วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๕ กันยายน - ตุลาคม ๒๕๕๕

Journal of Health Science
Vol. 21 No. 5 September - October 2012

Original Article *นิพนธ์ต้นฉบับ*

แบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ลัดดาวัลย์ แดงเถิน*
พิชัย แสงชาญชัย**
เจษฎา ยิ่งวิวัฒนพงษ์**
อุษณีย์ พึ่งปาน*
**วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
***กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*

บทคัดย่อ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือการสำรวจแบบแผนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในกองจิตเวชและประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบบผู้ป่วยในโดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 124 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม 2554 ผู้เข้าร่วมโครงการถูกประเมินโดยใช้แบบประเมินคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เพื่อวัดระดับของการติดแอลกอฮอล์และตอบแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านสังคมเศรษฐกิจ ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาพบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 46.3 ปี ร้อยละ 58.1 สมรสแล้ว รองลงมา เป็นม่าย หย่า หรือแยก ร้อยละ 24.2 ส่วนมากร้อยละ 66.9 จบการศึกษาจากโรงเรียนมัธยม ปวช. หรือ ปวส. และร้อยละ 62.9 เป็นทหารในกองทัพบกระดับชั้นประทวน อายุเฉลี่ยของการใช้ครั้งแรกคือ 18.5 ปีในขณะที่ระยะเวลาของการดื่มคือ 27.4 ปี ปริมาณการดื่ม 118.5 กรัม ต่อวัน คะแนน AUDIT เฉลี่ยอยู่ที่ 28 คะแนนอยู่ในระดับดื่มแบบติด ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากที่สุดคือเหล้าแดง เช่น แม่โขง หงส์ทองฯ รองลงมาดื่มหลายชนิดรวมกัน เช่น เบียร์ เหล้าแดง เหล้าขาว ยาดองเหล้าฯ ส่วนมากดื่มเกือบทุกวันโดยเฉพาะในวันทำงานก่อนและหลังการทำงาน ไม่เลือกโอกาสดื่ม ดื่มคนเดียว ที่บ้าน เหตุผลหลักของการดื่มเพื่อผ่อนคลาย สนุกสนาน เฉลิมฉลอง และคิดว่าช่วยให้สุขภาพดีขึ้น เกือบครึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ตระหนักถึงการหยุดดื่มแม้ว่าพวกเขาจะรับรู้หรือเผชิญกับผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ การทำงาน การเงิน และปัญหาครอบครัว โดยสรุปผู้ป่วยที่มีแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบติด หลังการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งกลับสู่ครอบครัว ที่ทำงาน ชุมชน ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อเครือข่ายเพื่อให้การช่วยเหลือ หรือแนะนำเข้าร่วมกลุ่ม เอเอ ซึ่งจะเป็นการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพไม่ให้กลับไปดื่มอีกต่อไป

คำสำคัญ: **แบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ผู้ติดแอลกอฮอล์, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สุรา) มีหลายรูปแบบ ส่งผลกระทบได้หลากหลายแตกต่างกันขึ้นกับทั้งลักษณะการดื่ม[1] คือการดื่มบ่อย ๆ หรือดื่มนาน ๆ ครั้ง และปริมาณการดื่มคือ ดื่มครั้งละน้อย ๆ หรือดื่มครั้งละมาก ๆ ก่อให้เกิดการเมา และการติด นอกจากนั้นผลจากพิษของแอลกอฮอล์โดยตรงทำให้เกิดผลกระทบหลายประการได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพ[1-3] ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เส้นเลือดสมองแตก ตับอักเสบ หรืออุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ[4] ทำให้เกิดปัญหาสังคม และจิตใจระยะสั้น เช่น อาชญากรรม[5] ความรุนแรง ปัญหาการทำงาน และปัญหาสังคม จิตใจระยะยาว เช่น หนี้สิน สูญเสียหน้าที่การงาน ครอบครัวแตกแยก[6] ซึมเศร้ารู้สึกผิด[7,8] และจรจัดไร้ที่อยู่[3,9,10] ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[11] คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 29.3 หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรในกลุ่มนี้และพบว่าเป็นกลุ่มวัยทำงานที่ดื่มมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่เป็นชายประมาณ 13 ล้านคนหรือกล่าวได้ว่าชายดื่มมากกว่าหญิงประมาณ 6 เท่า โดยผู้ชาย เริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 19.4 ปี ผู้หญิงเริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 25.4 ปี และจะเห็นได้ว่าการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาลจะมีจำนวนมากขึ้นทั้งใน อุบัติเหตุฉุกเฉิน ศัลยกรรม อายุรกรรมและ จิตเวช

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกส่วนมากให้บริการผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการทหารและญาติ แต่ได้มีประชาชนทั่วไปเข้ารับการรักษาเพิ่มเป็นจำนวนมากเพราะเป็นโรงพยาบาลที่เปิดสอนแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด สถิติผู้เข้ารับการรักษาของผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติปี 2548 - 2552 พบว่าผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพิ่มจาก 268 ราย ในปี 2548 เป็น 308 ราย ในปี 2552 มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[12] การเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ย่อมทำให้เกิดผลกระทบสูงตามมา ตลอดจนก่อให้เกิดปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุขและสังคมไทย เพราะอาจเกิดได้หลังจากการดื่มเพียงครั้งเดียว หลายครั้งหรือในผู้ติดเรื้อรังก็ได้ การดื่มที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายโดยตรงกับผู้ดื่มเช่น ทำให้เป็นโรคตับ โรคทางเดินอาหาร ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนั้นยังอาจเกิดอุบัติเหตุ ความพิการ ผลกระทบทางสังคมสิ่งแวดล้อม เช่นการออกจากงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเงิน การใช้ความรุนแรง อาชญากร ซึ่งการสำรวจแบบแผนการดื่มที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว ยังมีรายงานการสำรวจน้อยและข้อมูลที่มีส่วนมากสำรวจในครัวเรือน และไม่เป็นปัจจุบัน การสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลข้อมูลในปี 2554 ของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปสู่นโยบายของกระบวนการป้องกัน และบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สุรา) และผลกระทบของผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เลือกคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช กองจิตเวชและประสาทวิทยาทั้งหมดในช่วงเดือน มีนาคม 2553 - ธันวาคม 2553 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) คะแนน AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) มากกว่า 19 คะแนนขึ้นไป ผ่านการถอนพิษแอลกอฮอล์เรียบร้อย

และไม่มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรม เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชนิดกรอกข้อมูลด้วยตนเอง คัดกรองและการสัมภาษณ์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากงานวิจัยที่คล้ายกันผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นทุกฉบับแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (2) แบบคัดกรอง AUDIT (3) พฤติกรรมการดื่มสุรา (4) ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมหน้าที่การงานและการเงิน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจิตเวช ตามความสมัครใจของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรม-แพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยยืนยันการเก็บรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 130 คน ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย 6 คน สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม 124 คน เป็นผู้ชายทั้งหมด (100%) อายุเฉลี่ย 46.3 ปี ร้อยละ 96.8 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 2.4 สมรสแล้วร้อยละ 58.1 รองลงมาเป็นม่าย หย่าหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 24.2 การศึกษาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ปวส.ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 19.4 ด้านอาชีพส่วนใหญ่รับราชการทหารระดับชั้นประทวนร้อยละ 62.9 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 19.4 มีรายได้ส่วนมาก 14,000(10,000-20,000) บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.6 (ตารางที่ 1) จากการคัดกรองประเมินระดับการติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบคัดกรอง AUDIT พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 28 คะแนน (20-38 คะแนน) ตามเกณฑ์ถือว่าเป็นผู้ดื่มแบบติด

จากข้อมูลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 ปีที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร (n= 124 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	124	100
อายุ (ปี)		
$\bar{x}$ 46.3 ปี SD 9.2	min-max 24- 68 ปี	
18-29	7	5.7
30-39	21	16.9
40-49	49	39.5
50-59	42	33.9
≥ 60	5	4.0
ศาสนา		
พุทธ	120	96.8
อิสลาม	3	2.4
คริสต์	1	0.8
สถานภาพสมรส		
โสด	22	17.7
สมรส	72	58.1
ม่าย/หย่า/แยก	30	24.2
การศึกษา		
ประถมศึกษา	24	19.4
มัธยม/ปวช./ปวส.	83	66.9
ปริญญาตรี	14	11.3
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.4
อาชีพ		
รับราชการ	78	62.9
รับจ้าง	24	19.4
ค้าขาย	9	7.3
ไม่ทำงาน	7	5.6
เกษตรกร	6	4.8
รายได้ (บาท/เดือน)		
<10,000	43	34.7
10,000- 20,000	54	43.6
20,001- 30,000	15	12.1
30,001- 40,000	6	4.8
>40,000	6	4.8
Median 14,000	min-max 1,000-450,000	

ผ่านมาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดพบว่าเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 18.5 ปี ระยะเวลาในการดื่มเฉลี่ย 27.4 ปีเสียค่าใช้จ่ายที่ใช้ซื้อแอลกอฮอล์ดื่มประมาณ 3,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.5 เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 4,000 บาท ต่อเดือน ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มส่วนมากเป็นเหล้าแดง (40 ดีกรี) เช่นแม่โขง หงส์ทอง ฯ รองลงมาจะดื่มผสมกันหลายชนิดในแต่ละวัน เช่น ดื่มเบียร์ เหล้าแดง เหล้าขาว (40 ดีกรี) และยาดองเหล้าฯร้อยละ 25.0 ปริมาณที่ดื่มในแต่ละวันส่วนมากดื่มเฉลี่ย 154.7 กรัมต่อวัน คิดเป็นค่ามัธยฐาน 118.5 กรัมต่อวัน ดื่มเกือบทุกวันร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ดื่มทุกวันร้อยละ 25.0 เคยเลิกดื่มได้แต่กลับไปดื่มอีก ร้อยละ 66.1 ไม่เคยเลิกดื่มเลย ร้อยละ 33.9 สถานที่ชอบดื่มมากที่สุด คือบ้านตัวเองร้อยละ 79.0 ชอบดื่มคนเดียวร้อยละ 75.0 รองลงมา คือดื่มกับเพื่อน ร้อยละ 24.2 เวลาที่ดื่มจะเป็นเวลาก่อนทำงานในตอนเช้า ร้อยละ 50.8 รองลงมาเป็นเวลาที่เลิกงานร้อยละ 24.3 ส่วนมากไม่เลือกโอกาส ดื่มได้ตลอด คือร้อยละ91.1 ดื่มเพราะไม่สบายใจร้อยละ 7.3 สถานที่ที่ซื้อส่วนมากคือร้านขายของชำหรือซุปเปอร์มาเกตร้อยละ 88.7 สั่งจากร้านอาหารร้อยละ 8.9 (ตารางที่ 2)

ในด้านผลกระทบนั้นพบว่าผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลว่ามีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจมากที่สุดคือ ร้อยละ 99.2 รองลงมาคือ ผลเสียด้านการทำงานร้อยละ79.8 การเงินร้อยละ 66.1 ครอบครัวร้อยละ 64.5 เพื่อนและสังคมร้อยละ 36.3 และสุดท้ายการทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 22.6 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเป็นเพศชายทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 46.3 ปีดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุประมาณ 18 ปี และดื่มมานานเฉลี่ย 27 ปี เมื่อคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT จะได้ค่าคะแนนที่สูงกว่า 19 คะแนน คือ คะแนนเฉลี่ย 28 คะแนน ซึ่งตามเกณฑ์การแบ่งระดับของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ของโทมัส

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราใน 1 ปีที่ผ่านมาของประชากร (n = 124 คน)

พฤติกรรมการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่ดื่มครั้งแรก (ปี)		
$\bar{x}$ 18.5 ปี SD 4.2	min-max 12-40	
10-20	102	82.3
21-30	20	16.1
31-40	2	1.6
ระยะเวลาที่ดื่ม (ปี)		
$\bar{x}$ 27.4 SD 4.5	min-max 4-51	
< 5	1	0.8
5-10	3	2.4
11-20	27	21.8
21-30	42	33.9
> 30		
ค่าใช้จ่ายที่ใช้ซื้อสุรา (บาท/เดือน)		
Median 3,500	min-max400-42,000	
400- 1,000	11	8.9
1,001- 2,000	28	22.6
2,001- 3,000	20	16.1
3,001-4,000	11	8.9
> 4,000	54	43.5
ปริมาณที่ดื่ม (กรัม/วัน)		
Median 118.5	min-max 28.4-474.0	
ชนิดแอลกอฮอล์		
เบียร์	18	14.5
เหล้าแดง	33	26.6
เหล้าขาว	30	24.3
ยาดองเหล้า	6	4.8
เหล้าจีน	4	3.2
บรั่นดี	2	1.6
หลายชนิดรวมกัน เช่น เบียร์ เหล้าแดง เหล้าขาว ยาดองฯ	31	25.0
ความถี่ในการดื่ม		
ทุกวัน	31	25.1
เกือบทุกวัน	69	55.6
3-4 วัน/สัปดาห์	17	13.7

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราใน 1 ปีที่ผ่านมาของประชากร (n = 124 คน) (ต่อ)

พฤติกรรมการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
1-2 วัน/สัปดาห์	4	3.2
2-3 วัน/เดือน	3	2.4
เคยเลิกดื่ม		
เคย	-	-
ไม่เคย	42	33.9
เคยแต่กลับไปดื่ม	82	66.1
สถานที่ดื่ม		
บ้านตัวเอง	98	79.0
บ้านเพื่อน/ญาติ	8	6.5
ที่ทำงาน	5	4.0
ร้านอาหาร	8	6.5
ร้านน้ำชาริมถนน	3	2.4
อื่น ๆ	2	1.6
ผู้ที่ชอบดื่มด้วย		
ดื่มคนเดียว	93	75.0
ดื่มกับเพื่อน	30	24.2
อื่น ๆ	1	0.8
เวลาที่ชอบดื่ม		
ก่อนทำงานตอนเช้า	63	50.8
ก่อนอาหารกลางวัน	4	3.2
ระหว่างอาหารกลางวัน	2	1.6
หลังเลิกงาน	29	23.4
ตอนเย็น-ค่ำ	25	20.2
อื่น ๆ	1	0.8
โอกาสที่ชอบดื่ม		
เมื่อเข้าสังคม	2	1.6
ไม่เลือกโอกาส	113	91.1
ไม่สบายใจ	9	7.3
สถานที่ซื้อสุรา		
ร้านขายสุราโดยเฉพาะ	3	2.4
ร้านขายของชำ/ซุปเปอร์มาเกต	110	88.7
สั่งจากร้านอาหาร	11	8.9

ตารางที่ 3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มประชากร (n= 124 คน)

ผลกระทบต่อผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ร่างกาย/จิตใจ	123	99.2
ครอบครัว	80	64.5
เพื่อนและสังคม	45	36.3
การทำงาน	99	79.8
การเงิน	82	66.1
กระทำผิดกฎหมาย	28	22.6

บาเบอร์[13] จะอยู่ในระดับติด และเมื่อดูปริมาณการดื่มในแต่ละวันของผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามพบว่าภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา ดื่ม 118.5 กรัมต่อวัน สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ใช้วัดความเสี่ยงแบบเรื้อรังโดยระบุเกณฑ์วัดที่นิยมคือความเสี่ยงระดับสูงมาก (very high risk) ดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 61 กรัมต่อวันในผู้ชาย[14] การวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการสอบถามที่มีความละเอียดเพราะจะต้องสอบถามในเรื่องชนิดของแอลกอฮอล์และความถี่ของการดื่มจากผลการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะดื่มเหล้าแดง เช่น แม่โขง หงส์ทอง ฯลฯ (1 หน่วยดื่มมาตรฐาน เท่ากับ เหล้าสี/เหล้าขาว 30 มล. มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 40 % เท่ากับ 10 กรัม)[15] รองลงมาจะเป็นการดื่มหลายชนิดด้วยกันในแต่ละวัน เช่น เหล้าแดง เหล้าขาว เบียร์ เหล้าดองยา ซึ่งมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ เท่ากันยกเว้นเบียร์ (1 หน่วยดื่มมาตรฐาน เท่ากับเบียร์ 1 กระป๋อง 330 มล. มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 3.5% เท่ากับ 10 กรัม) และจากตารางที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมความถี่ของการดื่มจะพบว่าดื่มเกือบทุกวันร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ดื่มทุกวันร้อยละ 25 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจะมีพฤติกรรมการดื่มที่ดื่มปริมาณมากเกินค่ามาตรฐาน ชนิดที่ดื่มจะมีสัดส่วนแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในปริมาณมากรวมทั้งความถี่ในการดื่มจะดื่มเป็นประจำเกือบทุกวัน ดื่มคนเดียวที่บ้าน หรือดื่มโดยไม่เลือก

โอกาสทั้งก่อนการทำงานและหลังเลิกงานซึ่งแบบแผนการดื่มแบบนี้เป็นแบบแผนการดื่มสุราแบบติด ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบมากมายอันดับแรกคือต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายก่อให้เกิดโรคทางกายแบบเรื้อรัง เช่น ตับอักเสบ โรคกระเพาะเป็นแผล เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง มะเร็งตับ และโรคอื่น ๆ อีกสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rehm J และคณะ[16] และรายงานขององค์การอนามัยโลก[3] ด้านจิตใจ เช่นเดียวกับการรายงานความชุกของ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์[17] บุญศิริ จันศิริมงคล[18]และปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ[7] ที่รายงานว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปรกติ (alcohol use disorder) หรือภาวะติดแอลกอฮอล์ จะพบโรคทางจิตเวชร่วม คือ ความผิดปรกติทางอารมณ์มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานสอดคล้องกันคือ[19-21] ได้ศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่ามีภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวลและโรคความผิดปรกติทางอารมณ์ใน ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปรกติ ด้านการทำงานทำให้ผลงานที่ได้ลดลงผู้บังคับบัญชาคาดโทษหรือภาคทัณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทหารชั้นประทวน ถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัดรักษา หรือให้ออกจากงาน รวมถึงมีค่าใช้จ่ายที่ใช้ซื้อแอลกอฮอล์ มากถึงร้อยละ 20-40 ของเงินรายได้ ทำให้มีเงินใช้จ่ายไม่เพียงพอ กู้หนี้ยืมสิน ส่งผลกระทบต่อภาวะด้านการเงิน และสุดท้ายครอบครัวต้องแบกรับภาระ[6,9,10] จากการสำรวจพบกรณีที่ดื่มมากจนเกิดโรคทางสมองเกิดภาวะโรคเรื้อรังแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์จะถูกทอดทิ้งโดยมีสถานภาพเป็นม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ภาวะโรคทางจิตเวช คือซึมเศร้า วิตกกังวล คิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย แล้วหันกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีกเพราะมีความคิดว่าจะช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด และความกังวลเหล่านั้น จึงเป็นวงจรที่ยากแก่การแก้ไข จากการสำรวจครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้เข้ารับการรักษาเคยรับการรักษาเพื่อลดหรือเลิกดื่มเฉลี่ยอย่างน้อย 3 ครั้ง ส่วนมากจะรับการรักษาเฉพาะถอนพิษแอลกอฮอล์ ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามรับยาต่อเนื่อง หรือส่งต่อเครือข่ายดูแล จึงทำให้เลิกดื่มได้แต่กลับไปดื่มอีกถึงร้อยละ 66.1 ภายในช่วงระยะเวลา 1 ปี

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรกล่าวถึงเพื่อนำไปพิจารณาในการทำวิจัยในครั้งต่อไป คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีเฉพาะเพศชาย ซึ่งอาจเกิดอคติว่าผู้หญิงไม่ติดแอลกอฮอล์ หรืออาจจะติดแอลกอฮอล์แต่การเข้ารับการรักษาเป็นเหมือนตีตราว่าเป็นคนไม่ดีจึงทำให้ผู้หญิงที่ติดแอลกอฮอล์ไม่ยอมเข้ารับการรักษาทำให้การสำรวจไม่สมบูรณ์ในการนำข้อมูลไปอ้างอิง ใช้สถานที่เพียงสถานที่เดียวประกอบกับกลุ่มประชากรมีจำนวนจำกัดไปสำหรับการอ้างอิงและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโรคทางกายและจิตใจร่วม เช่น เบาหวาน ตับอักเสบ ซึมเศร้า ฯลฯทำให้การรักษานาน จำนวนวันนอนนานเกิน 14 วันอัตราการครองเตียงนาน การรับผู้ป่วยใหม่ทำได้น้อย

ข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบัน มีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ ที่พัฒนาขึ้นมาหลากหลาย เช่น รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutkalo (PMK) model) เมทริกซ์ (Matrix program) กลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้วิธีการบำบัดหลากหลายผสมผสานกัน เช่นการเสริมแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางจิตวิญญาณ (แนวพุทธ) กลุ่ม self-help และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา แต่โปรแกรมเหล่านี้ เช่น โปรแกรม PMK model ซึ่งเป็นโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูต่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์แล้ว เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพมีจำนวนน้อย และยังขาดการติดตาม การส่งต่อเครือข่ายหรือชุมชน ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งโปรแกรมเหล่านี้ที่พัฒนาขึ้น

มายังไม่มีการประเมินประสิทธิภาพในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม เช่นการทดลองเปรียบเทียบ (randomized controlled trial: RCT) จากผลการสำรวจครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทหารระดับชั้นประทวนดื่มแอลกอฮอล์มานานโดยเริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อย ดื่มในปริมาณที่มากเกินค่ามาตรฐาน คือดื่มเกิน 60 กรัมต่อวัน และดื่มเกือบทุกวันทำให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อน จึงควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการรักษาพร้อมทั้งบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสนับสนุนให้มีโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อ หรือสนับสนุนให้ชุมชนสร้างเครือข่ายดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ทั้งสนับสนุนงานวิจัย รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับบริบทหรือลักษณะวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พ.อ.นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย พ.ท.นายแพทย์เจษฎา ยิ่งวิวัฒนพงษ์ จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และอาจารย์ ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ขอขอบคุณผู้บริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)ที่สนับสนุนทุนวิจัย และสุดท้ายต้องขอขอบคุณผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos C. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease-an overview. Addiction 2003;98:1209-28.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol-attributable deaths report average for United States 2001-2005 [online] 2004 [cited 2010 Aug 25]; Available form: URL: http//www.cdc.gov/alchol/.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.
4. ประพักตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล, ทักษพล ธรรมรังสี. การวิเคราะห์ภาระโรคของคนไทยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องสุราในโลกเสรี; 22-23 พฤศจิกายน 2553: ณ โรงแรมราม่าการ์เด้นส์, กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
5. อภินันท์ อร่ามรัตน์. การดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในระบบยุติธรรม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องสุราในโลกเสรี; 22-23 พฤศจิกายน 2553: ณ โรงแรมราม่าการ์เด้นส์, กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
6. วิชัย โปษยจินดา, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. การศึกษาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2539-2540, บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
7. ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2542.
8. Baker LA, Thorn KL, Hiles S, Hides L, Lubman ID. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. Journal of Affective Disorder [online]. 2011 September 3 [cited 2012 March 25]; Available form: URL: http//www.sciencedirect.com/sciencearticle/p.
9. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ. 2550 จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2550.
10. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ดวงกมล ไชยพุทธ, กมลา วัฒนพร, โศภิต นาสืบ, ดารินทร์ กำแพงเพชร และคณะ. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชาชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2550.
12. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. รายงานประจำปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า: กรุงเทพมหานคร: กองจิตเวชและประสาทวิทยา; 2554.
13. Babor TF, Higgins-Biddke JC, Saunder JB, Monterio MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
14. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร.

รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
15. สุรศักดิ์ ไชยสงค์. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย กรณีใช้นโยบายด้านภาษีและราคา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2552.
16. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders (Series I). Lancet 2009;373:2223-33.
17. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. ความชุกความผิดปรกติพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
18. บุญศิริ จันทร์ศิริมงคล. ความชุกและโรคทางจิตเวชร่วมของความผิดปรกติพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องสุราในโลกเสรี; 22-23 พฤศจิกายน 2553: ณ โรงแรมรามาการ์เด้นส์, กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
19. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkines R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: results of a national household survey. Br J Psychiatry 2001;179: 432-7.
20. Kesster RC, Berglund P, Demler OV, Jin R, Koretz D, Merikangas KE, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication. JAMA 2003;289:3095-105.
21. Grant B, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 2004;61:807-16.

Abstract **Alcohol Consumption Patterns in Alcohol Dependent Patients at Thai Army General (Phramongkutklao) Hospital**

Laddawan Daengthoen*, Pichai Saengcharnchai, JatsadaYingwiwattanapong** Usaneya Perngparn***

*College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University, Thailand, **Department of Psychiatry and Neurology, Pharmongkutklao Hospital, Thailand.

Journal of Health Science **2012; 21:986-94.**

The purpose of this study was to explore the pattern of alcohol consumption among alcohol-dependent patients, including 124 participants admitted to the Thai Army General (Phramongkutklao) hospital for the treatment of alcohol withdrawal symptom from March to December, 2011. The participants were assessed using the 4th Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) to diagnose alcohol- dependence and the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) to determine the level of alcohol addiction. Their alcohol-drinking behaviors were appraised by researcher's questionnaire-surveying on theirs demographic and socioeconomic data, alcohol-drinking behavior and impacts of alcohol drinking. Results revealed that the average AUDIT score were 28. Most of them were male, average age was 46.3 years, 58.1 percent were married, 66.9 percent were graduated from secondary school, and 62.9 percent were army officers. The average age of firstly was 18.5 years, while the number of years on drinking was 27.4 years, and the median of the amount of liqueur they drank was 118.5 gm. per day. Regarding the type of alcohol, the most consumption was spirit, followed by many types at a time, for example, beer, spirit, and white spirit. They drank almost daily, especially on working days, before and after work. Their main reasons of drinking ranged from relaxation, fun, celebration, to health. Almost half of them did not realize or were not concerned about abstinence, although they had already known about its implications related to their health, work, finance and families. As for the alcohol dependence, letting the community take care of them after the treatment by public health professionals would be a more effective prevention against their relapses.

Key words: **pattern of alcohol consumption, alcohol dependence, Phramongkutklao hospital**