดดื่ม คือ ร้อยละ76.60 ส่วนที่เหลือ ร้อยละ23.40 ต้องการที่จะลดปริมาณการดื่มจากเดิม ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามข้อมูลการบำบัด (n =141)

ข้อมูลการบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
การเคยได้รับการบำบัดเพื่อการหยุดดื่มมาก่อน		
เคย	28	19.86
ไม่เคย	113	80.14
เหตุผลของการเข้ารับการบำบัดครั้งนี้		
สุขภาพไม่ดี	65	46.10
ครอบครัวขอร้อง	35	24.82
เพื่อให้สังคมยอมรับ	9	6.38
อยากหายจากอาการที่เกิดจากการติดสุรา	17	12.06
อยากเลิก	15	10.64
เป้าหมายของการเข้ารับการบำบัด		
หยุดดื่ม	108	76.60
ลดปริมาณการดื่ม	33	23.40

ในส่วนของการหากิจกรรมทดแทนในช่วงเวลาที่หยุดดื่มหรือดื่มให้น้อยลง พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลือกที่จะทำกิจกรรมทดแทนมากน้อยตามลำดับ คือ ดูโทรทัศน์ ทำกับข้าว เล่นกีฬา เลี้ยงสัตว์เท่ากันกับฟังวิทยุ ทำความสะอาดบ้าน อ่านหนังสือพิมพ์ อ่านนิยายหรือนิตยสาร ปลูกต้นไม้หรือรดน้ำต้นไม้ ช่วยงานบ้าน สอนการบ้านลูก ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามกิจกรรมทดแทนการดื่ม (n =141)

กิจกรรมทดแทนการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
เลี้ยงสัตว์	40	28.36
อ่านหนังสือพิมพ์	31	21.89
ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้	11	7.80
ทำกับข้าว	49	34.75
เล่นกีฬา	47	33.33
อ่านนิยาย นิตยสาร	19	13.47
ทำความสะอาดบ้าน	37	26.24
ดูโทรทัศน์	71	50.35
ช่วยงานบ้าน	7	4.96
สอนการบ้านลูก	3	2.13
ฟังวิทยุ	40	28.36

* ตอบได้มากกว่า 1

4.1.5 การติดตามผลการบำบัด

จากการติดตามผลภายหลังได้รับการบำบัด ในกลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อลดปริมาณการดื่ม พบว่า สามารถทำได้ตามเป้าหมาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามเป้าหมายการลดปริมาณการดื่ม (n =23)

พฤติกรรมการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
ลดปริมาณการดื่มได้	23	100
ลดปริมาณการดื่มไม่ได้	0	0.00

ซึ่งในกลุ่มที่มีเป้าหมายลดปริมาณการดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่ลดได้นาน 181-330 วัน หรือระหว่าง 6-11 เดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 40.74 รองลงมา คือ 91-180 วัน หรือ 3-6 เดือนจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.43 และมีที่ลดได้นาน 30-90 วัน หรือ 1-3 เดือน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 21.74 ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำแนกตามระยะเวลาที่ลดปริมาณการดื่มได้ (n=23)

ระยะเวลาที่ลดปริมาณการดื่มได้	จำนวน	ร้อยละ
30-90 วัน	5	21.74
91-180 วัน	7	30.43
181-330 วัน	11	47.83

ส่วนกลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อหยุดดื่ม พบว่า หยุดดื่มได้ตามเป้าหมายทั้งหมด คือ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำแนกตามเป้าหมายการหยุดดื่ม (n=78)

พฤติกรรมการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
หยุดดื่มได้	78	100
หยุดดื่มไม่ได้	0	0

ผู้รับการบำบัดที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อหยุดดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 หยุดดื่มได้นานระหว่าง 181-330 วัน รองลงมาคือหยุดดื่มได้ระหว่าง 30-90 วัน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 25.64 หยุดดื่มได้มากกว่า 331 วัน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 21.80 และน้อยที่สุดจำนวน 11 คน หยุดดื่มได้ระหว่าง 91-180 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.10 ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำแนกตามระยะเวลาที่หยุดดื่ม (n=78)

ระยะเวลาที่หยุดดื่มได้	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 เดือน	0	0.00
31-90วัน	20	25.64
91-180 วัน	11	14.10
181-330 วัน	30	38.46
มากกว่า 330 วัน	17	21.80

4.2 การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 97.87 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ39.01 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี สอดคล้องกับรายงานของศิริพร ทองบ่อ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาที่มารับบริการในหน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 30-39 ปี เช่นกัน และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสายพิรุณ แสนพรหม (2547)ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราขาวของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 35-44 ปี เช่นเดียวกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2548) ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากรพ.ศ.2547 พบว่า ผู้ดื่มสุราเป็นกลุ่มวัยแรงงานมีอายุระหว่าง 25-59 ปี เพศชายมีอัตราการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมึนเมาสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ

สำหรับชนิดของแอลกอฮอล์ ที่ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลือกดื่มมากที่สุด คือ เหล้าขาว ความถี่ของการดื่ม พบว่า ดื่ม 7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด ช่วงเวลาที่มักจะดื่ม ส่วนใหญ่มักจะดื่มในช่วงตอนเย็น เหตุผลของการดื่ม คือ เพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง เข้าสังคม คลายเครียด หายกลุ้มใจ แก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา ให้ลืมความทุกข์ หรือภาวะทางอารมณ์ต่างๆ ช่วยคลายเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือแก้ความเหนื่อยล้า ช่วยย่อยและเจริญอาหาร ผลกระทบจากการดื่มที่พบ ส่วนมากมีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและ จิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของนิมิต แก้วอาจ (2548) ที่ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช ที่พบว่า เหมือนกันทั้งชนิดของเครื่องดื่มที่เลือกดื่ม คือ เหล้าขาว ส่วนความถี่ของการดื่ม และเหตุผลของการดื่มก็เช่นเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ ที่เป็นเช่นนี้เป็นไปได้ว่าการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่อยู่คู่กับมนุษย์มาช้านาน เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ประเพณี ธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งสังคมไทยยังมีค่านิยมว่า การดื่มสังสรรค์เป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งหากมองถึงสถานการณ์การดื่มสุราของคนไทย และ เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ต่อประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปต่อปีกับประเทศอื่นทั่วโลกแล้ว ประเทศไทยดื่มอยู่ในระดับ 7.10 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ดื่มเพียง 2.20 ลิตรต่อคนต่อปี และสูงกว่าค่าเฉลี่ยประชากรทั่วโลกที่ดื่ม 6.13 ลิตรต่อคนต่อปี และแม้ว่าประเทศไทยจะมีประชากรกว่าร้อยละ 60 ที่ไม่ดื่ม แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ดื่มแล้วพบว่า ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยถึง 23.90 ลิตรต่อคนต่อปี(แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา,2554) และถึงแม้ว่า การดื่มสุรานั้นก่อให้เกิดผลทางบวกมากมาย เช่น ดื่มแล้วมีความสุข สุขภาพดี มีเพื่อน คลายเครียด แต่การดื่มสุราอย่างหนักก็ก่อให้เกิดผลเสียได้ทั้งต่อตัวเอง เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และผลเสียต่อคนอื่น เช่น ความรุนแรงในครอบครัว และ อุบัติเหตุต่อผู้อื่น (หทัยชนนี บุญเจริญ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์,2549) นอกจากนี้ เพราะสุราเป็นเครื่องดื่มที่ถูกกฎหมาย หาซื้อได้ง่าย อีกทั้งสุราขาวราคาไม่แพงมากนัก และสามารถแบ่งขายตามปริมาณที่ผู้ซื้อต้องการซื้อได้ เช่น ซื้อเป็นขวด กึง หรือ กั๊กได้เป็นต้น

ดังรายงานของสายพิรุณ แสนพรหม (2547) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราขาวของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา คือ ปัจจัยสิ่งกระตุ้นทางการตลาด ได้แก่ สุราขาวมีราคาถูก และ สะดวกในการหาซื้อมาดื่ม ส่วนปัจจัยทางด้านสังคมศาสตร์ ได้แก่ เพื่อนมาชักชวนให้ดื่ม หรือดื่มเพื่อเข้าสังคม ดื่มสุราแล้วคุยถูกคอ ต้องการได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง รวมทั้งการบันทึกรายงานกรมสุขภาพจิต(2547) ที่กล่าวถึงว่า ความยากง่ายในการหาสารเสพติดมาเสพ ถ้าสารเสพติดนั้นถูกกฎหมาย ราคาไม่แพง และสามารถหาซื้อได้ง่ายในแหล่งใกล้ตัว ก็จะมีแนวโน้มว่าบุคคลจะใช้สารเสพติดได้มาก

ส่วนผลการบำบัด พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดในกลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อลดปริมาณการดื่ม นั้น สามารถลดได้ตามเป้าหมายทั้งหมด ส่วนกลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อหยุดดื่มก็สามารถหยุดดื่มได้ตามเป้าหมายทั้งหมด เช่นกัน ซึ่งน่าจะเป็นจากการที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้นำความรู้และทักษะต่างๆที่ได้เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ ทำให้คิดได้ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น คือหยุดดื่ม หรือ ควบคุมการดื่มได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนิชนันท์ คำล้าน (2547) การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี หลังบำบัด ได้ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่าไม่ดื่ม ส่วนที่ยังดื่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มในทางที่ดีขึ้น ตลอดระยะที่ติดตาม 2 เดือน และนิมิต แก้วอาจ (2548) ที่ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช ผลการติดตามกลุ่มเป้าหมายไม่ดื่ม มีส่วนที่กลับไปดื่มซ้ำแต่ลดปริมาณการดื่มลงได้

บทที่ 5
สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

รายงานนี้ เป็นการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผ่านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2552 - เดือนกันยายน 2553 จำนวน 141 คน และได้รับการติดตามหลังการบำบัดต่อเนื่องเวลา 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ผลของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และกิจกรรมทดแทนการดื่ม

2. แบบติดตามผลการบำบัดรักษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจากบำบัด การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือเรียนหนังสือ

2. ทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม แบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์และแบบติดตามผลการบำบัดรักษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 - เดือนกันยายน 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

5.1 สรุปผลการศึกษา

พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย คือ ร้อยละ 97.87 ส่วนใหญ่ ร้อยละ39.01 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.82 สถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ48.23 มีสถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.23 และ 31.20 ตามลำดับ ด้านอาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ36.88 มีอาชีพทำนา ทำไร่ รองลงมา คือ ร้อยละ28.37อาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 501-1000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.04 และยังพบว่า มีกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท คิดเป็นร้อยละ20.57 ส่วนภูมิลำเนา พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ51.77) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดขอนแก่น

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เลือกดื่มมากที่สุด คือ เหล้าขาว จำนวน 132 คน ร้อยละ93.62 เหล้าสี จำนวน 1 คน ร้อยละ0.71 และดื่มเบียร์ จำนวน 8 คน ร้อยละ5.67 ด้านอายุของการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ55.32 เริ่มดื่มครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 16-20 ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ26.95 สำหรับระยะเวลารวมที่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ61.70 จะดื่มมานาน 6-10 ปี รองลงมา คือ 16-20 ปี ร้อยละ20.57 และ 1-5 ปี ร้อยละ11.35

ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อครั้ง ในกลุ่มที่ดื่มเหล้าขาว จำนวน 132 คน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ45.45 ดื่มปริมาณ ½ ขวดใหญ่ (1 ขวดเล็ก) ต่อครั้ง รองลงมาดื่มปริมาณ ¼ ขวดใหญ่ (1 กั๊ก) ต่อครั้ง ร้อยละ28.03 ดื่มปริมาณ 1-2 ขวดใหญ่ ร้อยละ22.73 และดื่มปริมาณน้อยที่สุดต่อครั้ง คือ 1 กั๊ง / เป๊ก ร้อยละ3.79 กลุ่มที่ดื่มเหล้าสี จำนวน 1 คน ดื่มมากกว่า 2 แก้วต่อครั้ง ส่วนกลุ่มที่ดื่มเบียร์ จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่ จำนวน 7 คน ดื่ม 1-3 ขวดต่อครั้ง จำนวน 1 คน ดื่มมากกว่า 3 ขวดต่อครั้ง

ความถี่ของการดื่ม พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดื่มมากที่สุดคือ 7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ84.40 รองลงมา ดื่ม 3- 6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ10.64 และดื่ม 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ4.69

เหตุผลของการดื่ม ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ ร้อยละ31.91 บอกว่า เพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง ซึ่งใกล้เคียงกับเหตุผลเพื่อการเข้าสังคม คือ ร้อยละ31.21 และเหตุผลนอกจากนี้ คือ เพื่อคลายเครียด หายกลุ้มใจ หรือลืมความทุกข์ ร้อยละ15.60 ช่วยคลายเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 6.38 แก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา ร้อยละ5.67 ให้หายจากอาการมือสั่น ร้อยละ4.96 ช่วยให้หลับสบายเท่ากับเหตุผลเพื่อช่วยย่อยและเจริญอาหาร คือ ร้อยละ2.13

ช่วงเวลาที่มักจะดื่ม พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักจะดื่มในช่วงตอนเย็น ร้อยละ56.74 รองลงมา คือ ดื่มทั้งช่วงเช้าและเย็น ร้อยละ17.02 ดื่มทั้งช่วงเช้า กลางวันและเย็น ร้อยละ12.76 ดื่มตลอดวัน ร้อยละ7.80 และดื่มเฉพาะช่วงกลางวันและเย็นร้อยละ2.84 เท่ากับดื่มช่วงเช้าเวลาเดียว ร้อยละ2.84

สถานที่ที่ใช้ดื่ม ส่วนมาก ร้อยละ49.65 ดื่มที่ร้านขายของชำ ส่วนที่อื่นๆนอกจากนี้ คือ บ้านตนเอง ร้อยละ24.82 บ้านเพื่อน ร้อยละ17.73 ที่ทำงาน ร้อยละ5.67 และดื่มที่ร้านอาหาร ร้อยละ2.13

การเคยหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างตั้งใจด้วยตนเองนั้น พบว่า ผู้ที่เคยหยุดดื่มมีมากกว่าที่ไม่เคยหยุดดื่ม โดยเคยหยุดดื่มร้อยละ68.79 ที่เหลือไม่เคยหยุดดื่ม

คนในครอบครัวของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม นั้น พบว่า ไม่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า มีคนในครอบครัวดื่ม โดยไม่มีคนในครอบครัวดื่มร้อยละ 54.61 ซึ่งในครอบครัวที่มีคนอื่นดื่ม ส่วนมากคนที่ดื่ม คือ บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร

ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ส่วนใหญ่ ร้อยละ100 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านจิตใจ รองลงมา คือ ปัญหาการทำงาน การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยด้านร่างกาย ขาดรายได้ เป็นหนี้สิน และการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60.99 60.28 57.44 44.68 และ 43.97

เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดครั้งนี้เห็นว่า สุขภาพไม่ดีมากที่สุด คือ ร้อยละ46.10 รองลงมาให้เหตุผลว่า ครอบครัวขอร้อง อยากหายจากอาการที่เกิดจากการติดสุรา อยากเลิกและเพื่อให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 24.82 12.06 10.64 และ 6.38 ตามลำดับ

เป้าหมายของการเข้ารับการบำบัด มากกว่าครึ่งหนึ่งมีเป้าหมายเพื่อหยุดดื่ม คือ ร้อยละ 76.60 ส่วนที่เหลือ ร้อยละ23.40 ต้องการที่จะลดปริมาณการดื่มจากเดิม

กิจกรรมทดแทนในช่วงเวลาที่หยุดดื่ม หรือดื่มให้น้อยลง พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลือกที่จะทำกิจกรรมทดแทนมากน้อยตามลำดับ คือ ดูโทรทัศน์ ทำกับข้าว เล่นกีฬา เลี้ยงสัตว์เท่ากันกับฟังวิทยุ ทำความสะอาดบ้าน อ่านหนังสือพิมพ์ อ่านนิยายหรือนิตยสาร ปลูกต้นไม้หรือรดน้ำต้นไม้ ช่วยงานบ้าน สอนการบ้านลูก

กลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อลดปริมาณการดื่ม พบว่า ทำได้ตามเป้าหมายทุกคน คือ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ100 โดยส่วนใหญ่ลดได้นาน 181-330 วัน หรือระหว่าง 6-11 เดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 47.83 รองลงมา คือ 91-180 วัน หรือ 3-6 เดือนจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.43 และมีที่ลดได้นาน 30-90 วัน หรือ 1-3 เดือน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 21.74 ส่วนกลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อหยุดดื่ม พบว่า หยุดดื่มได้ตามเป้าหมายทั้งหมดเช่นกัน คือ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 หยุดดื่มได้นานระหว่าง 181-330 วัน รองลงมาคือหยุดดื่มได้ระหว่าง 30-90 วัน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 25.64 หยุดดื่มได้มากกว่า 331 วัน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 21.80 และน้อยที่สุดจำนวน 11 คน หยุดดื่มได้ระหว่าง 91-180 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.10

5.2 ข้อเสนอแนะ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการช่วยให้ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเกิดความคิดริเริ่มที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และควบคุมให้ตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการช่วยให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาความคิดได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ การกระตุ้นให้เกิดความความมุ่งมั่น เกิดแรงจูงใจ ที่จะพูดถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การงาน รวมทั้งอาการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจที่ผู้รับการบำบัดประสบอยู่ และช่วยให้ได้พัฒนาในกระบวนการคิดที่จะควบคุมพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และการควบคุมอาการทางจิตที่เกิดร่วมได้

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์**. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิสซิ่ง.

จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,โรงพยาบาล. 2551. **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2551**. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

_____. 2552. **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2552**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

_____. 2553. **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2553**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เทอดศักดิ์ เดชคง, อุษา พึ่งธรรม และอภิสิทธิ์ ฤธาทิพย์. 2547. **คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์**. กรุงเทพ ฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____. 2548. **คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ ฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ. 2545. **เวชศาสตร์โรคติดยาคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ลิมบราเตอร์การพิมพ์.

นิชนันท์ คำล้าน. 2547. **การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิมิต แก้วอาจ. 2548. **การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. 2551. **การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

สายพิรุณ แสนพรหม. 2547. **พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2547**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. กรุงเทพฯ.

ศิริพร ทองบ่อ และคณะ. 2554. **รายงานการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาที่มารับบริการในหน่วยจิตสังคมบำบัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

หทัยชนนี บุญเจริญและพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2549. ทบทวนองค์ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์. **ใน** แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. หน้า 5, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณาธิการ. เชียงใหม่ : ไอเอมออเกไนเซอร์แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง.

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. 2554. **คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พิชัย แสงชาญชัย. 2552. **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.