

รายงานการติดตามผล
การบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามาใช้บริการในหน่วยจิตสังคมบำบัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางสาวศิริพร ทองบ่อ
นางนิภา ยอดสง่า
นายนิมิต แก้วอาจ
นางอาบบุญ แดงวิบูลย์

จ.
VM274
1463ร
554

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2554



รายงานการติดตามผล

การบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามารับบริการในหน่วยจิตสังคมบำบัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางสาวศิริพร ทองบ่อ

นางนิภา ยอดสง่า

นายนิमित แก้วอาจ

นางอาบุญญ์ แดงวิบูลย์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2554

บทคัดย่อ

รายงานการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาที่มารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นการติดตามผลในผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาหลังจากได้รับการบำบัดแบบสั้นครบ 1 ปี จำนวน 131 คน เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ แบบติดตามผลการบำบัดรักษา และทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับการบำบัดที่ผ่านการบำบัดแบบสั้นเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย คือ ร้อยละ 98.47 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.40 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมาก จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 55.73 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.35 มีอาชีพรับจ้าง และมีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.27

ส่วนมาก คือ ร้อยละ 89.31 ดื่มสุราขาว ส่วนที่เหลือร้อยละ 10.69 ดื่มเบียร์ ปริมาณการดื่มสุราขาวส่วนใหญ่ร้อยละ 35.11 ดื่ม 1-2 ขวดต่อครั้ง รองลงมา ร้อยละ 30.53 ดื่ม 1/2 ขวดต่อครั้ง ปริมาณการดื่มเบียร์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 9.16 ดื่ม 1-3 ขวดต่อครั้ง สำหรับความถี่ของการดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.54 ดื่ม 3-6 วันต่อสัปดาห์ และมีร้อยละ 20.61 ที่ดื่มทุกวันในสัปดาห์ ระยะเวลาของการดื่ม พบว่า ส่วนมาก ร้อยละ 54.20 ดื่มมานาน 6-10 ปี ดื่มได้ไม่ถึงหนึ่งปี ร้อยละ 7.63 การวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มอาการแบบโรคจิต (F10.5) มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.27 รองลงมา คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์ (F10.2) ร้อยละ 26.72 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์มีภาวะหยุดใช้แอลกอฮอล์ (F10.3) ร้อยละ 10.69 โรคจิตเภท (F20) และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.39 และในจำนวนทั้งหมดนี้พบ มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (F32) และดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

ผู้รับการบำบัด จำนวน 131 คน มีเป้าหมายลดปริมาณการดื่มจำนวน 28 คน และมีความตั้งใจที่จะหยุดดื่มจำนวน 103 คน ผลการติดตามหลังได้รับการบำบัดแบบสั้น 1 ปี พบว่า ผู้รับการบำบัดจำนวน 28 คน สามารถลดปริมาณการดื่มได้ จำนวน 27 คน โดยลดปริมาณการดื่มได้นานตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป และในจำนวน 103 คน ที่ตั้งใจหยุดดื่ม สามารถหยุดดื่มได้ทั้งหมด โดยร้อยละ 47.57 หยุดได้นานมากกว่า 330 วัน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษา พบว่า การบำบัดแบบสั้นมีผลทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดปริมาณการดื่มและหยุดดื่มได้ ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่มีผลดี หากส่งเสริมให้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น หรือพัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดได้มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการบำบัดแบบสั้น น่าจะช่วยให้ผู้ประสบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลช่วยเหลือได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา ที่มารับบริการในหน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นผลจากการทำงานที่ได้จัดเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลความรู้ เพื่อใช้ประกอบการทำงานและแบ่งปันผู้สนใจร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้จาก นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้โอกาสในการดำเนินงาน ให้การสนับสนุนเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจตลอดมา ผู้ศึกษาใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ให้ข้อมูล เป็นแหล่งเรียนรู้ให้ผู้ศึกษาได้สะสมความรู้และประสบการณ์ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางาน ตลอดจนทีมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา จนทำให้รายงานสำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ศิริพร ทองบ่อ และคณะ

เอกสาร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
002308	
26 ส.ค. 2555	
ศ. พท๑๗๔	
๘๒๒๕ ๒๕๕๔	

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4
2.2 การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช	10
2.3 จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์	11
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	16
3.1 กลุ่มเป้าหมาย	16
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	16
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	16
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	16
บทที่ 4 ผลการศึกษา	17
4.1 ผลการศึกษา	17
4.1.1 ข้อมูลทั่วไป	17
4.1.2 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	19
4.1.3 ผลการบำบัดแบบสั้น	20
4.2 การอภิปรายผล	22
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	24
5.1 สรุปผลการศึกษา	24
5.2 ข้อเสนอแนะ	25
บรรณานุกรม	26

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนไทยมีการดื่มสุรามานาน โดยมักดื่มในเทศกาล หรือวาระต่างๆ และยังมีความเชื่อเรื่องการดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น ชาดอง เชื่อว่าช่วยบำรุงร่างกาย บำรุงโลหิต รักษาอาการปวดเมื่อย ทำให้เจริญอาหาร ซึ่งความจริงแล้ว ส่วนผสมของสุราในชาดองนั้นมีค่อนข้างสูง ดังนั้น การดื่มชาดอง ก็คือ การดื่มสุรานั้นเอง ในบางครั้งพบว่า คนไทยมีทัศนคติต่อสุราในลักษณะการส่งเสริมการดื่มโดยไม่รู้ตัว เช่น การวางขวดสุราไว้ในห้องรับแขกตามบ้าน หรือแม้ในงานเลี้ยงสังสรรค์ งานฉลองตามประเพณีต่างๆ มักพบเห็นการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ ซึ่งจากปรากฏการณ์ที่เห็นประจักษ์ทั้งในอดีตและปัจจุบันนี้ นับเป็นข้อมูลที่บ่งบอกว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่นิยมบริโภคทั่วไปในสังคมไทย

จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2548 พบว่า ประเทศไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทรวมกัน 8.47 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับที่ 40 ของโลก โดยดื่มสุรากลั่น(Spirit) 7.13 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับที่ 5 ของโลก ดื่มเบียร์ 1.31 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับที่ 85 ของโลก และดื่มไวน์ 0.04 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับที่ 124 ของโลก (<http://www.thaihealth.or.th,2549>) จากการสำรวจจำนวนประชากรที่ดื่มของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2547 พบ คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวน 16.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.7 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้เป็นผู้ดื่มสุราเป็นประจำหรือดื่มอย่างสม่ำเสมอประมาณ 8.8 ล้านคน และเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นปีละอย่างน้อย 260,000 คน หรือประมาณวันละ 700 คน(www.oknation.net,2550)

การบริโภคแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญทั้งด้านสังคมและสุขภาพ เนื่องจากแอลกอฮอล์สามารถซึมผ่านเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว โดยที่แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมในกระเพาะอาหารและกระจายเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 5 นาที ก่อนส่งต่อไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ภายใน 10-30 นาที ทั้งนี้สามารถตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดได้ภายในเวลา 5 นาที หลังจากเริ่มดื่ม และเริ่มก่อผลต่ออวัยวะทั่วร่างกาย องค์การอนามัยโลกได้เปิดเผยข้อเท็จจริงว่า การดื่มแอลกอฮอล์เกินควรเป็นสาเหตุของการตายและความพิการทั่วโลก โดยประมาณร้อยละ 4 ของการตายและความพิการทั่วโลกเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมากกว่ายาเสพติดถึง 5 เท่า ร้อยละ 30 ของการตายจากมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับ โรคชัก อุบัติเหตุจราจร ฆาตกรรม และการบาดเจ็บโดยเจตนา มีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแอลกอฮอล์ไม่เพียงบั่นทอนสุขภาพร่างกายให้เสื่อมลงเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสติปัญญาและสุขภาพจิตของผู้ดื่มและก่อปัญหา

สังคมอีกด้วย ที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด ได้แก่ การเมาแล้วขับซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรมากกว่าร้อยละ 50 ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทั้งหมด 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตของแต่ละประเทศมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ โรคจิตจากการดื่มมีด้วยกันหลายอาการและมักรักษาให้หายขาดได้ยากได้แก่ โรคประสาทหลอน โรคซึมเศร้า โรคหาวกระแวง โรคความจำเสื่อม โรคหาวคิ้วผิดปกติ เป็นต้น และเนื่องจากแอลกอฮอล์สามารถละลายไขมันได้ดี จึงสามารถผ่านท่อน้ำที่กั้นระหว่างกระแสเลือดกับเซลล์สมองได้เป็นอย่างดี ผลที่เกิดขึ้นในทันทีคือ ก่อการทำงานของสมอง โดยเฉพาะสมองส่วนที่ควบคุมความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ทำให้สมองส่วนอื่นๆ เพิ่มอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดื่มขาดความยับยั้งชั่งใจดังเช่นที่มีภาวะปกติจนทำให้สามารถก่อความเดือดร้อนและอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นโดยง่าย ซึ่งถึงแม้ว่าจะยอมรับกันโดยทั่วไปว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและสังคม แต่แนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยกลับเพิ่มสูงขึ้น เฉลี่ย 2.6 แอลกอฮอล์ต่อปี(www.doctor.or.th,2547)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 372 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากกว่า 3,000 คน/ปี โดยในปีงบประมาณ 2551 2552 และ 2553 พบว่ามีจำนวน 3,978 คน 3,409 คน และ 3,658 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 4.2 และ 4.5 ตามลำดับ(รายงานผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,2551- 2553) เพื่อช่วยลดผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยหน่วยจิตสังคมบำบัด ได้นำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์มาใช้ในการให้บริการแก่ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การบำบัดแบบสั้น(Brief Intervention: BI) ซึ่งเป็นจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์รูปแบบหนึ่งในหลายรูปแบบที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ และได้รับการรายงานว่ามีประสิทธิภาพสูงจากผลการสังเคราะห์งานวิจัยชนิดการวิเคราะห์ห่อถัก โดยรูปแบบการบำบัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยจูงใจให้กลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์แบบเสี่ยงสูงขึ้นไป เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม เพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมาก สำหรับองค์ประกอบของการบำบัดแบบสั้นคือ การประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้คำแนะนำถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(สำนักพัฒนาสุขภาพจิต,2547 และ พ.อ. น.พ. พิชัย แสงชาญชัย,2552) ผลจากการนำรูปแบบการบำบัดแบบสั้นมาใช้ในการให้บริการครั้งนี้ คาดหวังว่าผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะถูกคิดในปัญหาและเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเองให้สามารถลดปริมาณการดื่มลงได้หรือหยุดดื่มได้ยาวนานที่สุด

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามีปัญหาที่มารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.3 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553 ที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่ม (AUDIT)ว่าเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา คือเป็นการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จำนวน 131 คน

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการช่วยเหลือและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ดีขึ้น โดยลดปริมาณการดื่ม หรือ เลิกดื่มได้

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายงานนี้ เป็นการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาและนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 2.2 การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช
- 2.3 จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุรา หรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ ไวน์ เป็นเครื่องดื่มที่ถูกกฎหมาย แอลกอฮอล์ประกอบด้วยสารเคมีถึงธรรมชาติ กึ่งสังเคราะห์ มีชื่อทางเคมีว่า “Ethanol”

2.1.1 การดูดซึม

แอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป ร้อยละ 20 จะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหาร ที่เหลืออีกร้อยละ 80 จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กตอนต้น ที่เรียกว่า ดูโอดินัม(duodenum) เข้าสู่กระแสเลือดจนหมด ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดจะสูงสุดภายใน 30-90 นาที โดยเฉลี่ยประมาณ 45-60 นาที ถ้าดื่มตอนกระเพาะอาหารว่าง แอลกอฮอล์ดูดซึมได้เร็ว ทำให้เมาเร็ว ถ้ารับประทานอาหารร่วมด้วยจะเมาน้อยกว่า

2.1.2 สาเหตุของการดื่มสุรา

จากการศึกษาวิจัยเชื่อว่า การติดสุรามีสาเหตุหลายปัจจัย สรุปได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษพบว่า ถ้าพ่อ หรือแม่ หรือ พี่น้องคนหนึ่งติดสุรา คนอื่นในครอบครัวมีโอกาสติดสุราได้ถึง 25 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสูงกว่าอัตราการติดสุราในคนทั่วไปถึง 5 เท่า ถ้าทั้งพ่อและแม่ติดสุรา อัตราการติดสุราของลูกจะเพิ่มขึ้นเป็น 50-60 เปอร์เซ็นต์ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนียเวทย์, 2540)

1.2 ชีวเคมี เกิดเนื่องจากแอลกอฮอล์ในสุรา ทำให้ระดับของสารสื่อเคมีเบต้า แอนด์อร์ฟิน (Beta Endorphine) และสารกาบา (GABA) ในสมองหลั่งออกมามาก ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิด

การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จะรู้สึกเบิกบานใจ มีความกล้ามากขึ้น ทำให้ผู้ดื่มสุราเกิดความพึงพอใจ และมีความต้องการใช้ซ้ำอีก ซึ่งจะนำไปสู่การติดสารเสพติดในที่สุด (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน สันสนิษเวช, 2540)

2. ปัจจัยด้านจิตใจและบุคลิกภาพ

2.1 จิตพลวัต (Psychodynamic) พบว่า ผู้มีบุคลิกภาพถ้อยหนึ หรือเก็บกด มีแนวโน้มจะใช้สุราเป็นทางออกในการแก้ไขปัญห หรือ ความคับข้องใจ นอกจากนี้ผู้ที่มึระดับความนับถือตนเองต่ำ (Low self esteem) มีความแปลกแยกสูง จะมีแนวโน้มใช้สุราเพื่อลดความวิตกกังวล และความหวาดกลัวว่าจะล้มเหลว (อำนาจ ไตรระกูล, 2529 อ้างถึงใน เทพินทร์ พชรานุรักษ์, 2541) บุคคลที่มีภาวะของการพึ่งพาสูงร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความคับข้องใจ และความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดจากความเสื่อมเสียและความแปรปรวนของอีโก้ (ego) อย่างรุนแรง ซึ่งเป็นความรู้สึกฝังแน่นในระยะปาก (Oral stage) ตรงกับวัยทารก อายุ 0-1 ปี เป็นระยะที่บุคคลแสวงหาความพึงพอใจโดยการผ่านทางปาก Freud เชื่อว่า โรคจิตแอลกอฮอล์เป็นอิทธิพลจากระยะปากอย่างรุนแรงในวัยเด็ก แอลกอฮอล์ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์และความคิดซึ่งเป็นการถอยกลับไปสู่ระยะแรกของการพัฒนาทางจิตใจและเพศให้มีการหลีกหนีความจริง ผู้ที่มีส่วนของ Super ego รุนแรง จะคิดลงโทษตนเองและหันมาใช้สุราเพื่อลดความเครียดที่มีนั้น มักมีบุคลิกภาพแบบครึ่งแน่น (Fixation) ในช่วงของ oral stage จึงใช้การกินและดื่มเพื่อลดความคับข้องใจ

2.2 บุคลิกภาพของผู้ติดสารเสพติด จากการศึกษาพบว่า มีลักษณะพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด ไม่มีวุฒิภาวะ เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ไม่ใช่เหตุผล ทำตามอารมณ์และมักจะมองตนเองในแง่ลบ อีโก้ (ego) อ่อนแอ ผู้ติดสารเสพติดมีปัญหาบุคลิกภาพ ดังนี้

- ขาดวุฒิภาวะ มีความอ่อนไหวต่อความกดดัน ความอดทนต่ำ เป็นคนที่เก็บกด จะเป็นฝ่ายยอม แก้ปัญหาง่าย ๆ อาจใช้ชีวิตประชดประชัน ใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล
- มีภาวะซึมเศร้า เมื่อผิดหวังหรือสูญเสีย จะเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง มองว่า โลกนี้ไม่น่าอยู่ เกิดปมด้อย ทำให้การปรับตัวและแก้ไขปัญหทำได้ไม่ดี
- ค่อด้านสังคม ไม่ทำอะไรตามบรรทัดฐานของสังคม และไม่สำนึกในความผิดนั้น ๆ สามารถก่ออาชญากรรม หรือทำอะไรได้ทุกอย่าง ทำผิดโดยไม่รู้สึกผิด
- เป็นคนแยกตัว อาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ไม่สามารถสู้ใครได้ เป็นคนขี้อาย ชอบอยู่ตามลำพัง เพื่อฝัน เวลามีปัญหาคับข้องใจ จะไม่กล้าบอกใคร

3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

3.1 การเลียนแบบ ได้มาจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน มีการดื่มหรือร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสามัคคี เลียนแบบคารา นักร้อง ได้รับอิทธิพลมาจากข่าวสารทางด้านสื่อมวลชนต่าง ๆ

3.2 การเรียนรู้ทางสังคม เกิดจากการชักจูงหรือกระตุ้นให้ทดลองใช้ ประกอบกับในวัยรุ่นจะอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง

3.3 วัฒนธรรม โดยเฉพาะการใช้สุรา ขาดอง ชา กาแฟ เช่น วัฒนธรรมการดื่มสุรา ไวน์ จะพบในกลุ่มประเทศยุโรป และอเมริกา ในวัฒนธรรมและสังคมไทย ยังมีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคมกันทั่วไป

3.4 ค่านิยม ในสังคมไทย ท่าทีของสังคมมีผลต่อการดื่มสุรา เพราะในสังคมไทยยังยอมรับนับถือผู้ที่ดื่มสุรา ครอบครัวยุคใหม่มีน้อย มีการแข่งขันด้านการค้ากันสูง

3.5 สิ่งแวดล้อม การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีแต่การใช้สารเสพติด สุราจะเป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่สิ่งเสพติดประเภทอื่น ๆ ส่งผลกระทบถึงปัจจัยที่จะทำให้เลิกดื่มสุรา จะทำให้วนกลับไปดื่มได้อีก

3.6 ความง่ายของการหาสุรามาไว้ดื่ม เนื่องจากสุราเป็นสิ่งเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย มีวางขายกันทั่วไป หาซื้อได้ง่าย

2.1.3 ผลกระทบของสุรา

1. ผลต่อร่างกาย ผลของสุราต่อร่างกาย จะเกิดในช่วงที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกำลังสูงขึ้น มากกว่าในช่วงที่ระดับแอลกอฮอล์กำลังลดลง แม้ว่าจะเป็นระดับแอลกอฮอล์เดียวกัน ลักษณะเฉพาะนี้เรียกว่า Mallanby effect

2. ผลต่อสมอง สุรามีฤทธิ์เป็นสารกดประสาท มีผลต่อสมอง โดยผ่านทางระบบสารสื่อประสาทหลายประเภททั้ง GABA, glycine, serotonin, glutamate ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ รวมถึงการเสพติดแอลกอฮอล์

การออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม โดยแปรผันตามระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ดังนี้

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (mg/dl)	อาการและอาการสมอง
50-100	การรับรู้ช้าลง การประสานงานของสมองช้าลง
100-150	พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เดินเซ ความคิดความจำลดลง
150-200	การประสานงานของสมองเสีย เดินเซมาก
200-300	คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพซ้อน สำลักง่าย
300-400	กดการหายใจ หลงลืม อุณหภูมิต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ
>400	โคม่า หยุดหายใจ เสียชีวิต

3. ผลต่อการนอน การดื่มสุราจะทำให้หลับง่าย คือ มีผลในการลด sleep latency แต่ผลเสีย คือ จะไปเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือรูปแบบการนอนโดยไปลดการนอนช่วง REM sleep และช่วงที่หลับลึก คือระยะที่ 4 นอกจากนี้ยังทำให้มีลักษณะการหลับเป็นช่วงๆ ไม่ต่อเนื่อง ตื่นบ่อย

4. ผลต่อดับ ดับเป็นแหล่งที่ทำลายสุรา แต่ในขณะที่เดียวกันดับเองก็อาจถูกทำลายโดยสุราได้ เช่นเดียวกัน การดื่มสุราเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันและโปรตีนในตับ กลายเป็น fatty liver เวลาตรวจร่างกายจะพบว่า ตับมีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้สุรายังมีผลทำให้เกิดตับอักเสบ ภาวะตับแข็งและมะเร็งที่ตับด้วย

5. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร สุราที่มีแอลกอฮอล์ในความเข้มข้นระดับต่ำ มีผลทำให้สารคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น แต่เมื่อความเข้มข้นสูงขึ้นมากกว่า 20% จะมีผลเป็นการยับยั้งแทน การดื่มสุรามากเป็นเวลานานๆ จะมีความสัมพันธ์ในการเกิดหลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ รวมถึงแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ มะเร็งที่ตับอ่อน และยังมีผลต่อการดูดซึมสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินและกรดอะมิโน ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ และขาดวิตามินบีได้

6. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด สุรามีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณผิวหนังเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายรู้สึกอุ่นขึ้น การดื่มสุราสัมพันธ์กับการเพิ่มของความดันโลหิต เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม มีความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นตามด้วย

7. ผลต่อจิตใจ การดื่มสุราก็ทำให้เกิดโรคทางจิตได้ เช่น อาการสุราเป็นพิษและถอนพิษสุรา โรคทางด้านอารมณ์ โรควิตกกังวล โรคนอนไม่หลับ โรคจิต หูแว่ว ประสาทหลอน

8. ผลต่อสังคม เดิมปัญหาสุราเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล ได้แก่ ปัญหาป่วยด้วยโรคทางกาย และทางจิตใจของผู้ดื่มสุรา แต่ปัจจุบันส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น ซึ่งเป็นปัญหาของสังคม ได้แก่

8.1 ปัญหาทางด้านกำลังคน การงานบางอย่างต้องอาศัยคนทำงานที่มีความสามารถพิเศษ เป็นลักษณะพิเศษเฉพาะบุคคล และมีประสบการณ์สะสมในงานนั้น ถ้าบุคคลติดสุรา จะทำให้ขาดกำลังคนที่สำคัญนั้นไป

8.2 ปัญหาทางด้านครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ติดสุราเป็นผู้ชายซึ่งเป็นผู้นำครอบครัวย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่นและขาดความสุข เด็กในความปกครองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ดี กลายเป็นปัญหาของสังคมต่อไปด้วย

8.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดสุราจะต้องเสียเงินในการซื้อสุรามาดื่มซึ่งนอกจากไม่มีคุณค่าทางอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดโรคอื่นๆตามมา ต้องรักษาเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโรคสุราเรื้อรัง สุรามักหย่อนสมรรถภาพในการทำงาน ไม่ได้พัฒนาเต็มที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายและค่าสูญเสียความสุขของมนุษย์ที่เนื่องมาจากสุราอีกด้วย

8.4 ปัญหาทางด้านอุบัติเหตุและความไม่สงบของสังคม เนื่องจากพิษของสุรา จะมีผลทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง มักทำอะไรขาดความยั้งคิด ขาดความรับผิดชอบ วิวาทชกต่อย และเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การตัดสินใจผิดพลาด การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพในการเห็นและการได้ยินลดลง

8.5 ปัญหาทางด้านอาชญากรรม เนื่องจากผู้ติดสุราเรื้อรังจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน หรือไม่ทำงาน อันนำไปถึงการไม่มีเงินมาซื้อสุราเพื่อมาดื่มบำบัดความต้องการได้ จึงอาจทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงินโดยการจี้ ปล้น ลักขโมย ผลิตกฎหมายและนำความเดือดร้อนมาสู่สังคม

2.1.4 รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์

รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์หมายถึง การที่ผู้ดื่มดื่มอย่างไร ซึ่งมีหลายมุมมองที่ต้องพิจารณาร่วม เช่น ใครเป็นผู้ดื่ม (อายุ เพศ สภาวะสุขภาพ) ดื่มที่ไหน (ที่บ้าน ที่ร้านอาหาร ที่ร้านเหล้า) ดื่มเมื่อไร (ดื่มพร้อมอาหาร ดื่มหลังเลิกงาน ดื่มเพื่อสังสรรค์) ดื่มอะไร (เหล้าขาว เหล้ากลั่น เหล้าโรง วิสกี้ เบียร์ ไวน์ สาโท) ดื่มอย่างไร (ค่อยๆ จิบ ดื่มยกแก้ว ดื่มจนเมา) ดื่มช่วงไหน (ดื่มตามเทศกาล งานเลี้ยง ดื่มตอนเย็น ดื่มทั้งวัน) ซึ่งในแต่ละรูปแบบการดื่มนั้น ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางสังคมที่แตกต่างกัน

ในทางการแพทย์ได้พยายามจัดกลุ่มผู้ดื่มว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงน้อย (low risk) กลุ่มเสี่ยง (at risk) กลุ่มมีปัญหาเล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) และมาก (severe) วิธีการจำแนกกลุ่ม จะพิจารณาถึงผลที่เกิดจากการดื่มเป็นสำคัญ โดยมีการประมาณค่าเป็นปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์สุทธิที่ดื่มเฉลี่ยต่อวันหรือต่อสัปดาห์ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมีความเข้มข้นของเอทิลแอลกอฮอล์ต่างกัน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่า 1 ดื่มมาตรฐาน ดังนี้

1 ดื่มมาตรฐาน (1 drink) หมายถึง เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม เมื่อเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จะได้ ดังนี้

- เหล้าวิสกี้ หรือเหล้าขาว (alcohol 40 %) ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก (30 ซีซี) หรือ 2 ฝา หรือ 1 กัง
- เบียร์ชนิดอ่อน (alcohol 2-2.9 %) ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ ¼ ขวด เช่น สิงห์ไลท์เบียร์ 1½ – 2 กระป๋อง
- เบียร์ชนิดปานกลาง (alcohol 3-3.9 %) เช่น เฮนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ ½ ขวด
- เบียร์ชนิดแรง (alcohol 4-5 %) เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ลีโอ ช้าง คาร์สเบิร์กส์ ประมาณ ¾ กระป๋อง หรือ ¼ ขวด
- ไวน์ธรรมดา (alcohol 12.5 %) ประมาณ 1 แก้ว (100 ซีซี)
- ไวน์ชนิดแรง (alcohol 20.5 %) ประมาณ ½ แก้ว (60 ซีซี)

แบ่งกลุ่มผู้ดื่มตามรูปแบบการดื่ม ดังนี้

1. กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (Low-risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเป็นเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 2 แก้ว (60 ซีซี) เบียร์ประมาณ 1.5-2 กระป๋อง ไวน์ประมาณ 2 แก้ว และมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2 วันในหนึ่งสัปดาห์ การดื่มลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มอย่างปลอดภัยได้ ยกเว้นในผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาใดๆ ก็ตาม ที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์ไม่ควรดื่มเลย หรือ ดื่มน้อยกว่านี้

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ Risky drinking) หมายถึง การดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ทั้งต่อตัวเอง หรือ ต่อผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตาม ถ้าเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณ คือ

ผู้หญิง คือ การดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง) หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน ¼ แบน) หรือ การดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)

ผู้ชาย คือ การดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4 กระป๋อง) หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน ½ แบน) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง)

นอกจากนี้ยังรวมถึงการดื่มเพียงเล็กน้อย แต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น หญิงกำลังตั้งครรภ์ ผู้ที่มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ กำลังรับประทานยาใดๆ ที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์ รวมทั้งการดื่มแบบ “binge drinking” คือ การดื่มหนักมากติดต่อกันแบบเมาหัวราน้ำด้วย

3. การดื่มแบบมีปัญหาหรืออันตราย (Harmful Use) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย และจิต หน้าที่การทำงานหรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

4. การดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) ผู้ที่ดื่มจนติดนั้น มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติด จนเมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตาม จึงเกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

การวินิจฉัย จะต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย สามในเจ็ดข้อ ต่อไปนี้

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (tolerance)
2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (withdrawal)
3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (impaired control)
4. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ (cut down)
5. หมกมุ่นกับการการดื่มหรือหาแอลกอฮอล์สำหรับดื่ม (time spent drinking)

6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการทำงานหรือการพักผ่อนหย่อนใจ (neglect of activity)
7. ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (drinking despite problems)

ในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา ภาวะที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication) ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงเพ้อคลั่ง (alcohol withdrawal delirium) ภาวะโรคจิตจากสุรา (alcoholic psychosis) และภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (alcoholic dementia) เป็นต้น ซึ่งภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาการดูแลเฉพาะทางในระบบบริการจิตเวช นอกจากนี้ ในผู้ป่วยจิตเวชเองก็มีโอกาสพบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ทำให้วิธีการดูแลรักษาและการวินิจฉัยแยกโรคยุ่งยากมากขึ้น และยังส่งผลต่อผลการรักษาโรคจิตเวชนั้นๆ ทำให้กลับป่วยซ้ำได้สูง ดังนั้น การตระหนักถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ดีขึ้น

ผู้ที่ประสบปัญหาการดื่มสุรา มีลักษณะปฏิเสธความจริง (Denial) มองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง (Minimization) อ้างเหตุผลต่างๆ กัน (Rationalization) โทษสิ่งอื่น (Project) ซึ่งเป็นธรรมชาติของผู้ที่ติดสุรา ประกอบกับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยปัญหาอื่นๆ ไม่ได้ตั้งใจมาเพื่อรักษาโรคติดสุราโดยตรง ผู้บำบัดจึงมองว่า ผู้ประสบปัญหาการดื่มสุรา ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้ว ผู้ประสบปัญหาการดื่มสุรา อยากจะหยุดดื่มเมื่อเกิดปัญหารุนแรงกับตนเอง เช่น โรคทางกายแทรกซ้อน ครอบครัแตกแยก ถูกออกจากงาน เป็นต้น ผู้ประสบปัญหาการดื่มสุรา อาจจะยอมรับว่าการดื่มก่อให้เกิดปัญหา แต่พยายามบอกกับตนเองว่าจะดื่มให้น้อยลงมากกว่าที่จะหยุดดื่มโดยเด็ดขาด คิดว่าการดื่มเล็กน้อยๆ คงไม่เป็นไร เมื่อผู้ประสบปัญหาการดื่มสุรา เริ่มดื่มสุรา สมองส่วนอยากก็ถูกกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่มมากยิ่งขึ้น ทำให้ควบคุมการดื่มไม่ได้ จนกระทั่งกลับไปดื่มเหมือนเดิม

2.2 การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช ภาวะโรคร่วมดังกล่าวทำให้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคแย่ลง ดังนั้น การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช อาจมาด้วยปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับการวินิจฉัยและดูแลโดยเฉพาะในปัญหาการดื่ม ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาโรคจิตเวช ก็พบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้บ่อย ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมดังกล่าวมักจะมีผลการรักษาแย่ลง ภาวะของโรคเรื้อรัง รุนแรง กลับป่วยซ้ำได้บ่อย เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย อาการของโรคจะควบคุมได้ยาก ทั้งจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การที่แอลกอฮอล์มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา หรือ การที่ผู้รักษาเองก็สับสนว่าอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นเป็นจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือจากโรคจิตเภท ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใน

โรงพยาบาลจิตเวชจำนวนมากถูกละเลยการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด ทั้งที่เป็นปัญหาสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ อาจมารับบริการได้ในหลายลักษณะทั้งในผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ซึ่งพบว่า อาจมาด้วยปัญหามีภาวะทางจิตเวชแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol induced disorder) เช่น intoxication, withdrawal, withdrawal seizure, withdrawal delirium เป็นต้น หรือ มีภาวะทางจิตเวชและโรคจิตสุราพร้อมด้วย (dual-diagnosis) เช่น major depressive disorder, bipolar disorder, anxiety disorder, psychotic disorder เป็นต้น

ในทางคลินิก แพทย์หรือผู้ให้บริการ อาจใช้การสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย ด้วยคำถามสั้นๆ ว่า “คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” และเพิ่มคำถามด้านปริมาณ และความถี่ หรือพิจารณาเลือกใช้แบบคัดกรองตามความเหมาะสมของหน่วยงานซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะงานและความพร้อมของหน่วยบริการ เช่น จุดคัดกรอง อาจถามเพียงคำถามสั้นๆ เพื่อแยกกลุ่มที่ไม่ดื่มออก ส่วนในกลุ่มที่ดื่มจนสงสัยว่า มีปัญหาอาจต้องได้รับการส่งต่อหน่วยบริการเฉพาะ และทำการประเมินเพิ่มเติม เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ส่วนในผู้ที่คัดกรองแล้วพบว่า มีแนวโน้มของปัญหารุนแรงอาจต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา ร่วมกับการรักษาโรคจิตเวช หรือส่งต่อหน่วยบริการเฉพาะ และควรมีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างแบบคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้อย่างแพร่หลาย เช่น Quantity-Frequency Questions , CAGE , AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Tests)

2.3 จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

การบำบัดทางจิตสังคม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม โดยผู้บำบัดใช้ทักษะในการบำบัด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจ เกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาคได้ ประสิทธิผลของการบำบัดขึ้นกับความสามารถในการประเมินปัญหาและเลือกใช้วิธีบำบัดได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะและปัญหาการดื่มของผู้ป่วย ดังนั้นในการบำบัดจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้บำบัดมีความเข้าใจผู้ป่วย และมีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในกระบวนการบำบัด

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ คือ การผสมผสานการบำบัดทางยา ร่วมกับจิตสังคมบำบัด ซึ่งการบำบัดทางยาช่วยลดบรรเทาอาการถอนพิษสุรา อาการอยากยา และอาการทางจิตเวช ในขณะที่จิตสังคมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ให้สำเร็จ

องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมตามปัญหาการดื่มไว้

โดยในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำหรือไม่ดื่ม กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตรายควรได้รับคำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุรา (Alcohol Education) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) และการให้การศึกษา (Counseling) เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาการดื่มและลดความเสี่ยงในการดื่มลง สำหรับกลุ่มผู้ติดนั้นต้องมีการบำบัดรักษาอย่างเข้มข้นต่อเนื่องและมีการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำรวมทั้งแก้ไขปัญหาค่าอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องจากสุรา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้ในระยะยาว

จากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน จิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ชี้ชัดว่าได้ผลดีและเป็นการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ได้แก่

1. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavioral Therapy : CBT) และการป้องกันการเสพยาซ้ำ(Relapse Prevention)
2. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI and Motivational Enhancement Therapy : MET)
3. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)
4. การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF)
5. พฤติกรรมบำบัด(Behavioral Therapy) ได้แก่ Community Reinforcement Approach : CRA, Behavioral Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training : CRAFT
6. การดูแลรายกรณี(Case Management)
7. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง(Self Help Group) ได้แก่ กลุ่มผู้ติดสุรานานาม หรือ กลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous : AA)
8. การบำบัดแบบผสมผสาน(Integrated Treatment)

จิตสังคมบำบัด สามารถช่วยให้ผู้ติดสุรา มีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นหลังหยุดดื่ม(early recovery) และถอนพิษสุรา(detoxification) และช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่การบำบัดหรือยังไม่ยอมรับการรักษา จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดต่อไป

การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสนใจ ต่อกลุ่มของผู้ที่ดื่มสุราแบบอันตราย (hazardous drinker) ที่มีความเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพหลายด้านในอนาคต และมีโอกาสผันตนเองไปสู่การติดสุรา(alcohol dependence) ซึ่งยากต่อการบำบัดรักษา ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก ดังนั้น การค้นหาและช่วยเหลือผู้ดื่มสุราแบบอันตรายนี้ ถือเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของโรคติดสุรา จึงได้มีการทำการศึกษาปริมาณการดื่มที่เป็นอันตราย โดยใช้เครื่องมือที่ช่วยคัดกรอง

ที่เรียกว่า AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Tests) เพื่อแยกประเภทผู้ดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ(Low-risk drinking) ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูง(hazardous drinker) ผู้ดื่มแบบอันตราย(harmful drinker) และผู้ดื่มแบบติด(Alcohol dependence) และได้พัฒนาวิธีการดูแลช่วยเหลือ เรียกว่า การบำบัดแบบสั้น(Brief Intervention : BI) เพื่อช่วยจูงใจให้กลุ่มผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูงขึ้นไป เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และมีรายงานการศึกษาว่า การบำบัดแบบสั้น มีประสิทธิภาพในการช่วยลดปริมาณการดื่มลงและทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการลดปริมาณการดื่มคงอยู่ได้นานถึง 1 ปี

การบำบัดแบบสั้น(Brief Intervention : BI) เป็นการให้การบำบัดแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงสูง หรือมีอันตราย โดยให้ผู้ดื่มตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มของตน สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายของตนเอง เพื่อลด หรือ เลิกดื่ม และมีการบำบัดติดตามผล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำตามเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที โดยมีเทคนิคที่สำคัญคือ FRAMES

1. Feed Back เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงผลการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสุรา และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียจากการดื่มมากขึ้น ซึ่งข้อมูลที่นำมาใช้สะท้อน เช่น ผลการคัดกรองจากแบบคัดกรอง AUDIT ข้อ 7-10 มาใช้ ให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างระดับการดื่มและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ให้ข้อมูลการดื่มมาตรฐานและวิธีคำนวณ ให้คำแนะนำการดื่มอย่างปลอดภัย ความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราที่ประสบอยู่ ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การอธิบายวิธีการแปลผลการตรวจ สำหรับกรณีของสุรา การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการดื่มสุรา ได้แก่ SGOT, SGPT, GGT, Bilirubin เป็นต้น

2. Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะลด ละ หรือ เลิกดื่มสุราหรือไม่ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับได้ เป็นสิทธิของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่เห็นประโยชน์ให้ ทำให้ผู้ป่วยต่อต้านน้อยลง และรับฟังผู้บำบัดมากขึ้น

3. Advice หมายถึง การให้คำแนะนำที่ถูกต้องและชัดเจนถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น สุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไร ในกรณีที่ติดแล้ว การหยุดโดยเด็ดขาด(Abstinence)มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกสุรามากกว่าค่อยๆ ลดปริมาณลง(Moderation) หากเลือกหนทางการค่อยๆ ลดปริมาณลงก็ควรมีการเฝ้าติดตาม(Monitoring) ปริมาณที่ใช่ว่าลดลงจริงหรือไม่ เช่น การบันทึกปริมาณสุราที่ใช้ในแต่ละวัน เป็นต้น

4. Menu ทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงตนเองว่า จะเลือกการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด หรือการลดปริมาณการดื่มลง กรณีผู้ป่วยติดสุรา มักไม่สามารถควบคุมการดื่มได้สำเร็จหากยังคงดื่มอยู่ ดังนั้น เป้าหมายสำหรับผู้ติดสุรา ควรจะเป็นการหยุดดื่มโดยเด็ดขาดจึงจะเหมาะสมมากกว่า

5. Empathy การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่า การติดสุราเป็นโรค ไม่ใช่นิสัยไม่ดี ขอมอบที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหาการติดสุรา เพราะยังไม่มีอาการถอนจากสุรา หรือยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการดื่ม เข้าใจว่าโดยแท้จริงผู้ป่วยรู้สึกว่าการดื่มสุรามีข้อดีอยู่มาก หรืออาจเสียดายความสุขที่เกิดจากสุรา เข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องอาศัยความพยายามอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ผู้บำบัดไม่ได้กดดันและเข้าอกเข้าใจตนเอง ผู้ป่วยก็มักจะต่อต้านน้อยลงและฟังผู้บำบัดมากขึ้น

6. Self efficacy การส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถเลิกสุราได้ ให้ความหวังและกำลังใจ การให้ความเชื่อมั่นว่าสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ หากผู้ป่วยคิดและรู้สึกว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยก็จะลงมือกระทำ

ขั้นตอนการให้การบำบัดแบบสั้น ประกอบด้วย

1. การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์
2. ประเมินการใช้แอลกอฮอล์ของผู้รับบริการ
3. การให้คำแนะนำ โดยการแสดงความเห็นห่วงต่อปัญหาการดื่มของผู้ป่วย ให้ข้อมูลสะท้อนกลับว่า ลักษณะการดื่มของผู้ป่วยจะเกิดผลกระทบตามมาอย่างไร และให้คำแนะนำถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม

4. การประเมินแรงจูงใจ โดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางของไปชาสคาและ ไคคลีเมนเท (Prochaska & Diclemente, 1982) ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1.) ขั้นประเมินเฉยปัญหา 2.) ขั้นลังเลใจ 3.) ขั้นตัดสินใจ 4.) ขั้นลงมือแก้ไข 5.) ขั้นกระทำต่อเนื่อง และ 6.) ขั้นกลับไปติดซ้ำ

5. การตั้งเป้าหมาย กรณีผู้ป่วยตัดสินใจจะลดปริมาณการดื่มลง หรือหยุดดื่ม ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยกำหนดปริมาณที่จะดื่มให้แน่นอน กำหนดวันที่จะหยุดดื่ม พร้อมเขียนเป็นข้อตกลงไว้ให้ชัดเจนและอาจให้เอกสาร คู่มือเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

6. การติดตามผล นัดติดตามผลเป็นระยะตามความเหมาะสมของความยุ่งยาก หรือซับซ้อนของปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อทบทวนเป้าหมาย ประเมินปัญหาที่พบภายหลังได้ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน ให้กำลังใจเมื่อสามารถทำได้แม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม หากพบปัญหาอุปสรรคต่อการลด เลิกสุรา ควรช่วยผู้ป่วยหาวิธีแก้ปัญห และประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่พร้อมตั้งเป้าหมายและกำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบำบัดแบบสั้น เป็นรูปแบบจิตสังคมบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่า มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงสูง หรือมีอันตราย ซึ่งพบว่า มีผู้สนใจนำมาใช้ในการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และนำเสนอรายงานไว้ นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดื่มของผู้ดื่มสุราที่อาจมีผลต่อการหยุดดื่ม หรือกระตุ้นให้ดื่มอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น

รายงานการศึกษาของสายพิรุณ แสนพรหม (2547) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราขาวของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 39.0 และปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางการตลาด ได้แก่ สุราขาวมีราคาถูกสะดวกในการหาซื้อมาดื่ม ส่วนปัจจัยทางด้านสังคมศาสตร์ ได้แก่ เพื่อนมาชักชวนให้ดื่ม หรือดื่มเพื่อเข้าสังคม ดื่มสุราแล้วถูกชักชวน ต้องการได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง

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

วิวัฒน์ เสงชัยขยง และคณะ(2543) ทำการศึกษารายการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในที่มีติดสุราในระดับผดปกติ โรงพยาบาลลำพูน โดยศึกษาในผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 130 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 80 ราย กลุ่มควบคุม 50 ราย ประเมินผลในเดือนที่ 6 หลังการติดตามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยหยุดดื่มหรือดื่มลดลงร้อยละ 66.3 เทียบกับกลุ่มควบคุมร้อยละ 32.0 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

อัจฉรา ฟองคำ และคณะ(2546) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบสั้นร่วมกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุราที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 135 ราย เป็นการศึกษาแบบติดตาม(Follow up study) ในกลุ่มคงบำบัดครบ 12 เดือนรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่คลินิกสารเสพติดร่วมกับบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มขาดบำบัด รวบรวมข้อมูลโดยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่เป็นผู้ติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ผลการศึกษาพบว่า การนำเทคนิคการปรึกษาแบบสั้น(Brief Intervention) ร่วมกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างได้ผลดี

อัจฉรา ฟองคำ และคณะ(2552) ได้ศึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยเทคนิคให้การปรึกษาแบบสั้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาลลำพูน เป็นการศึกษาติดตามเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและที่โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มละ 33 ราย ติดตามผลการบำบัด 1 เดือนแรก ผลการศึกษา พบว่า ในระยะเวลาที่ติดตาม 1 เดือน ผู้รับการบำบัดที่โรงพยาบาลลำพูนหยุดดื่มได้ ร้อยละ 56 ลดปริมาณการดื่มร้อยละ 38 ดื่มเท่าเดิมหรือดื่มมากขึ้นร้อยละ 6 ในขณะที่ผู้รับการบำบัดที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหยุดดื่มได้ ร้อยละ 12 ลดปริมาณการดื่มร้อยละ 52 ดื่มเท่าเดิมหรือดื่มมากขึ้นร้อยละ 36

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รายงานนี้ เป็นการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาที่มารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

3.1 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553 โดยได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่ม(AUDIT) ว่า เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา คือ เป็นการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จำนวน 131 คน

3.2 เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ผลของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และกิจกรรมทดแทนการดื่ม
2. แบบติดตามผลการบำบัดรักษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังจากบำบัด การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือเรียนหนังสือ
3. ทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ แบบติดตามผลการบำบัดรักษา และทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

รายงานนี้เป็นการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 131 คน ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้ตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

4.1.2 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

4.1.3 ผลการบำบัดแบบสั้น

4.1 ผลการศึกษา

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามารับการบำบัดแบบสั้นเกือบทั้งหมดเป็นเพศชายคือ ร้อยละ 98.47 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.40 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.00 สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่เกือบเท่ากับกลุ่มสถานภาพสมรส โสด คือ ร้อยละ 45.80 และ 45.04 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 55.73 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.59 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.35 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ อาชีพทำนา ทำไร่ ร้อยละ 32.83 และว่างงาน ร้อยละ 19.08 ส่วนภูมิลำเนา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.27 มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดขอนแก่น ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=131)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	129	98.47
หญิง	2	1.53
อายุ		
20-29 ปี	22	16.79
30-39 ปี	49	37.40
40-49 ปี	38	29.00
50-59 ปี	21	16.04
60 ปีขึ้นไป	1	0.77

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	59	45.04
คู่	60	45.80
หย่า	10	7.63
หม้าย	2	1.53
การศึกษา		
ประถมศึกษา	73	55.73
มัธยมศึกษา	44	33.59
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	2.29
ปริญญาตรี	11	8.39
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
อาชีพ		
ทำนา ทำไร่	43	32.83
ค้าขาย	10	7.63
รับจ้าง	45	34.35
รับราชการ	8	6.11
ว่างงาน	25	19.08
ภูมิลำเนา		
ชัยภูมิ	14	10.63
ขอนแก่น	58	44.27
กาฬสินธุ์	9	6.87
อุดรธานี	6	4.58
ร้อยเอ็ด	8	6.11
มหาสารคาม	21	16.04
หนองคาย	7	5.74
อื่นๆ (สกลนคร เลย มุกดาหาร ชุมพร หนองบัวลำภู สุรินทร์ นครราชสีมา เพชรบูรณ์ จังหวัดละ 1 คน)	8	6.11

4.1.2 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ผู้รับการบำบัดแบบสั้นส่วนมาก คือ ร้อยละ 89.31 ดื่มเหล้าขาว ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 10.69 ดื่มเบียร์ ปริมาณการดื่มสุราขาวส่วนใหญ่ร้อยละ 35.11 ดื่ม 1-2 ขวดต่อครั้ง รองลงมา ร้อยละ 30.53 ดื่ม 1/2 ขวดต่อครั้ง เบียร์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 9.16 ดื่ม 1-3 ขวดต่อครั้ง สำหรับความถี่ของการดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.54 ดื่ม 3-6 วันต่อสัปดาห์ และมีร้อยละ 20.61 ที่ดื่มทุกวันในสัปดาห์ ส่วนระยะเวลาของการดื่ม พบว่า ส่วนมาก ร้อยละ 54.20 ดื่มมานาน 6-10 ปี มีที่ดื่มได้ไม่ถึงหนึ่งปี ร้อยละ 7.63 การวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศระบบ ICD-10 พบว่า กลุ่มอาการแบบโรคจิต (F10.5) มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.27 รองลงมา คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์ (F10.2) ร้อยละ 26.72 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์มีภาวะหยุดใช้แอลกอฮอล์ (F10.3) ร้อยละ 10.69 โรคจิตเภท (F20) และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.39 และในจำนวนทั้งหมดนี้พบ มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (F32) และดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (N=131)

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของแอลกอฮอล์		
สุราขาว	117	89.31
เบียร์	14	10.69
ปริมาณการดื่มต่อครั้ง		
เหล้าขาว		
1-2 ขวด	46	35.11
1/2 ขวด	40	30.53
1/4 ขวด	10	7.63
1/8 ขวด	21	16.04
เบียร์		
1-3 ขวด	12	9.16
มากกว่า 3 ขวด	2	1.53
ความถี่ของการดื่ม		
1-2 วัน/สัปดาห์	26	19.85
3-6 วัน/สัปดาห์	78	59.54
7 วัน/สัปดาห์	27	20.61

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์(N=131)(ต่อ)

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการดื่ม		
ต่ำกว่า 1 ปี	10	7.63
1-5 ปี	22	16.79
6-10 ปี	71	54.20
11-15 ปี	2	1.53
16-20 ปี	20	15.27
มากกว่า 21 ปีขึ้นไป	6	4.58
การวินิจฉัยโรค		
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์(F10.2)	35	26.72
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะหยุดใช้แอลกอฮอล์(F10.3)	14	10.69
มีภาวะหยุดใช้แอลกอฮอล์และมีอาการเพ้อคลั่ง (F10.4)	5	3.81
กลุ่มอาการแบบโรคจิต(F10.5)	58	44.27
โรคจิตเภท(F20)และดื่มแอลกอฮอล์	11	8.39
โรคจิตเฉียบพลัน(F23.2)และดื่มแอลกอฮอล์	6	4.58
โรคอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว(F32)และดื่มแอลกอฮอล์	1	0.77
โรคหลงผิดที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกายสาเหตุไม่ได้ระบุ	1	0.77
รายละเอียด(F29)และดื่มแอลกอฮอล์		

4.1.3 ผลการบำบัดแบบสั้น

จากการศึกษา พบว่า ผู้รับการบำบัดแบบสั้น จำนวน 131 คน มีเป้าหมายในการบำบัด คือ ต้องการลดปริมาณการดื่มจำนวน 28 คน ส่วนที่เหลือจำนวน 103 คนมีความตั้งใจที่จะหยุดดื่ม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามเป้าหมายการบำบัด (N=131)

เป้าหมายการบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
ลดปริมาณการดื่ม	28	21.37
หยุดดื่ม	103	78.63

จากการติดตามผลการบำบัด 1 ปีภายหลังได้รับการบำบัดแบบสั้น ในกลุ่มที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อลดปริมาณการดื่ม พบว่า สามารถทำได้ตามเป้าหมาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 96.43 ที่เหลือจำนวน 1 คน คือร้อยละ 3.57 ไม่สามารถทำได้ยังคงดื่มต่อเนื่องเหมือนเดิม ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามเป้าหมายการลดปริมาณการดื่ม (N=28)

พฤติกรรมการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
ลดปริมาณการดื่มได้	27	96.43
ลดปริมาณการดื่มไม่ได้	1	3.57

ผู้รับการบำบัดแบบสั้นที่ลดปริมาณการดื่มได้ พบว่า ส่วนใหญ่ลดได้นาน 30-90 วัน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 40.74 รองลงมา คือ 91-180 วัน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีที่ลดได้นานมากกว่า 180 วัน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 25.93 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามระยะเวลาที่ลดปริมาณการดื่มได้ (N=27)

ระยะเวลาที่ลดปริมาณการดื่มได้	จำนวน	ร้อยละ
30-90 วัน	11	40.74
91-180 วัน	9	33.33
180-330 วัน	7	25.93

ส่วนกลุ่มผู้รับการบำบัดแบบสั้นที่มีเป้าหมายการบำบัดเพื่อหยุดดื่ม พบว่า หยุดดื่มได้ตามเป้าหมายทั้งหมด คือ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามเป้าหมายการหยุดดื่ม (N=103)

พฤติกรรมการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
หยุดดื่มได้	103	100
หยุดดื่มไม่ได้	0	0

ผู้รับการบำบัดแบบสั้นพบว่า ส่วนใหญ่จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 47.57 หยุดดื่มได้นานที่สุดมากกว่า 331 วัน (11 เดือน) รองลงมาหยุดดื่มได้นานระหว่าง 91-180 วัน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 22.33 หยุดดื่มได้นานระหว่าง 181-330 วัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 12.62 และน้อยที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 ที่หยุดดื่มได้น้อยกว่า 30 วัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดแบบสั้นจำแนกตามระยะเวลาที่หยุดดื่มได้ (N=103)

ระยะเวลาที่หยุดดื่มได้	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 30 วัน	7	6.80
31-90 วัน	11	10.68
91-180 วัน	23	22.33
181-330 วัน	13	12.62
มากกว่า 330 วัน	49	47.57

4.2 การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.47 เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.40 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และร้อยละ 34.35 มีอาชีพรับจ้าง หรือใช้แรงงานทั่วไป ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสายพิรุณ แสนพรหม (2547) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราขาวของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และร้อยละ 39.0 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 35-44 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2548) ที่สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทยปี 2547 พบว่า ผู้ดื่มสุราเป็นวัยแรงงาน อายุระหว่าง 25 -59 ปี ผู้ชายมีอัตราการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์มากกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ

การศึกษากครั้งนี้ พบว่า ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มส่วนใหญ่ดื่มสุราขาว คือ ร้อยละ 89.31 อาจเนื่องจากมีราคาถูก หาซื้อได้ง่าย มีความเข้มข้นสูง และได้ผลตามความคาดหวังเร็ว ดังเช่นผลการศึกษาของสายพิรุณ แสนพรหม (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราขาวของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางการตลาด ได้แก่ สุราขาวมีราคาถูก สะดวกในการหาซื้อดื่ม

สำหรับเป้าหมายในการเข้ารับการบำบัด ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อต้องการเลิกดื่มสุรา คือ ร้อยละ 78.63 เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดส่วนหนึ่งมาด้วยปัญหาที่เกิดจากผลกระทบการดื่มสุรา ได้แก่ มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์ เช่น อาการประสาทหลอน หวาดระแวง นอนไม่หลับ มีภาวะถอนพิษสุรา เกิดความทุกข์ ขอมรับกับปัญหา เมื่อได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้บำบัด ทำให้เกิดมุมมอง และ คติวิเคราะห์ใหม่ มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราโดยการหยุดดื่ม ส่วนในกลุ่มที่มีเป้าหมายในการลดปริมาณการดื่ม ยังมองไม่เห็นปัญหาจากการดื่ม ไม่กล้าที่จะรับปากว่าจะหยุดดื่มได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะทำได้หรือไม่ จึงขอลดปริมาณการดื่มลง

ผลการติดตามการให้การบำบัดแบบสั้น พบว่า ผู้รับการบำบัดที่มีเป้าหมายลดปริมาณการดื่มทั้งหมดจำนวน 28 คน สามารถลดปริมาณการดื่มได้จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 96.43 ผู้รับการบำบัดที่มีเป้าหมายการหยุดดื่มทั้งหมดจำนวน 103 คน สามารถหยุดดื่มได้ทั้งหมด 103 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ดังเช่น การศึกษาของ วิวัฒน์ เสงขชัยยง และคณะ(2543) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราในระดับผดปกติ โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น(Brief Intervention: BI) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยหยุดดื่มหรือดื่มลดลงร้อยละ66.3 เทียบกับกลุ่มควบคุมร้อยละ 32.0 การศึกษาของอังฉรา พองคำ และคณะ(2546) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบสั้นร่วมกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน พบว่า การนำเทคนิคการปรึกษาแบบสั้น(Brief Intervention: BI) ร่วมกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างได้ผลดี เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาของอังฉรา พองคำ และคณะ(2552) ที่ศึกษา การบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยเทคนิคให้การปรึกษาแบบสั้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งจากการติดตามผลในระยะ 1 เดือนแรก พบว่า การให้การปรึกษาแบบสั้นสามารถช่วยให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มและลดปริมาณการดื่มได้ดีเช่นกัน

ส่วนในรายที่ไม่สามารถลดปริมาณการดื่มลงได้ จำนวน 1 คน คือ ดื่มต่อเนื่องคงเดิมจนต้องกลับไปเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้รับการบำบัดยังไม่เห็นปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ คิดว่าดื่มเพียงเล็กน้อยคงไม่เป็นไร มองเห็นประโยชน์ของการดื่ม คือช่วยลดความเมื่อยล้าจากการทำงาน ช่วยให้เจริญอาหาร ประกอบกับผู้รับการบำบัดเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองโดยการลดปริมาณการดื่ม จึงยังคงดื่มจนไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ซึ่งถ้าผู้ติดแอลกอฮอล์ ระบุว่า ตนเองไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่อยากเปลี่ยนแปลง หรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้บุคคลดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป หรืออาจเนื่องจากปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น อาการอยากยา ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ติดสุราไม่สามารถทนใจแข็งที่จะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เกิดจากความคิดและความเชื่อที่ว่า ถ้าได้ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อย และคลายความเครียด นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ การไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้บุคคลไม่มีความหวัง ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ปลดปล่อยชีวิตดำเนินไปเรื่อยๆ จึงเป็นสาเหตุให้บุคคลไม่อยากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ซึ่งเชื่อมโยงกับผลการวิจัยการพัฒนาศักยภาพตนเองครอบครัวและชุมชนเพื่อป้องกัน ลด ละเลิก พฤติกรรม การบริโภคสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสุคนธ์ ไข่แก้ว และคณะ, 2549 (อ้างถึงใน จุฬารักษ์ แก้วมุงคุณ และคณะ, 2551) ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการรับรู้อันตรายของโรคที่รุนแรง ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้อันตรายจากการบริโภค ภาวะเศรษฐกิจ กระบวนการกลุ่ม การให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว เป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้บริโภคมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะตระหนักถึงอันตราย

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

รายงานนี้ เป็นการติดตามผลการบำบัดแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหามาใช้บริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่หน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553 โดยได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่ม (AUDIT) ว่า เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา คือ เป็นการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งหมดจำนวน 131 คน

เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ผลของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และ กิจกรรมทดแทนการดื่ม

2. แบบติดตามผลการบำบัดรักษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจากบำบัด การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือเรียนหนังสือ

3. ทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม

เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ แบบติดตามผลการบำบัดรักษา และ ทะเบียนการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผู้รับการบำบัดที่ผ่านการบำบัดแบบสั้นเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย คือ ร้อยละ 98.47 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.40 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 55.73 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.35 มีอาชีพรับจ้าง และมีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.27

ส่วนมาก คือ ร้อยละ 89.31 ดื่มสุราขาว ร้อยละ 10.69 ดื่มเบียร์ ปริมาณการดื่มสุราขาว ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.11 ดื่ม 1-2 ขวดต่อครั้ง รองลงมา ร้อยละ 30.53 ดื่ม 1/2 ขวดต่อครั้ง เบียร์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 9.16 ดื่ม 1-3 ขวดต่อครั้ง สำหรับความถี่ของการดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.54 ดื่ม 3-6 วันต่อสัปดาห์

และมีร้อยละ 20.61 ที่ดื่มทุกวันในสัปดาห์ ส่วนระยะเวลาของการดื่ม พบว่า ส่วนมาก ร้อยละ 54.20 ดื่มมานาน 6-10 ปี ดื่มได้ไม่ถึงหนึ่งปี ร้อยละ 7.63 การวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศระบบ ICD-10 พบว่า กลุ่มอาการแบบโรคจิต (F10.5) มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.27 รองลงมา คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์ (F10.2) ร้อยละ 26.72 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะหยุดใช้แอลกอฮอล์ (F10.3) ร้อยละ 10.69 โรคจิตเภท (F20) และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.39 และในจำนวนทั้งหมดนี้พบ มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวชั่วคราว (F32) และดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

ผู้รับการบำบัด จำนวน 131 คน มีเป้าหมายลดปริมาณการดื่มจำนวน 28 คน และมีความตั้งใจที่จะหยุดดื่ม จำนวน 103 คน ผลการติดตามหลังได้รับการบำบัดแบบสั้น 1 ปี พบว่า ผู้รับการบำบัด จำนวน 28 คน สามารถลดปริมาณการดื่มได้ จำนวน 27 คน โดยลดปริมาณการดื่มได้นานตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป และในจำนวน 103 คนที่ตั้งใจหยุดดื่ม สามารถหยุดดื่มได้ทั้งหมดโดยร้อยละ 47.57 หยุดได้นานมากกว่า 330 วัน

5.2 ข้อเสนอแนะ

การบำบัดแบบสั้น เป็นบริการที่มีเป้าหมายเพื่อหาปัญหาหรือความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ที่แท้จริงและช่วยให้บุคคลนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบสั้นมีผลทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดปริมาณการดื่มและหยุดดื่มได้ ซึ่งถือว่า เป็นรูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่มีผลดี หากส่งเสริมให้มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น หรือ พัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดได้มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการบำบัดแบบสั้น น่าจะช่วยให้ผู้ประสบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลช่วยเหลือได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. 2547. องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บีบอนด์พับลิสซิ่ง.
- _____. 2548. คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. 2551. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นครราชสีมา: เดชพรการพิมพ์.
- จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, โรงพยาบาล. 2551. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น.
- _____. 2552. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น.
- _____. 2553. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น.
- จุฬารัตน์ แก้วมุงคุณ และคณะ. 2551. การทบทวนองค์ความรู้และการวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยพ.ศ.2493-2550. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรุงเทพฯ.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. 2545. เวชศาสตร์โรคจิตวิทยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. สงขลา: ลิบบราเคอร์การพิมพ์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนีย์เวช. 2540. ยืมสู่เรียนรู้ยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มติชน.
- เทพินทร์ พัทธานุกรม. 2541. พฤติกรรมการบริโภคสุรา. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นิชนันท์ คำล้าน. 2547. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บาเบอร์, โทมัส เอฟ. และ ฮิกกินส์ บิดเคิล, จอห์น ซี.. 2552. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. แปลและเรียบเรียงโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และปริทรรศ ศิลปกิจ. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนที บุญเจริญ. 2549. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอเอ็มเอเอไกเนเซอร์แอนแอ็คเตอร์ไทซิ่ง.

พิชัย แสงชาญชัย. 2552. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: วนิศาการพิมพ์.

เพ็ญพรรณ วัฒนไกร. 2547. แอลกอฮอล์ : ดิกริแห่งความทุกข์. ข้อมูลสุขภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. [เข้าถึงจาก www.doctor.or.th.]

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. 2548. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มียอนด์เอนเตอร์ไพรส์.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2554. สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์. [เข้าถึงจาก [http:// www.thainhf.org](http://www.thainhf.org).]

วิวัฒน์ เชวงชัยขง, อัจฉรา ฟองคำ และนิศานาถ โชคเกิด. 2543. การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราในระดับผดปกติโรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์. 25 (2) : 87-95.

ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น. 2546. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. ขอนแก่น: เพ็ญพรินดิ้ง. สายพิรุณ แสนพรหม. 2547. พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.

สุนทรี ศรีโกไสย. 2548. ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2541. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10ไทย-อังกฤษเล่มที่ 1(ก) ตารางจัดกลุ่มโรค ICD-10 . นนทบุรี.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2547. รายงานการทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2 เรื่อง รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บียอนด์พับลิชชิง.

หทัยชนนี บุญเจริญ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2549. ทบทวนองค์ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์. ใน แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช, หน้า 5-10, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณาธิการ. เชียงใหม่: ไอแอมออกเในเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.

อจธรา ฟองคำ, นิสานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวีศรี และชยันต์ธร ปทุมมานนท์. 2546. ผลการให้การ
ปรึกษาแบบสั้นร่วมกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลด้าพูน.

[เข้าถึงจาก <http://www.researchers.in.th/blog/Imphunhosabstract> 2004.] .

อจธรา ฟองคำ และคณะ. 2552. การบำบัดรักษาผู้ติดยาด้วยเทคนิคให้การปรึกษาแบบสั้นที่ศูนย์
สุขภาพชุมชน. [เข้าถึงจาก <http://www.researchers.in.th/blog/phylnhabs/2170>.] .