

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์



นางวีรวรรณ รัตนจันทา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS WITH
ALCOHOL DEPENDENCE

Mrs. Werawan Ratanajuntar



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของ ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วย ใน สถานบำบัดรักษาเสพติด กรมการแพทย์
โดย	นางวีรวรรณ รัตนจินทา
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลีขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วีรวรรณ รัตนจันทา : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (SELECTED FACTORS RELATED TO COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 159 หน้า.

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลที่บำบัดรักษายาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 198 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ 2) แบบประเมินอาการขาดสุรา 3) แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และประจำบุคคล 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 6) แบบประเมินพุทธิปัญญา เครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2-6 มีความเที่ยงอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90, .86, .87, .82 และ .72 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาบำบัดมีภาวะพร่องทางการรู้คิด คิดเป็นอัตราร้อยละ 62.1 (123 คนจาก 198 คน)

2. อายุ และจำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ($r = -.236$ และ $-.228$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) การศึกษา ระยะเวลาการหยุดดื่ม ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และความวิตกกังวลประจำบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ($r = .465, .304, .180$ และ $.176$ ตามลำดับ, $p < 0.05$)

3. เพศ ประวัติคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิติต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5377822036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ALCOHOL DEPENDENCE / COGNITIVE IMPAIRMENT

WERAWAN RATANAJUNTAR: SELECTED FACTORS RELATED TO COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 159 pp.

The purposes of this descriptive correlational research were: 1) to examine the cognitive impairment of patients with alcohol dependence 2) to study the relationship between selected factors including age, sex, education, age of first drink, total year of drinking, amount of alcohol consumption, length of abstinence, family history of alcohol consumption, State-Trait anxiety, depression and social support with cognitive impairment. A total sample of 198 patients with alcohol dependence receiving inpatient treatment at drug addiction treatment center, department of medical services, who met the inclusion criteria were recruited. Research instruments consisted of six questionnaires namely: 1) demographic and alcohol consumption questionnaire, 2) Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol (CIWA-Ar) Scale 3) the Thai Version of Depression Scale, 4) the Thai Version of State-Trait Anxiety Scale, 5) the Social Support Scale, 6) the Thai version of MoCA Test. All instrument were validated for content validity by 5 experts The reliability.of the 2nd to 6th instruments were reported by Chronbach Alpha as of .90, .86, .87, .82 and .72 respectively. Statistic techniques utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. chi-square and Pearson Correlation coefficient. Findings were summarized as follow:

1. The cognitive impairment rate among patients with alcohol dependence was 62.1 % (123 subjects out of 198 subjects)

2. age and total year of drinking was negatively related to cognitive impairment of alcohol dependence ($r = -.236$ and $-.228$ respectively, $p < 0.05$); education, length of abstinence, amount of alcohol consumption and trait anxiety was positively related to cognitive impairment of alcohol dependence ($r = .465, .304, .180$ and $.176$ respectively, $p < 0.05$)

3. gender, family history of alcohol consumption, age of first drink, state anxiety, depression and social support were not significantly related to cognitive impairment of alcohol dependence.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างสูงของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนให้โอกาส กำลังใจและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการเรียนและการทำงาน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาของอาจารย์ที่มีต่อศิษย์ ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี ทุกๆท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกๆท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเจริญ คุณแม่ละมุล ครอบครัวทรัพย์เรืองศรี และนายสัตย์ชัย รัตนจินทา และนางสาววรุณศิริ รัตนจินทา ที่เป็นกำลังใจสนับสนุนและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆทุกๆท่าน ที่ร่วมศึกษาด้วยกันมาในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาจนกระทั่งวันจบการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยเสพติด แอลกอฮอล์ ขอให้ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	16
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	17
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดแอลกอฮอล์.....	22
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพร่องทางการรู้คิด.....	34
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การเตรียมตัวผู้วิจัย.....	72
การเตรียมตัวผู้ช่วยผู้วิจัย.....	73
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	102
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารขอรับรองโครงการวิจัย โดย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน.....	133
ภาคผนวก ง ตารางสถิติ.....	139
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามโรงพยาบาล	64
2	แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
3	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้	71
4	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส	76
5	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และรายได้	77
6	จำนวนร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม รายได้ และบุคคลในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์	78
7	จำนวนร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม ผู้ที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยก่อนเข้าโรงพยาบาล	79
8	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มมาตรฐาน/วัน) และระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์	80
9	จำนวนร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (วัน)	81
10	แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามคะแนนประเมินการพร้อมการรู้คิดรายด้าน	82
11	แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามคะแนนประเมินการพร้อมการรู้คิด รายด้าน	84
12	แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการประเมินการพร้อมการรู้คิดรายด้าน	85
13	แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการประเมินการพร้อมการรู้คิดรายด้าน	86
14	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำบุคคล	87
15	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	88
16	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามภาวะซึมเศร้า	89

ตารางที่		หน้า
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ระหว่างเพศ บุคคลในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์ กับภาวะพร่องทางการรู้คิดผู้เสพติดแอลกอฮอล์	90
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดผู้เสพติดแอลกอฮอล์	91



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงผลกระทบต่อสมองจากการดื่มแอลกอฮอล์	30
2	แสดงกระบวนการพื้นฐานของความจำ Lefton (1992)	37
3	แสดงขบวนการรับรู้ ราตรี สุดทรวง (2539)	39



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรในประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย ซึ่งมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2554) พบว่าจากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำการสำรวจจำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีเมามากถึง 17.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.5 เมื่อพิจารณาอายุ และ เพศของผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีเมามาก พบว่า เพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงมากกว่าเพศหญิงประมาณ 5 เท่า โดยกลุ่มที่พบว่า มีอัตราการดื่มสุราสูงที่สุด คือ กลุ่มวัยแรงงาน อายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 37.3) รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชนอายุ 15- 24 ปี (ร้อยละ 23.7) และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 16.6) ตามลำดับ โดยชายมีอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีเมามากกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ และเมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว จะพบว่าประชากรไทยมีการดื่มในปริมาณที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากฐานข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การอาหารและการเกษตรศาสตร์ (FAO) ซึ่งระบุว่าในปี พ.ศ. 2553 สํารวจคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี มีการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ เฉลี่ยเท่ากับ 23.8 ลิตร/คน/ปี ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 3 ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รอง จากเนปาล และอินเดีย นอกจากนี้ผลการศึกษาายังพบว่า ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นเพศชายมีการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ย 30.3 ลิตร/คน/ปี ส่วนในเพศหญิงมีการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ย 5.2 ลิตร/คน/ปี อีกทั้งได้มีการคาดการณ์การของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมของคนไทยเพิ่มขึ้น 8.3, 8.9 และ 9.5 ในปี 2015, 2020 และ 2015 ตามลำดับ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลเสียอย่างมากต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้บริโภคเอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี 2012 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 5.9 ของการตายและความพิการในประชากรทั่วโลกเกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้บริโภคแอลกอฮอล์เสียชีวิตจากโรคตับแข็ง และมะเร็งตับ ถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 12 ตามลำดับ อีกทั้งการบริโภคแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดและเบาหวาน และผู้ที่มีการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ ถึงร้อยละ 33.4 และร้อยละ 17.1 ตามลำดับ (WHO, 2014) และในการรายงานผลสำรวจเดียวกันข้อมูลการสำรวจในประชากรอายุ 15 ปีในประเทศไทย พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุในการเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งร้อยละ 67.2 ในเพศชาย และร้อยละ 40.5 ในเพศหญิง (WHO, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ร้อยละ 24.9 ในเพศชาย และร้อยละ 1.4 ในเพศหญิง และนอกจากนี้ จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งสำรวจความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years – DALYs) ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2552 คิดเป็น 10.2 ล้าน DALYs โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง

ประมาณ 1.3 เท่า นั่นคือ เพศชายมีความสูญเสียประมาณ 5.8 ล้าน DALYs และเพศหญิงมีความสูญเสียประมาณ 4.4 ล้าน DALYs สาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะสำหรับประชากรชาย ได้แก่ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) คิดเป็นร้อยละ 9 จากความสูญเสียทั้งหมด และจากการสำรวจความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ของประชากรไทยทั้งหมด มีค่าประมาณ 4 ล้านปี โดย 2.1 ล้าน YLDs ในผู้ชาย และ 1.9 ล้าน YLDs ในผู้หญิง สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายคือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) ซึ่งสูงถึงร้อยละ 23 ของ YLDs ที่สูญเสียในเพศชาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555)

จะเห็นได้ว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทยเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) และต้องเข้ารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากพบว่า มีผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดระดับประเทศ เพิ่มสูงขึ้นโดยมีผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2552-2554 จำนวน 1,556, 1,505, และ 1,582 รายตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2554)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงแต่ส่งผลเสียสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดื่มด้วย ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยปี พ.ศ. 2546 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าความชุกของโรคจิตที่มีมากเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคจิตเวชเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 28.5 รองลงมาคือโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 3.2 โดยมีการคาดประมาณว่ายอดรวมของผู้ที่มีโรคทางจิตเวชเนื่องมาจากแอลกอฮอล์จะสูงถึง 7.8 ล้านคน (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งต่อสุขภาพของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ผลกระทบต่อสติปัญญาเนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางระบบสมอง ได้แก่ โรคสมองเสื่อม ซึ่งเกิดจากการขาดวิตามินบี 1 จากการดื่มสุราเป็นประจำในระยะเวลาอันยาวนาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งโดยปกติจะมีโอกาสเกิดสมองเสื่อมตามอายุที่สูงขึ้นอยู่แล้ว หากมีการบริโภคแอลกอฮอล์หรือสุราร่วมด้วย จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 41.9 ในเพศชาย และร้อยละ 8.6 ในเพศหญิง อีกทั้งพบว่า ประชากรผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความชุกของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 3-7 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) สอดคล้องกับผลการศึกษาการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยใน 2551 ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4 และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีมีความเสี่ยงที่เกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.24 เท่าของผู้สูงอายุน้อยกว่า 60-69 ปี (บุญชัย นวมงคลวัฒน์ พันธ์ธัญญา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และ เกษราภรณ์ เคนบุปผา, 2553)

ภาวะพร่องทางการรู้คิดแม้จะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (dementia) แต่ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ทั้งนี้ Laza (2012) กล่าวว่า ภาวะพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment or cognitive deficit) หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีการรู้คิด หรือ การประมวลผลของสมองที่ผิดปกติหรือแตกต่างไปจากสิ่งที่ควรเป็นตามอายุ หรือ การศึกษาของบุคคลนั้น ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด จะมีปัญหาเด่นคือความพร่องทางการรู้คิดเท่านั้น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการ

ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคล (daily level of activities) เหมือนกับปัญหาซึ่งพบในผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม สอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552: 81) ที่กล่าวว่าภาวะพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) คือ กลุ่มของความบกพร่องเฉพาะเรื่องความจำเท่านั้น (มีอาการแสดงไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคสมองเสื่อม) โดยยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี ซึ่งมีแนวทางการวินิจฉัยประกอบด้วย 1) รู้สึกว่ามีปัญหาเรื่องความจำ โดยได้รับการยืนยันจากญาติร่วมด้วย 2) มีความจำบกพร่องจากการตรวจ (ต่ำกว่า 1.5 S.D. ในระดับอายุเดียวกัน) 3) cognitive function โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment or cognitive deficits) เป็นปัญหาสำคัญซึ่งพบได้บ่อยในผู้เสพติแอลกอฮอล์ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Theotoka (2006) ซึ่งพบว่าการเสพสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิด ลักษณะต่างๆ ในอัตราส่วนที่สูง อีกทั้งพบว่าผู้เสพสุรามีอัตราความพร่องของการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า และการสูญเสียความจำระยะสั้น สูงถึงร้อยละ 58 และ 32 ตามลำดับ และจากการศึกษาของ Gilchris & Morrison (2005) ซึ่งพบความชุกของภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 82 สะท้อนให้เห็นว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดเป็นปัญหาสำคัญของผู้เสพติแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเหตุผลตามที่ Norton & Halay (2011) อธิบายว่า อวัยวะในร่างกายมนุษย์ที่จะได้รับผลกระทบเป็นอันดับแรกจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ คือ สมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งทำหน้าที่ในการตัดสินใจ การคาดการณ์ล่วงหน้า และการควบคุมแรงกระตุ้น โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเข้าไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดง (RBC) ทำให้เม็ดเลือดแดงบางส่วนจับตัวกันเป็นก้อนตกตะกอนจนมีการเคลื่อนที่ช้าทำให้ไม่สามารถนำออกซิเจนไปสู่เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมองในบริเวณที่ต้องการออกซิเจนปริมาณมากได้สะดวกส่งผลให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลงและเกิดการตายของเซลล์สมอง อันเป็นเหตุให้เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดตามมา (Doweiko, 2006 cited in Norton & Halay, 2011)

ภาวะพร่องทางการรู้คิดซึ่งพบในผู้เสพติแอลกอฮอล์อาจแสดงออกด้วยความพร่องในลักษณะต่างๆ เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ทักษะการคิดอย่างเป็นนามธรรม ความสามารถในการกระชาระยะทางและการเคลื่อนไหว ความจำระยะสั้น และ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (Parsons, Butters & Nathan, 1987 cited in Norton & Halay, 2011) รวมทั้งปัญหาการนอนหลับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การประมวลผลความจำใหม่ๆ การแก้ไขปัญหา และการมีสมาธิ (Brower, 2001; Kern-Hage, 2004; Winerman, 2006) ซึ่งแม้ว่าผู้ที่มีปัญหาภาวะพร่องทางการรู้คิดเหล่านี้ยังคงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (Theotoka, 2006; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดจะส่งผลกระทบต่อความสามารถต่อการทำงานของผู้เสพติแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ และ ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และความสำเร็จในการเรียนในผู้เสพติแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นวัยรุ่น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งต้องใช้การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะเป็นหลัก เพราะผู้เสพติแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดจะมีความยากลำบากในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง (NIAAA, 2010)

ความรุนแรงหรือระดับการพร่องทางการรู้คิดนี้พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างสูงกับความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาและการพยากรณ์โรค รวมทั้งการให้การพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลและการบำบัดรักษา ได้แก่ มีการเรียนรู้ที่ไม่ดี หลงลืม หรือ มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (Parsons, Butters & Nathan, 1987 cited in Norton & Halay, 2011) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI/MET) เป็นการบำบัดทางจิตสังคม มีเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) โดยรูปแบบการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม จะเป็นการให้ความรู้ และการฝึกฝนทักษะต่างๆ ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการแสดงความคิดเห็นออกมาทางคำพูด และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้บำบัดรวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม ดังนั้น ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด ซึ่งอาจมีปัญหาทางด้านความจำ หรือการคิดเชิงนามธรรม ย่อมจะมีความยากลำบากในการประยุกต์ใช้ข้อมูลที่ได้รับในการบำบัดฟื้นฟู เหล่านี้มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ตั้งใจในการบำบัดรักษา การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ การทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การรักษาเวลาในการทำกิจกรรมหรือกิจกรรมต่างๆ การมีส่วนร่วมในขณะการเข้ากลุ่มบำบัดต่างๆ ส่งผลให้ผลการบำบัดและการพยากรณ์โรคไม่ดี ดังนั้น ภาวะพร่องทางการรู้คิดจึงมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (Gordon, Kennedy & McPeake, 1988)

ภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์หากไม่ได้รับการป้องกันและแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างถาวรตามมา และส่งผลให้บุคคลกลุ่มนี้เกิดปัญหาสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน จนต้องกลายเป็นบุคคลซึ่งเป็นภาระต่อผู้ดูแลในครอบครัว และต่อคนรอบข้าง รวมทั้งทำให้ประเทศชาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และการให้สวัสดิการต่างๆ ต่อไปในอนาคต และแม้ว่าปัญหานี้จะเป็นผลกระทบของสมองจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลายาวนานจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง และ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองบกพร่องหรือเสื่อมลง จึงไม่สามารถแก้ไขได้โดยตรงด้วยการปฏิบัติการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการป้องกันไม่ให้อาการกลุ่มนี้มีความพร่องทางการรู้คิดในระดับที่มากขึ้นจนเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างถาวรตามมา นับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยให้การบำบัดดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดการดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นระยะเวลาอันยาวนาน อันจะเป็นการป้องกันไม่ให้อาการกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบจากพิษของแอลกอฮอล์ที่มีต่อสมองดังกล่าว

จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมและฟื้นฟูสภาพภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ยังไม่ได้มีการปฏิบัติบทบาทในเรื่องนี้อย่างชัดเจนเท่าใดนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังมี

การศึกษาในเรื่องนี้ค่อนข้างจำกัด ทำให้ยังไม่ทราบสถานการณ์หรือสภาพปัญหาที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหานี้

Fein et al. (1990) พบว่า ภาวะพร่องทางการรู้คิดเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกของการบำบัดรักษาหรือภายหลังจากหยุดใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่าประมาณ 1 ใน 2 หรือ 2 ใน 3 ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในขณะนี้เกิดปัญหาภาวะพร่องทางการรู้คิด อีกทั้งพบว่าในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหานี้หลงเหลืออยู่จนถึง 1 ปี ภายหลังจากได้รับการบำบัดรักษา แต่สถานการณ์หรือสภาพปัญหาเกี่ยวกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ยังไม่มีความชัดเจนเนื่องจาก มีการศึกษาที่จำกัดในเรื่องดังกล่าวข้างต้น มีเพียงผลการสำรวจเบื้องต้นในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ส่วนใหญ่ได้รับการรักษามานานประมาณ 1 เดือน นับตั้งแต่แรกรับ) ณ สถาบันธัญญารักษ์ ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 70 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ของ Nasreddine et al. (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungronj, 2007) พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะพร่องทางการรู้คิด (โดยมีคะแนนจากการประเมินต่ำกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) จำนวน 51 คนคิดเป็นร้อยละ 73 (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดเป็นปัญหาสำคัญที่พบความชุกในอัตราที่สูงมาก และน่าจะพบอัตราความชุกที่สูงกว่านี้หากมีการสำรวจในผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะบำบัดด้วยยา (ตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงประมาณ 1 เดือน) ด้วยเหตุนี้การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในรวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหานี้จึงยังเป็นช่องว่างที่ต้องการคำตอบ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์อาจเกิดจาก หรือ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย โดยปัจจัยในกลุ่มแรกเป็นปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ อายุ ซึ่งพบว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีแนวโน้มมากขึ้นในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมาก เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทั้งสมองและร่างกายทำให้ผู้สูงอายุที่เสพติดแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Berman, 2000 cited in Berman & Marinkovic, 2003) เพศ พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดมากกว่าเพศชายโดยการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากันจะพบว่าเพศหญิงจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration) สูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากแอลกอฮอล์จะมีการกระจายตัวไปตามน้ำที่มีอยู่ในส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งเพศหญิงส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเพศชายเพราะมีน้ำเป็นส่วนประกอบในร่างกายน้อยกว่าเพศชายเป็นเหตุให้ระดับแอลกอฮอล์ที่กระจายในเลือดของเพศหญิงจึงมีความเข้มข้นสูงกว่าในเพศชาย (Berman, 2000 cited in Berman & Marinkovic, 2003) การศึกษา พบว่าความชุกของความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์พบได้สูงในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำ และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักพบในผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ทำให้ผู้ใช้แรงงานหรือการศึกษาต่ำ มีโอกาสได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้มาก จึงส่งผลให้

ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการศึกษาค่ามีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดซึ่งเป็นผลกระทบจากการติดแอลกอฮอล์ได้ง่าย (Sabia et al., 2011)

ปัจจัยกลุ่มที่สองซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ได้แก่ **อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์** พบว่าผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก่อนวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดได้มากเนื่องจากการพัฒนาโครงสร้างและหน้าที่ของสมองส่วนที่จำเป็นในการทำงานที่ซับซ้อนจะยังไม่สมบูรณ์เต็มที่จนกว่าอายุ 20 ปี หากมีการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนที่สมองส่วนนี้จะพัฒนาเต็มที่ทำให้แอลกอฮอล์จะมีผลไปขัดขวางการหลั่งฮอร์โมนที่จำเป็นในกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมองดังกล่าวส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองด้านต่างๆผิดปกติจนเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดที่รุนแรงกว่าผู้ที่เริ่มดื่มหลังภายหลังช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่สมองมีการพัฒนาทั้งโครงสร้างและหน้าที่ได้สมบูรณ์แล้ว (Portnoff, 1982) **จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์** พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด เนื่องจากผู้ที่เสพแอลกอฮอล์มานานจะมีความทนต่อระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้นทำให้ต้องดื่มในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อยๆจนส่งผลให้สมองถูกทำลายมากขึ้น (Jones & Parson, 1971; Franco et al., 1985) **ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์** พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยถึงปานกลางจะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะเสื่อมของการรู้คิดเนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลช่วยลดการเกาะตัวกันของเกร็ดเลือดและการสะสมของไขมันในเลือด (Letenneur, 2010) แต่การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักกลับเป็นผลร้ายทำให้เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดและสมองเสื่อมมากขึ้น (Cairney et al., 2007; Chan et al., 2010) โดยความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์กับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพร่องทางสมองจะมีลักษณะแบบ J-shaped หรือ U-shaped (Xu et al., 2009; Letenneur, 2010) **ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์** มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดเนื่องจากระยะเวลาการหยุดดื่มที่ยาวนานขึ้นจะทำให้สมองมีโอกาสฟื้นตัวจากผลกระทบในการดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้นส่งผลให้สภาพภาวะพร่องทางการรู้คิดมีการฟื้นตัวได้ดีขึ้นโดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าเมื่อผู้ดื่มแอลกอฮอล์หยุดดื่มแอลกอฮอล์สมองจะมีการสร้างเส้นใยประสาทเพิ่มขึ้นทำให้สมองมีการฟื้นตัวมากขึ้น และ ส่งผลให้ความพร่องด้านการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ดีขึ้นตามมา (Rourke & Grant, 1999) **ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว** พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีคนในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา หรือ พี่น้องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีความทนทาน (Tolerance) ต่อการดื่มแอลกอฮอล์และแสดงอาการมึนเมาน้อย (Schuckit, 1984) ทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เหล่านี้ ต้องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นจึงจะเกิดฤทธิ์ที่ต้องการทำให้สมองได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์มากขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวจึงมีแนวโน้มเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดมากกว่าผู้ที่ครอบครัวไม่มีประวัติในเรื่องนี้ (Schaeffer et al., 1984)

นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว ยังพบปัจจัยในกลุ่มที่สามซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ **ความวิตกกังวล** พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด (Errico et al., 1990) ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร คือมีผลให้ความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสาร (information) การตีความข่าวสารที่ได้รับ (encode) และความสามารถในการจัดการข้อมูลข่าวสารเก็บเป็นความจำของสมอง (data accurately) ของบุคคลลดลง (Matrix Advocare Network, 2013:

online) ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดได้ และปัจจัยอีกประการคือ **ภาวะซึมเศร้า** ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดเช่นกัน (Uekermann et al., 2003) เนื่องจากประสาทชีววิทยาของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมอง โดยมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทใน Prefrontal cortex (Drevets, 2000) ทำให้การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญ (Metabolic) ของ Prefrontal cortex ในสมองลดลง และ ส่งผลต่อการทำงานของ Hippocampus ใน Limbic system (Bremner et al., 2000) และการทำงานของ amygdala (Sheline, Gado & Price, 1998) ซึ่งการเกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ตามมา สำหรับปัจจัยประการสุดท้ายคือ **การสนับสนุนทางสังคม** ซึ่งพบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิด (Buckman et al., 2008) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกันทำให้บุคคลสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่มีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นรวมถึงภาวะการเสพติดแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดลดลง ในทางตรงข้ามหากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ถูกแยกตัวออกจากสังคมจะส่งผลให้มีภาวะพร่องทางการรู้คิดมากขึ้น (Sarason & Sarason, 2001)

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อหาคำตอบว่า สถานการณ์ปัญหาการพร่องการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของประเทศไทยเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับปัญหานี้โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ของ The Premature Aging theory ของ Ryan & Butter (1980) และ Jones & Parsons (1971) เป็นกรอบในการศึกษาส่วนการคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์นั้น ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่า เป็นปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับการพร่องการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยทำการศึกษาในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เฉพาะทางด้าน การบำบัดยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆทั่วประเทศ ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลา เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ครบวงจรคือ มีการรักษาด้วยยาและมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามการบำบัดรักษาจึงทำให้มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทั้งนี้เพื่อนำผลการ วิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลเพื่อลดปัญหาความพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และป้องกันไม่ให้อาการพร่องดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมซึ่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยดังกล่าว จะส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดแอลกอฮอล์และครอบครัวและต่อประสิทธิภาพของการ

บำบัดฟื้นฟูผู้เสพติดแอลกอฮอล์นำไปสู่การลดภาระในการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ของประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ The Premature aging theory ของ Ryan & Butter (1980) และ Jones & Parsons (1971) ที่ประกอบด้วยสองสมมติฐานคือ 1) accelerated aging หรือ cumulative effects ซึ่งเชื่อว่าผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นตัวเร่งให้เกิดการเสื่อมสภาพของสมอง กล่าวคือการทำงานของสมองในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีประสิทธิภาพด้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งพบว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดสามารถพบได้ทั่วไปในผู้ติดแอลกอฮอล์และสามารถเกิดได้ทุกช่วงอายุ (Ryan & Butter, 1980.) และ 2) Increased vulnerability ซึ่งเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องทางการรู้คิดที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ประสิทธิภาพการทำงานของสมองในผู้ดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่ไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันอย่างมากในผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น หรือ อีกนัยหนึ่ง คือ การพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์พบได้มากในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่สูงอายุมากกว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อย (Jones & Parsons, 1971)

นอกจากแนวคิดข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้การทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเพื่อเลือกปัจจัยคัดสรรที่พบมีความสัมพันธ์กับการพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ดังนี้คือ อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณ

การดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ โดยผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดได้มากขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าความชุกของภาวะพร่องทางการรู้คิด จะพบในผู้เสพติดแอลกอฮอล์สูงอายุมากกว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อย (Fein et al., 1990) เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นความเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุที่เสพติดแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์มากกว่าประชากรวัยอื่นๆ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญ เช่น การสูงอายุมีผลให้ปริมาณของไขมันที่แทรกอยู่ในมวลกล้ามเนื้อของร่างกายลดลง เมื่อเทียบกับปริมาณของไขมันในมวลกายทั้งหมด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้มีการกระจายตัวของแอลกอฮอล์ในร่างกายมากขึ้น นอกจากนี้การสูงอายุนำมาซึ่งการทำงานของเอนไซม์ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง เช่น การทำงานของเอนไซม์จากตับ (Liver enzymes) และการทำงานของ gastric ADH ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายได้ช้าลง ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้บริโภคในวัยอื่นๆ นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้น ระบบประสาทส่วนกลางของผู้สูงอายุจะมีความไว (Sensitivity) เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายได้รับผลกระทบต่อแอลกอฮอล์ที่บริโภคได้ง่ายขึ้น (Blow & Barry, 2002) สอดคล้องกับ Ryan & Butters (1980) ซึ่งทำการศึกษา โดยใช้แบบทดสอบ battery วัดเรื่องการเรียนรู้และความจำในผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันคือ กลุ่มแรกอายุ 34-49 ปี และกลุ่มสูงอายุ 50-59 ปี โดยมีกลุ่มควบคุมคือผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 50-59 ปี มีความพร่องของสมองด้านการเรียนรู้และความจำสูงกว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ 34-49 ปี และกลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

เพศ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีเพศต่างกันจะมีภาวะพร่องทางการรู้คิดที่แตกต่างกันโดยผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดมากกว่าเพศชาย เนื่องจาก เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เท่ากัน พบว่าหลังจากดื่มสุราในปริมาณที่เท่าๆกันกับเพศชาย เพศหญิงจะมีระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดขึ้นสูงได้เร็วกว่า ส่งผลให้มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration) สูงกว่า (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544; พงศธร เนตราคม, 2549; Mumenthaler et al., 1999.) โดยแอลกอฮอล์เป็นสารที่มีคุณสมบัติคือเป็นโมเลกุลขนาดเล็กและละลายได้ในน้ำจึงถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็วและหลังจากดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วแอลกอฮอล์จะกระจายไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเนื้อเยื่อที่มีเลือดไปเลี้ยงมากเช่น สมอง และการกระจายตัวของแอลกอฮอล์ในร่างกายเป็นไปตามน้ำที่มีอยู่ในส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเนื้อเยื่อที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากระดับแอลกอฮอล์ในเนื้อเยื่อนั้นจะสูง (พงศธร เนตราคม, 2549) ซึ่งคนที่มึ้น้ำหนักตัวมากและมีน้ำอยู่ในร่างกายมากจะสามารถดื่มแอลกอฮอล์ได้มากกว่าคนที่มึ้น้ำหนักตัวน้อย

ซึ่งมีน้ำในร่างกายน้อย (ทวิพร วิสุทธีมรรค, 2544) และเนื่องจากการกระจายตัวของแอลกอฮอล์ขึ้นกับปริมาณน้ำในร่างกายของบุคคลดังที่กล่าวข้างต้น ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักโดยทั่วไป เพศหญิงจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเพศชาย จึงมีน้ำเป็นส่วนประกอบในร่างกายน้อยกว่าเพศชายส่งผลให้ระดับแอลกอฮอล์ที่กระจายในเลือดมีความเข้มข้นสูงกว่า อีกทั้งในน้ำหนักที่เท่ากันเพศหญิงจะมีสัดส่วนของไขมันในร่างกายมากกว่าเพศชายทำให้เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จึงได้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มาก เพราะเนื้อเยื่อไขมันมีน้ำน้อยทำให้เกิดอาการเมาได้เร็วกว่า และอีกเหตุผลหนึ่งคือเมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายจะมีการเผาผลาญแอลกอฮอล์ที่กระเพาะอาหาร จึงเป็นการสกัดกั้นไม่ให้แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด โดยเอนไซม์ Alcohol dehydrogenase (ADH) ในกระเพาะอาหารจะทำหน้าที่เปลี่ยนแอลกอฮอล์ ให้เป็นAldehyde ซึ่งในเพศหญิงมีการย่อยของแอลกอฮอล์โดย Alcohol dehydrogenase ที่เยื่อกระเพาะอาหารน้อยกว่า เนื่องจากเพศหญิงมี gastric ADH ต่ำกว่าเพศชาย ทำให้แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมเข้าไปในเลือดได้เร็วขึ้น จึงมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสูง (blood alcohol concentration) และส่งผลต่อสมองให้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ได้มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lopes et al. (2010) ได้ศึกษาความชุกปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของการพร่องการรู้คิดและโรคสมองเสื่อมในบราซิล ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 1,145 คน อายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดคือ Mini-Mental State Examination (MMSE) พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักซึ่งเป็นเพศหญิงจะมีการพร่องการรู้คิดและมีความชุกในการเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การศึกษา จากผลการศึกษาพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดได้มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุกของการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักพบในกลุ่มผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาและเศรษฐานะต่ำ (ธวัชชัย ลิฬหานาจ, 2549) และผลการศึกษาของ Sabia et al. (2011) ซึ่งทำการศึกษาไปข้างหน้าเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มลูกจ้างที่มีเศรษฐานะ (การศึกษา และ อาชีพ) ต่างกัน และมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี จำนวน 4,073 คน โดยใช้แบบประเมิน Digit Symbol Substitution test (DSST) พบว่าระดับคะแนน DSST ที่ต่ำจะพบเฉพาะในกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพศชายที่มีการศึกษาต่ำ โดยร้อยละ 25.2 ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการศึกษาต่ำ (Primary school) มีการบริโภคแอลกอฮอล์มากกว่า 21 ดื่มมาตรฐาน ดังนั้นการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มแอลกอฮอล์ ($r=-0.36$)

อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่าอายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก่อนช่วงวัยรุ่นจะมีภาวะพร่องทางการรู้คิดรุนแรงกว่าผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์หลังช่วงวัยรุ่นเนื่องจากกระบวนการพัฒนาสมองของมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องและแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยกระบวนการพัฒนาสมองในระยะหลัง คือการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทเข้าหากัน (Wiring) และเป็นการ

พัฒนาสมองส่วนที่จำเป็นในการทำงานที่ซับซ้อน ซึ่งการพัฒนาของสมองจะยังไม่สมบูรณ์เต็มที่จนกว่าจะอายุ 20 ปี ดังนั้น ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้แอลกอฮอล์มีผลต่อการขัดขวางการหลั่งฮอร์โมนที่จำเป็นในกระบวนการเจริญเติบโต พัฒนาการของสมองส่วนต่างๆ ได้แก่ มีผลต่อการพัฒนาของสมองส่วน Hippocampus ซึ่งทำงานด้านความสามารถในการจดจำและการเรียนรู้ และสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ที่ทำงานด้านการวางแผนการใช้เหตุผลและการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง (Zeigler et al., 2005) จะเห็นได้ว่าการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยก่อนที่สมองจะสิ้นสุดกระบวนการพัฒนาจะมีผลต่อสมรรถนะของสมองโดยเฉพาะส่วนที่ยังพัฒนาไม่สิ้นสุด สมบูรณ์ทำให้ไม่สามารถพัฒนาต่อไปได้เต็มศักยภาพ อีกทั้งการเริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อยทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้รับผลกระทบหรือมีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลายาวนาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zeigler et al. (2005) ซึ่งพบว่าเด็กที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุประมาณ 12 ปี จะมีความซุกที่จะใช้แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบว่าร้อยละ 40 ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปีมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะพัฒนาเป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์ที่ผิด (Alcohol Abuse) หรือผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) มากกว่าเด็กที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในภายหลัง ในขณะที่พบว่าผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุมากขึ้นจะลดความเสี่ยงที่จะดื่มอย่างเป็นอันตราย (harmful drinking) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Zeigler et al., 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Grant & Dawson (1997) ซึ่งพบว่าเด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 15 ปีจะมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุ 21 ปีถึง 4 เท่า และผลการศึกษาของ Portnoff (1982) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยการจับคู่อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ (ก่อนอายุ 20 ปี และหลังอายุ 20 ปี) และประเมินความพร้อมทางการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบ Halstead-Reitan Neuropsychological Test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เริ่มดื่มก่อนอายุ 20 ปี (mean ของอายุปัจจุบัน = 33.8 ปี) มีความพร้อมทางการรู้คิดมากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มหลังอายุ 20 ปี (mean ของอายุปัจจุบัน = 39.9 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ต่อสมอง เนื่องจากผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์มานานจะมีผลให้เกิดการตื้อและการติดแอลกอฮอล์อันเป็นผลจาก การที่เซลล์เกิดการปรับตัวโดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นให้ตับสร้างเอนไซม์เพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายมีการดูดซึมแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น ร่างกายจึงมีความทนต่อระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้น ดังนั้น ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ไปนานๆ จึงต้องดื่มในปริมาณมากขึ้นเพื่อให้การออกฤทธิ์เท่าเดิมกับที่เคยได้รับ ส่งผลให้สมองถูกทำลายมากขึ้น (Jones & Parson, 1971) สำหรับผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลานาน ผลกระทบเรื้อรังจากการดื่มแอลกอฮอล์คือเป็นพิษต่อตับ ส่งผลทำให้ตับสร้างเอนไซม์ลดลง และผลกระทบทางอ้อมของแอลกอฮอล์ต่อสมอง คือภาวะขาดวิตามินบี 1 หรือไทอามีน (Thiamine) ซึ่งเป็นสารที่จำเป็นต่อการทำงานของสมอง เป็นผลกระทบที่สำคัญจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดกลุ่มอาการ wernick Korsakoff Syndrome และโรคสมองจากการทำงานบกพร่องของตับทำให้ตับเสียสมรรถภาพไม่สามารถทำหน้าที่กำจัดสารพิษอย่างแอมโมเนียและแมงกานีสออกจากร่างกายได้ ทำให้เกิดการคั่งของสารพิษในเลือดและสมอง จนนำไปสู่โรคสมองจากความบกพร่องของตับ ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิด (ทักษะพล ธรรมรังสี

และ อรทัย วลีวงศ์, 2556: ออนไลน์) สอดคล้องกับการศึกษาของ Parson & Jones (1971) ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะของสมองในด้านนามธรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่สมองได้รับความเสียหายจำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 40 คน พบว่า ลักษณะการพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีความคล้ายคลึงกับที่พบในกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยที่สมองได้รับความเสียหาย อีกทั้งพบว่า การพร่องด้านความสามารถเชิงนามธรรมในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Franco et al. (1985) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์กับระดับของการพร่องการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำนวน 125 คน พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป (Long-Term) มีการพร่องการรู้คิดมากกว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์น้อยกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยถึงปานกลาง จะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะพร่องของการรู้คิด แต่การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักกลับเป็นผลร้ายต่อสมอง โดยทำให้สมองได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์จนเกิดภาวะสมองเสื่อมจากแอลกอฮอล์ เนื่องจาก การที่แอลกอฮอล์ไปออกฤทธิ์ในการกดประสาทส่วนกลาง ซึ่งการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อระบบประสาทส่วนกลางนี้จะแปรผันโดยตรงกับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากแอลกอฮอล์นอกจากจะขึ้นกับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์แล้วยังขึ้นกับอัตราการเร็วในการเพิ่มระดับแอลกอฮอล์ และเวลาที่ระดับแอลกอฮอล์ทรงตัวอยู่ในเลือดอีกด้วย (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) อย่างไรก็ตามพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มและภาวะพร่องทางการรู้คิด ไม่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรง แต่มีลักษณะเป็น J-Shaped หรือ U-Shaped (Xu et al., 2009; Letenneur, 2010) นั่นคือผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยอาจเป็นผลดีต่อผู้บริโภคน คือช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดหัวใจ โดยการยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด หรือการเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือด (Letenneur, 2010) แต่การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากกลับพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด เนื่องจากอวัยวะของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์เป็นอันดับแรกได้แก่ สมองส่วน Frontal Lobe โดยแอลกอฮอล์เป็นพิษต่อระบบประสาท (neurotoxin) และเป็นสาเหตุทำให้เม็ดเลือดแดง (RBC) ถูกทำลายทำให้เม็ดเลือดแดงบางส่วนจับตัวกันเป็นก้อนตกตะกอนและมีการเคลื่อนที่ช้าจึงเป็นอุปสรรคต่อการนำออกซิเจนไปสู่เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมองซึ่งเป็นส่วนที่ต้องการออกซิเจนปริมาณมากส่งผลให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้น้อยลงและเกิดการตายของเซลล์สมองตามมา (Doweiko, 2006 cited in Norton & Halay, 2011) และยังพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณปานกลางมีความสัมพันธ์กับสมองฝ่อ (Brain Atrophy) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2010) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์และความเสี่ยงที่จะเกิดการพร่องการรู้คิดในประชากรสูงอายุชาวจีนในฮ่องกง โดยใช้แบบประเมิน MMSE พบว่า ผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์อย่างหนัก (คือมากกว่า 400 g ต่อวันในผู้ชาย และ มากกว่า 280 g ต่อวันในผู้หญิง) มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิด แต่ในทางตรงกันข้ามพบว่าการดื่มในระดับน้อยถึงปานกลาง (คือน้อยกว่า 400 g ต่อวันในผู้ชาย และ น้อยกว่า 280 g ต่อวันในผู้หญิง) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Cairney et al. (2007) ศึกษาถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาสั้นและการดื่มอย่างหนักต่อการทำหน้าที่ของการรู้คิด โดยเปรียบเทียบ

ระหว่างผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 20 คนกับคนที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (คือมีการดื่ม 14 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง) และดื่มเป็นระยะเวลานาน (เฉลี่ย 8.9 ปี) จะมีความพร้อมทางการรู้คิดมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม อย่างมีนัยสำคัญที่.001

ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการหยุดดื่มมีผลต่อการฟื้นคืนของภาวะพร้อมทางการรู้คิด โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จะพบการสูญเสียในโครงสร้างของสมองบริเวณ Cortical และ Subcortical ซึ่งประกอบด้วยการหดตัวของ gray matter และ white matter (Nixon & Crew, 2009) ดังนั้นระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์จึงมีความสัมพันธ์กับภาวะพร้อมทางการรู้คิด เนื่องจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สมองมีโอกาสฟื้นตัวจากผลกระทบของแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Pfefferbaum et al. (1995) ซึ่งทำการศึกษว่าการหยุดดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการสูญเสียปริมาตรของสมอง (brain volume loss) หรือไม่เพียงใด โดยทำการศึกษาติดตามระยะยาวด้วยการตรวจสมองของผู้ใช้แอลกอฮอล์ โดยใช้ MRI (longitudinal Magnetic Resonance Imaging) พบว่า ภายหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสั้น (ระยะเวลา 1 เดือน) จะมีการเพิ่มปริมาณของสมองส่วน cortical gray matter ในโครงสร้างของสมองมากขึ้นและหากมีการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ระยะยาว (ระยะเวลา 1 ปี) จะพบว่าการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อสมองในส่วนของ white matter สอดคล้องกับผลการศึกษาของ He & Crew (2008) ซึ่งพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่สามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเด็ดขาด (Abstinence) จะมีการฟื้นคืนของสมรรถภาพของสมองบางส่วน โดยมีการสร้างเซลล์ใหม่ (New cell genesis) ประกอบด้วยการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อในระบบประสาท (Progenitor) ในส่วนของ Hippocampus และ Substantianigra และการศึกษาของ Park et al. (2002) ซึ่งพบว่า ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์จะสัมพันธ์กับการดีขึ้นและความสมบูรณ์ของเส้นประสาท อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษา Rourke & Grant (1999) ศึกษาถึงผลของระยะเวลาการหยุดดื่มต่อการดีขึ้นของการพร้อมการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยศึกษาติดตามหลังการรักษา 2 ปี ศึกษาในกลุ่มผู้ที่ได้รับการบำบัดแอลกอฮอล์ 97คน พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่สามารถควบคุมการหยุดดื่มของตนเองได้ (จำนวน 35 คน) จะมีความสามารถของสมองด้านนามธรรมดีกว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่กลับมาดื่มซ้ำ (จำนวน 62 คน)

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีบิดามารดาเป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีความทนทานต่อปริมาณแอลกอฮอล์ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Schuckit (1984) ซึ่งพบว่าหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง (0.75 ml/kg) ผู้ที่มีคนในครอบครัวมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์จะรู้สึกถึงความมึนเมาน้อยกว่า (เมายาก) ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะทางพันธุกรรมของผู้ที่มีบิดามารดาเป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์ทำให้มีความทนทาน (Tolerance) ต่อการดื่มแอลกอฮอล์และแสดงอาการมึนเมาน้อย ทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากขึ้นจึงจะเกิดฤทธิ์ที่ต้องการ ส่งผลให้สมองได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวติดแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยของ Sullivan & Wodarski (2004) พบว่า กว่าร้อยละ 46 ของวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์มีบิดาหรือมารดาดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ได้ข้อสรุปว่านอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมจะเป็นจุดเริ่มต้น (early initiation) ในการเสพติดแอลกอฮอล์แล้ว ยังพบว่าการศึกษาเติบโตมาพร้อมๆกับบิดา มารดาซึ่ง

เป็นผู้ตีพิมพ์แอลกอฮอล์อย่างหนักเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของการเสพติดแอลกอฮอล์ในอนาคตของนักศึกษาในกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaeffer et al. (1984) ที่ศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ชายซึ่งมีบิดา มารดา พี่หรือน้องมีประวัติเสพติดแอลกอฮอล์ กับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ไม่มีคนในครอบครัวเสพติดแอลกอฮอล์ โดยการประเมิน ด้านเกี่ยวกับคำพูด การเรียนรู้ ความจำ การแก้ปัญหา การคิดเชิงนามธรรม และความสามารถของอวัยวะการรับสัมผัส พบว่ากลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีคนในครอบครัวมีประวัติเสพติดแอลกอฮอล์ จะมีการพร่องของความสามารถด้านการคิดเชิงนามธรรม การแก้ปัญหา การเรียนรู้และความจำมากกว่ากับกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ไม่มีคนในครอบครัวเสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นภาวะที่ทำให้สารสื่อประสาทในสมองที่มีผลต่อระดับการรู้คิดเกิดความ ผิดปกติ (Errico et al., 1990) และความวิตกกังวลยังส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของบุคคล โดยทำให้ความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสาร (information) การตีความข่าวสารที่ได้รับ (encode) และความสามารถในการจัดการข้อมูลข่าวสารเก็บเป็นความจำ (data accurately) ของสมองลดลง (Matrix Advocare Network, 2013: online) ซึ่งความวิตกกังวลถือเป็นภาวะทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Petrakis et al. (2002) ที่พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 36.9 มีความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Anxiety disorder) ในรอบปีที่ผ่านมา และ การศึกษาของ Davies et al. (2005) ซึ่งพบว่าผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์มีความวิตกกังวลประจำบุคคล (STAIT) ร้อยละ 43.1 และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (STAIS) ร้อยละ 38.9 โดยมีผลการศึกษาหลายเรื่องที่สนับสนุนว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด เช่น ผลการศึกษาของ Petrakis et al. (2002) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดโดย พบว่า ผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 36.9 ในรอบปีที่ผ่านมา มีความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Anxiety disorder) (Petrakis et al., 2002) และการศึกษาของ Errico et al. (1990) ศึกษาในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นทหารผ่านศึก จำนวน 73 รายที่เข้ารับการรักษาบำบัดแอลกอฮอล์ พบว่าความวิตกกังวลมีผลต่อการเรียนรู้ และความจำของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และมีผลต่อการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจอีกประการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Fossati et al. (2004b) ซึ่งพบว่าร้อยละ 27-69 ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีคะแนนความซึมเศร้าในระดับสูง และ ร้อยละ 15-28 ได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะมีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องเรื่องความจำและการทำงานของสมองในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับเซลล์ประสาทและลักษณะประสาทชีววิทยา โดยภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมอง คือทำให้การทำงานที่เกี่ยวกับการเผาผลาญ (Metabolic) ของ Prefrontal cortex ลดลง ตลอดจนมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทใน Prefrontal cortex (Drevets, 2000) และโครงสร้างของระบบ Limbic เช่น Hippocampus (Bremner et al., 2000) และ amygdala

(Sheline, Gado & Price, 1998) ทั้งนี้ลักษณะประสาทชีววิทยาของภาวะซึมเศร้า คือ มีการเสื่อมของ Hippocampus อันเป็นผลจากการหลั่งสาร Glucocorticoid ที่มากเกินไป และผลมาจากการกระตุ้นการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) ซึ่งมีมากเกินไป (McEwan, 1999) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังมีความเชื่อมโยงกับการทำงานที่ผิดปกติของสมองส่วน frontal lobe ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมองในระดับสูง (Executive cognitive function) (Fossati et al., 2004b) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Uekermann et al. (2003) ซึ่งศึกษาถึงอิทธิพลของภาวะซึมเศร้ากับการทำหน้าที่ทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 28 คน และผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 28 คน โดยใช้แบบประเมิน Battery ประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยวัดด้าน อารมณ์ความจำ และการบริหารจัดการ พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีการพร่องของความจำ และการบริหารจัดการที่คล้ายคลึงกัน

การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิด เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวที่สมดุลต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ ในขณะที่การแยกตัวออกจากสังคมจะส่งผลให้บุคคลมีความพร่องทางการรู้คิดมากขึ้น (Sarason & Sarason, 2001) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะพร่องทางการรู้คิด อาจอธิบายผ่านปัจจัยอื่นๆ เช่น ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ดี (Holahan et al., 2004) หรือประสบความสำเร็จในการควบคุมให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิด (Hser et al., 1999) สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่อง เช่น Havassy & wasserman (1991) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์หรือกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคมด้านการงานเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ และ Brown & Craemer (1989) ซึ่งพบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและระดับของการสนับสนุนทางสังคมต่อการหยุดดื่มมีความสัมพันธ์ต่อการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ ดังนั้น ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้จะช่วยให้สมองมีโอกาสฟื้นฟูสภาพ และส่งผลให้มีภาวะพร่องทางการรู้คิดลดลงได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Buckman et al. (2008) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์หลังได้รับการบำบัด และติดตามผลเป็นเวลา 12 เดือน โดยใช้แบบทดสอบ battery ในการประเมินความพร่องของการรู้คิด ด้านความจำ และการบริหารจัดการโดยติดตามประเมินเป็นระยะๆ คือ 6 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนหลังการบำบัดรักษา พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความสามารถเรื่องความจำดีกว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดและสมมติฐานดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์
2. ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีเพศต่างกันมีภาวะพร่องทางการรู้คิดแตกต่างกัน
3. การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
4. อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
5. จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
6. ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์
7. ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
8. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวแตกต่างกันมีภาวะพร่องทางการรู้คิดแตกต่างกัน
9. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
- 10 ความวิตกกังวลประจำบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
- 11.ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
12. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย โรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน [DSM-IV] ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากสถานบำบัดรักษายาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ทั่วประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย โรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน [DSM-IV] ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ (F10.2) ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ทั่วประเทศ และมีอาการขาดสุราในระดับเล็กน้อย (Mild symptom) โดยใช้แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal scale for Alcohol-Revised (CIWA Ar) และพบว่ามีความรุนแรงระหว่าง 1-9 คะแนน

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลประจำบุคคล ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะพร่องทางการรู้คิด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะพร่องทางการรู้คิด หมายถึง ความผิดปกติของกระบวนการทำงานของสมองในเรื่องความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ (Executive Function) ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (Visuo-construction) ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณและการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ประเมินโดย แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ของ Nasreddine et al. (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ. โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungronj, 2007)

อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับจำนวนปีเต็มนับจากวันที่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบประเมินของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์จบการศึกษา โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึงอายุที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรก ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ช่วงระยะเวลาเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ดื่มแอลกอฮอล์และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ (loss of control) หรือมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (withdrawal symptoms) จนถึงผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการเสพติดแอลกอฮอล์ (Mann, Batra & Schroth, 1992) ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึงปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่ผู้ป่วยดื่มต่อหนึ่งในช่วงระยะเวลา 30 วันก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยระบุจำนวนและ

หน่วยในการดื่ม และผู้วิจัยได้นำปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวมาคำนวณหาปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (Grams of pure ethanol) ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และนำมาคำนวณหาปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยใช้สูตรในการคำนวณ คือ ผลคูณของปริมาณของเครื่องดื่มกับความเข้มข้น(%)หรือดีกรีของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม และ ค่ามาตรฐานที่ใช้เปลี่ยนหน่วยของเอทานอลจากซีซีเป็นกรัม (0.789) แล้วหารด้วย 10 (เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัมคิดเป็น 1 ต้มมาตรฐานตั้งสมการ ต่อไปนี้

$$\frac{\text{ปริมาณของเครื่องดื่ม (ซีซี)} \times \text{ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ หรือดีกรี} \times 0.789}{10}$$

10

ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการรักษาจนถึงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว หมายถึง ประวัติการมีคนในครอบครัวของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ หรือน้อง ที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ประกอบด้วย ความไม่สบายใจ ไม่มีความสุข ความกระวนกระวายใจโดยไม่สามารถบอกถึงสาเหตุที่แท้จริงได้ หรือจากการประเมินเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตตนเอง โดยประเมินจากแบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger (1976) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ชาติรี นนทศักดิ์ และ จิน แบรี่ (2535) (อ้างถึงในชญาณิชฐ์ อนันตวรวงศ์, 2551)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นกับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ประกอบด้วย อาการทางจิตใจได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว ความรู้สึกผิด คาดว่าจะถูกลงโทษ ไม่ชอบตนเอง ต่ำหนืดตนเอง ร้องไห้หุดหงิด มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แยกตัวออกจากสังคม และอาการทางร่างกายได้แก่ การไม่สนใจตนเอง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory, (Beck, 1967 อ้างถึงใน สุจิตรา อูร์ตนมณี, 2549)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์รับรู้ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร เงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของบุญยพัทธ์ ปิยะบุญสิทธิ (2554) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) (อ้างถึงใน บุญยพัทธ์ ปิยะบุญสิทธิ, 2554)

ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence F10.2) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในทั้งระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลุ่มนี้
2. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลให้การดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์หยุดดื่มแอลกอฮอล์ให้นานเพื่อเป็นการป้องกันภาวะพร่องทางการรู้คิดที่จะตามมา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดแอลกอฮอล์

- 1.1 ความหมายของแอลกอฮอล์
- 1.2 ความหมายของการเสพติดแอลกอฮอล์
- 1.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพติดแอลกอฮอล์
- 1.4 กลไกการทำงานของแอลกอฮอล์ในร่างกาย
- 1.5 การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์
- 1.6 ความผิดปกติที่เป็นผลจากการเสพติดแอลกอฮอล์
- 1.7 ผลกระทบของการเสพติดแอลกอฮอล์
- 1.8 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์
- 1.9 การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพร่องทางการรู้คิด

- 2.1 ความหมายของความสามารถในการรู้คิด
- 2.2 องค์ประกอบของความสามารถในการรู้คิด
- 2.3 ลักษณะของความผิดปกติทางการรู้คิด
- 2.4 ภาวะสมองเสื่อม
- 2.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม
- 2.6 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
- 2.7 แนวทางการดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.8 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความพร่องในการทำงานของสมอง
- 2.9 ภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
 - 2.9.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
 - 2.9.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
 - 2.9.3 ลักษณะการพร่องการรู้คิดที่พบในผู้เสพติดแอลกอฮอล์
- 2.10 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะพร่องทางการรู้คิด

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดแอลกอฮอล์

1.1 ความหมายของแอลกอฮอล์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ได้ให้ความหมายว่า สุรา (Alcohol) หมายถึง สารอนินทรีย์ชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นของเหลว กลิ่นฉุนระเหยง่าย มีชื่อเต็มว่า เอทิลแอลกอฮอล์ เกิดจากการหมักสารประเภทแป้งหรือน้ำตาลผสมยีสต์ ซึ่งเรียกว่า แป้งเชื้อ หรือเชื้อหมักเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุราทุกชนิด เมื่อดื่มเข้าไปจะออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการมึนเมา ใช้ประโยชน์ในการเป็นตัวทำละลายและเป็นเชื้อเพลิง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization[WHO]) ได้ให้ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นของเหลวที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ชนิดดื่มหรือเอทานอล (ethanol) ใช้เพื่อการดื่ม ส่วนใหญ่ได้มาจากการหมัก (fermentation) หรือได้จากการหมักแล้วกลั่น (WHO, 2001) ในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้คำว่า “สุรา” แทนคำว่า “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์”

ทวีพร วิสุทธิมรรค (2545) กล่าวถึงแอลกอฮอล์กลุ่มที่มีเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์โดย เอทิลแอลกอฮอล์ได้จากการหมักจากพืชประเภทผลไม้ ผัก หรือข้าว

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2552) ให้ความหมายว่าแอลกอฮอล์ (alcohol) คือสารที่มีส่วนผสมของ Ethyl Alcohol ทุกชนิด เช่น แอลกอฮอล์ เบียร์และไวน์ซึ่งมีฤทธิ์กดประสาทและ เมื่อดื่มเข้าไปจะมีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว อารมณ์ และสติสัมปชัญญะ

สรุปได้ว่า “สุรา” หรือ “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” หมายถึง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ ซึ่งได้จากการหมักหรือการกลั่น ใช้เพื่อการดื่มและเมื่อดื่มเข้าไปจะออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการมึนเมาที่มีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย อารมณ์ และสติสัมปชัญญะ

1.2 ความหมายของการเสพติดแอลกอฮอล์

ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และ มานิช หล่อตระกูล (2541) กล่าวว่า การเสพติดแอลกอฮอล์ เป็นรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสมคือมีการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและระยะเวลาานานนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานและมีอาการแสดงออกที่สำคัญคือ มีการติดยา มีอาการขาดแอลกอฮอล์ ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ ใช้เวลาหมดไปกับการดื่ม เสียงานและมีการใช้อย่างต่อเนื่องแม้รู้ว่าจะก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจ

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า การเสพติดแอลกอฮอล์ หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากและเป็นเวลานาน ดื่มจนไม่สามารถยับยั้งใจทำให้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการแสวงหาและการดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งมีการดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจและต้องเพิ่มปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า การเสพติดแอลกอฮอล์ คือ การที่ผู้เสพติดต้องพึ่งพาแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเลิกไม่ได้ เกิดการพึ่งพาเพื่อผลทางกายหรือผลทางด้านจิตใจทำให้มีการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม จนมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์และสติปัญญา

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การเสพติดแอลกอฮอล์ หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นระยะเวลาานาน ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ใช้เวลาส่วน

ใหญ่กับการแสวงหาและการติ่มแอลกอฮอล์ เมื่อหยุดติ่มจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ และส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม

1.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพติดแอลกอฮอล์

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) เสนอว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดแอลกอฮอล์ มีหลายปัจจัยสามารถสรุปเป็นปัจจัยแต่ละด้าน ได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่

1) พันธุกรรม ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์กว่า ร้อยละ 50 พบว่ามีปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมด้วยโดยมียีนบางชนิดที่บ่งบอกถึงผลของแอลกอฮอล์ที่จะมีต่อร่างกาย และส่งผลให้ผู้ติ่มบางรายต้องติ่มปริมาณมากจึงจะเกิดฤทธิ์ที่ต้องการ

2) Neurochemical mechanism โดยมีความเกี่ยวข้องกับ reinforcement rewarding system ใน limbic area โดยแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้ผู้ติ่มรับรู้ว่าการใช้แอลกอฮอล์เป็นเสมือนกับความต้องการที่มีตามธรรมชาติ (innate drive) ของคนเรา เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศทำให้เกิดความติดใจ และมีความต้องการเสพอยู่เรื่อยๆจนบางครั้งมีความต้องการมากกว่าความต้องการตามธรรมชาติ

3) Neurotransmitters โดยแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือยับยั้งการหลั่งสารเคมีบางกลุ่มซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะการเสพติด(Dependence) ตามมา

4) พื้นฐานทางอารมณ์หรือบุคลิกภาพกล่าวคือ ลักษณะบุคลิกภาพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ dependence คือ impulsivity, dependency need ที่สูงการควบคุมอารมณ์ที่บกพร่องและบุคลิกภาพแบบ antisocial

1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

ปัจจัยในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สารเสพติด เศรษฐฐานะต่ำ การชักชวนของกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่สำคัญในการติดแอลกอฮอล์

1.3.3 ปัจจัยด้าน Learning และ conditioning

ผลบวกจากการติ่มแอลกอฮอล์ เช่น มีความสุข (euphoric effect) , ลดความเครียด,และลดอาการทรมานจากการขาดยา (withdrawal symptom) จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลยังคงพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ ส่วนการกลับมาติ่มแอลกอฮอล์ซ้ำอาจเกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการติ่มแอลกอฮอล์ ก็อาจจะทำให้คิดถึงและเกิดอาการอยากกลับไปติ่มแอลกอฮอล์ได้อีก

1.3.4 ปัจจัยส่วนบุคคล โดยพบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดแอลกอฮอล์ สรุปได้ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549)

1) เพศ การเสพติดแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่พบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิงโดยการติ่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงมีเพียงส่วนน้อยที่จะกลายเป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์ หากเกิดภาวะเสพติดก็มักไม่ต่อเนื่องเหมือนในเพศชาย ความแตกต่างด้านอุปนิสัยและความชุกในเพศหญิงและเพศชาย มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่านิยมทางสังคม สถานะทางสังคม ขนาดของรูปร่าง กระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายมีผลทำให้ปริมาณการติ่มและการติดแอลกอฮอล์ในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย

2) อายุ พบว่าความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นเนื่องจากมีผู้สูงอายุเพียงจำนวนน้อยที่เริ่มมีปัญหาดื่มแอลกอฮอล์ในวัยนี้และกว่าปัญหาการติดแอลกอฮอล์จะได้รับการแก้ไข ผู้สูงอายุที่มีปัญหาติดแอลกอฮอล์ก็อาจเสียชีวิตไปก่อน อีกนัยหนึ่งในผู้สูงอายุความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์จะต่ำ อาจเนื่องมาจากอุปนิสัยการเกิดโรคลดลงตามช่วงชีวิตที่เพิ่มขึ้น ช่วงเวลาการเกิดโรคสั้นลง อาจเนื่องมาจากการมีอัตราการตายที่สูงขึ้น หรือมีอายุขัยที่สั้นลง หรือมาจากทั้งสองสาเหตุ

3) ประวัติครอบครัว เป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและการอาศัยในสิ่งแวดล้อมร่วมกัน ครอบครัวที่มีปัญหาการติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

4) อาชีพและการจ้างงานผู้ที่ว่างงาน ตั้งแต่ 6 เดือนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจะมีความชุกของการติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติจากแอลกอฮอล์สูง ดังนั้น การติดแอลกอฮอล์จึงมักพบในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและผู้มีฐานะต่ำ

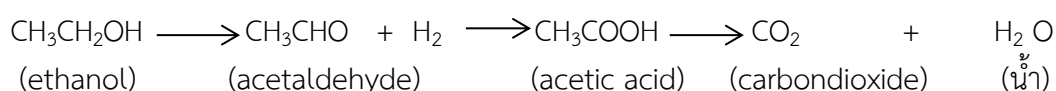
5) สถานภาพสมรส ความชุกของปัญหาการติดแอลกอฮอล์จะพบสูงในผู้ที่มีปัญหาหย่าร้างหรือผู้ที่เป็นโสด อีกทั้งพบว่า ชายหญิงที่อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงานจะมีความชุกชั่วชีวิตของการใช้แอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วและมีครอบครัวที่เป็นปกติสุข

6) การศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักพบในผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือในเด็กที่ถูกพักการเรียนหรือให้ออกจากโรงเรียนซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการติดแอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

1.4 กลไกการทำงานของแอลกอฮอล์ในร่างกาย

กลไกการทำงานของแอลกอฮอล์ในร่างกายจำแนกออกเป็น (สุพัตน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2541; พิชัย แสงชาญชัย, 2544; ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544).

1.4.1 การดูดซึมของแอลกอฮอล์ในร่างกายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย แอลกอฮอล์ประมาณ 1 ใน 5 จะถูกดูดซึมผ่านผนังกระเพาะอาหารและส่วนที่เหลือจะผ่านผนังลำไส้เล็กเข้าสู่หลอดเลือด เมื่อผ่านไปทีดับ แอลกอฮอล์จำนวนประมาณ 95% จะถูกนำย่อย ADH (Alcohol Dehydrogenase) เปลี่ยนเป็นอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) จากนั้นเปลี่ยนเป็นเกลือของกรดน้ำส้ม (Acetate) โดยเอนไซม์ ALDH (Acetaldehyde dehydrogenase) ซึ่งใช้ประโยชน์เป็นพลังงานได้แล้วกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์กับน้ำโดยขบวนการ Oxidation ดังนี้



การเผาผลาญแอลกอฮอล์ที่ตับจะเป็นอัตราคงที่เสมอประมาณ 10 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อหนึ่งชั่วโมง ส่วนแอลกอฮอล์ที่เหลืออีกประมาณ 5% จะถูกขับออกจากร่างกาย ทางปอดไตและต่อมเหงื่อซึ่งจะผสมออกไปในรูปของลมหายใจและปัสสาวะ และโดยทั่วไปแอลกอฮอล์จะถูกขับออกจากร่างกายหมดภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนการที่ผู้บริโภคร่างกายจะมีเม้า หรือเร็วขึ้นอยู่กับ อัตราเร็วของการดูดซึม แอลกอฮอล์เข้าสู่หลอดเลือดของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันและปัจจัยเสริมอื่นๆเช่น ความเข้มข้น หรือ ดัชนีของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม ปริมาณและอัตราเร็วของการบริโภค และ สภาพกระเพาะอาหารที่ว่าง เป็นต้น

1.4.2 การกระจายตัวของแอลกอฮอล์ในร่างกาย เมื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกดูดซึมผ่านปาก กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กเข้าสู่เลือด เนื่องจากโมเลกุลของแอลกอฮอล์มีขนาดเล็กและละลายได้ในน้ำ แอลกอฮอล์จะเคลื่อนที่ตามทิศทางเดินของเลือด แอลกอฮอล์บางส่วนจะถูกทำลายโดยตับ จากนั้นเลือดจะผ่านไปทางหัวใจด้านขวา และเลือดถูกสูบฉีดไปปอด ส่วนต่างๆ ของร่างกาย แอลกอฮอล์เข้าสู่สมอง ทำให้การสั่งงานของสมองช้าลง เมื่อแอลกอฮอล์ผ่านปอดแอลกอฮอล์บางส่วนจะถูกขับออกทางปอด (ลมหายใจ) จำนวนเล็กน้อย แต่กลิ่นแอลกอฮอล์จากลมหายใจไม่สัมพันธ์กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป

1.4.3 ความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดหรือ Blood alcohol concentration: (BAC) หมายถึง ร้อยละของปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด โดย ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด หรือ BAC ได้แก่ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมจะมีปริมาณของแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันโดยทั่วไปจะนับว่า 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) จะมีแอลกอฮอล์อยู่ 10 กรัมของethanolหรือเท่ากับเบียร์ประมาณ 300 ซีซีหรือเหล้า 40 ดีกรีประมาณ 30-45 ซีซี เป็นต้น แอลกอฮอล์ 1 ดื่มมาตรฐานเมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากับ 15-20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และร่างกายใช้เวลาในการทำลาย 1 ชั่วโมง

1.4.4 ความเร็วในการดื่ม เพราะผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เร็วจะเป็นการเพิ่มปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดให้สูงขึ้นถึงแม้เครื่องดื่มชนิดนั้นจะมีปริมาณแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในปริมาณที่น้อยก็ตาม

1.4.5 ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคการดื่มที่ใช้ช่วงระยะเวลาของการดื่มยาวนานจะทำให้ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากขึ้นส่งผลให้ระดับ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมีสูงเพิ่มตามไปด้วย

1.4.6 วิธีการดื่มเช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่รับประทานกับแกล้ม หรืออาหารอื่นประกอบ จึงทำให้กระเพาะอาหารดูดซึมปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปได้เร็วขึ้นเนื่องจากการมีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารจะเป็นตัวขัดขวาง หรือชะลอการดูดซึมแอลกอฮอล์ของกระเพาะอาหารให้ลดน้อยลง ส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้น ขณะที่การรับประทานกับแกล้มหรืออาหารอื่นประกอบในระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้กระเพาะอาหารมีอาหารที่ต้องย่อยและดูดซึมเพิ่มมากขึ้น ทำให้การดูดซึมแอลกอฮอล์ของกระเพาะอาหารเกิดได้ช้าลงส่งผลให้ระดับ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับการไม่รับประทานกับแกล้มหรืออาหารอื่นประกอบขณะดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

1.4.7 คุณลักษณะเฉพาะบุคคลเช่น เพศ และวัย พบว่าผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศหญิงเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากัน เพศหญิงจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากโดยส่วนใหญ่เพศหญิงจะมีขนาดร่างกายที่เล็กกว่า ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายมีน้อย ส่งผลให้ระดับแอลกอฮอล์ที่กระจายในเลือดมีความเข้มข้นสูงกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การเผาผลาญแอลกอฮอล์ที่กระเพาะอาหารโดยเอนไซม์ alcohol dehydrogenase (ADH) จะสกัดกั้นไม่ให้แอลกอฮอล์ถูกดูดซึม แต่ในเพศหญิงมีเอนไซม์ ADH ในกระเพาะอาหาร ต่ำกว่าเพศชายสองเท่าเป็นเหตุให้แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมเข้าไปในเลือดได้เร็วขึ้นขณะเดียวกันในผู้สูงอายุจะมีระดับ ADH ใน

กระเพาะอาหาร ลดน้อยลงโดยเฉพาะเพศชาย ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าเพศหญิง เป็นต้น

1.5 การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์

การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์ ใช้การวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งให้ความสำคัญของอาการในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541) คือ การมีรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 3 อาการหรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังอาการต่อไปนี้

1. มีการดื้อต่อแอลกอฮอล์ (Tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1) มีความต้องการใช้แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้เกิดความมึนเมา (Intoxication) หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - 2) ได้รับผลจากแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมากหากคงการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณเท่าเดิม
2. มีอาการขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 1) เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์หลังหยุดบริโภคแอลกอฮอล์ (Withdrawal symptoms) ส่งผลให้เกิดอาการเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึง 2-3 วันคือ เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ประสาทหลอนหรือแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) การรับรู้ทางตาผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ การรับรู้สัมผัสทางผิวหนังผิดปกติ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิตกกังวล ชักทั้งตัว
 - 2) มีการบริโภคแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการขาดแอลกอฮอล์ หรือเพื่อไม่ให้มีอาการดังกล่าว
3. มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นหรือบริโภคแอลกอฮอล์เป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการบริโภคแอลกอฮอล์อยู่ตลอดเวลาไม่สามารถหยุดบริโภคแอลกอฮอล์หรือควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้
5. มีการใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้บริโภคแอลกอฮอล์
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่นๆ เนื่องจากบริโภคแอลกอฮอล์
7. มีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องถึงแม้จะมีปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจต่อตนเอง

1.6 ความผิดปกติที่เป็นผลจากการเสพติดแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่พบได้บ่อย พอสรุปได้ดังนี้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

1.6.1 ภาวะเมาสุรา (Alcohol Intoxication) ภายหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ผู้ดื่มจะมีการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก้าวร้าว การตัดสินใจผิดพลาด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมีอาการแสดงทางกายที่ไม่เหมาะสม เช่น พุดไม่ชัด อ้อแอ้ การทรงตัวเสีย เดินเซ พุดมาก ถ้าเมามากอาจหมดสติไม่รู้สีกตัว ซึ่งอาการต่างๆ ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ดื่มและความแตกต่างระหว่างบุคคล การดื่มจนมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Concentration; BAC) มากกว่า 50 mg% ซึ่งหมายถึงระดับมิลลิกรัมของแอลกอฮอล์ในเลือด 100 ซีซี หรือดื่มเพียง 1-3 ดื่มมาตรฐานส่งผลต่อการรับรู้ของสมองข้างลง การประสานงานของกล้ามเนื้อและสมองเสียไป การดื่มปริมาณเพิ่มขึ้นระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะเพิ่มขึ้นมีผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง กตการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียนกตการหายใจจนเสียชีวิตได้

1.6.1.1 Pathological Intoxication ภาวะที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยแต่เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงแบบไม่สามารถควบคุมได้ (Outbursts) เช่น ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายสิ่งของ สูดท้าย่วงเพ็ญจนหลับ แต่เมื่อตื่นขึ้นมาจะมีเหตุการณที่เกดขึ้นไม่ได้ซึ่งภาวะนี้พบได้น้อย

1.6.1.2 Blackouts เป็นภาวะหลงลืมที่เกดขึ้นชั่วขณะในขณะที่เมามากผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมใดๆหรือพูดคุยโต้ตอบได้ตามปกติและผู้อื่นไม่สังเกตเห็นความผิดปกติผู้ป่วยจะไม่มีอาการสับสนหรือสูญเสียระดับการรู้สีกตัว เมื่อสร่างจากการเมามากผู้ป่วยจะจำเหตุการณที่เกดขึ้นไม่ได้ ภาวะดังกล่าวแสดงถึงความรุนแรงในการติดแอลกอฮอล์

1.6.2 ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) จะเกดขึ้นเมื่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีการลดปริมาณการดื่มลงโดยเริ่มเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลงและอาการจะค่อยเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปและปริมาณแอลกอฮอล์จะลดลงเรื่อยๆซึ่งมีอาการเพียงเล็กน้อยเช่นมือสั่น นอนไม่หลับ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอน ระวังเพื่อสับสน (delirium) ชัก (rum fits) โดยอาการเริ่มเกดตั้งแต่ 6-48 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย

1.6.3 1 ภาวะชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal Seizures [Rum fits]) พบได้ร้อยละ 3ของผู้มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์มักพบในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มานานหลายปี ลักษณะการชักเป็นแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (Tonic-Clonic) พบได้ภายใน 12-48 ชั่วโมงภายหลังหยุดดื่ม

1.6.3.2 ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเพื่อสับสน (Alcohol Withdrawal with Delirium) เป็นอาการต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้รับการรักษาและมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่าย ร่วมกับมีอาการสับสน เพ้อ หูแว่ว ประสาทหลอนพบได้บ่อยคือประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile Hallucinations) ซึ่งอาการจะรุนแรงมากในเวลากลางคืนและสงบลงเวลากลางวัน อาการมักรุนแรงภายใน 2-3วัน หลังหยุดดื่มและรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 โดยอาการมักจะดีขึ้นภายใน 10 วัน ซึ่งอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงนี้เป็นความเสี่ยงที่รุนแรงเนื่องจากมีอัตราการตายสูงเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะขาดน้ำ ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายภาวะติดเชื้อต่างๆ การเกิดอุบัติเหตุ และการพยายามฆ่าตัวตาย

1.6.3.3 โรคจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcoholic Psychosis) โดยอาการเกิดขณะใช้หรือทันทีที่หยุดดื่ม ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน (Hallucinations) หรือหลงผิด (Delusion) โดย

อาการประสาทหลอนพบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด มีอาการประสาทหลอนชัดเจน มักจะเป็นทางหู และระบบสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด อาการจะคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแต่ไม่ควรเกิน 6 เดือนมักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มหนัก

1.6.3.4 Korsakoff's Syndrome เป็นภาวะเรื้อรังที่ต่อเนื่องจาก Wernicke's Encephalopathy ที่ไม่ได้รับการรักษาส่งผลให้สมองถูกทำลายและความจำเสีย เกิดจากการขาดวิตามิน B1 (Thiamine) ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ดื่มหนักมานานจะมีปัญหาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและการดูดซึมสารอาหารไม่ดี ผู้ป่วยจะมีอาการความจำผิดปกติดังกล่าวทั้ง Retrograde และ Anterograde Memory ผู้ป่วยอาจมีการสร้างเรื่องขึ้นใหม่จากความจำเสื่อม (Confabulation) ร่วมกับมี neurological deficits โดยระดับสติปัญญายังปกติอยู่

1.6.3.5 Alcohol Induced Persisting Dementia ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักมานานจะมีความผิดปกติจากผลที่ยังคงอยู่ของการดื่มแอลกอฮอล์อาการปรากฏชัดหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 3 สัปดาห์มีอาการของ dementia จะมีความบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) หลายด้านแสดงออกทั้งความจำ (memory) ความผิดปกติในด้านบริหารจัดการ (Executive function) เช่นการวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงการตัดสินใจ การใช้เหตุใช้ผล

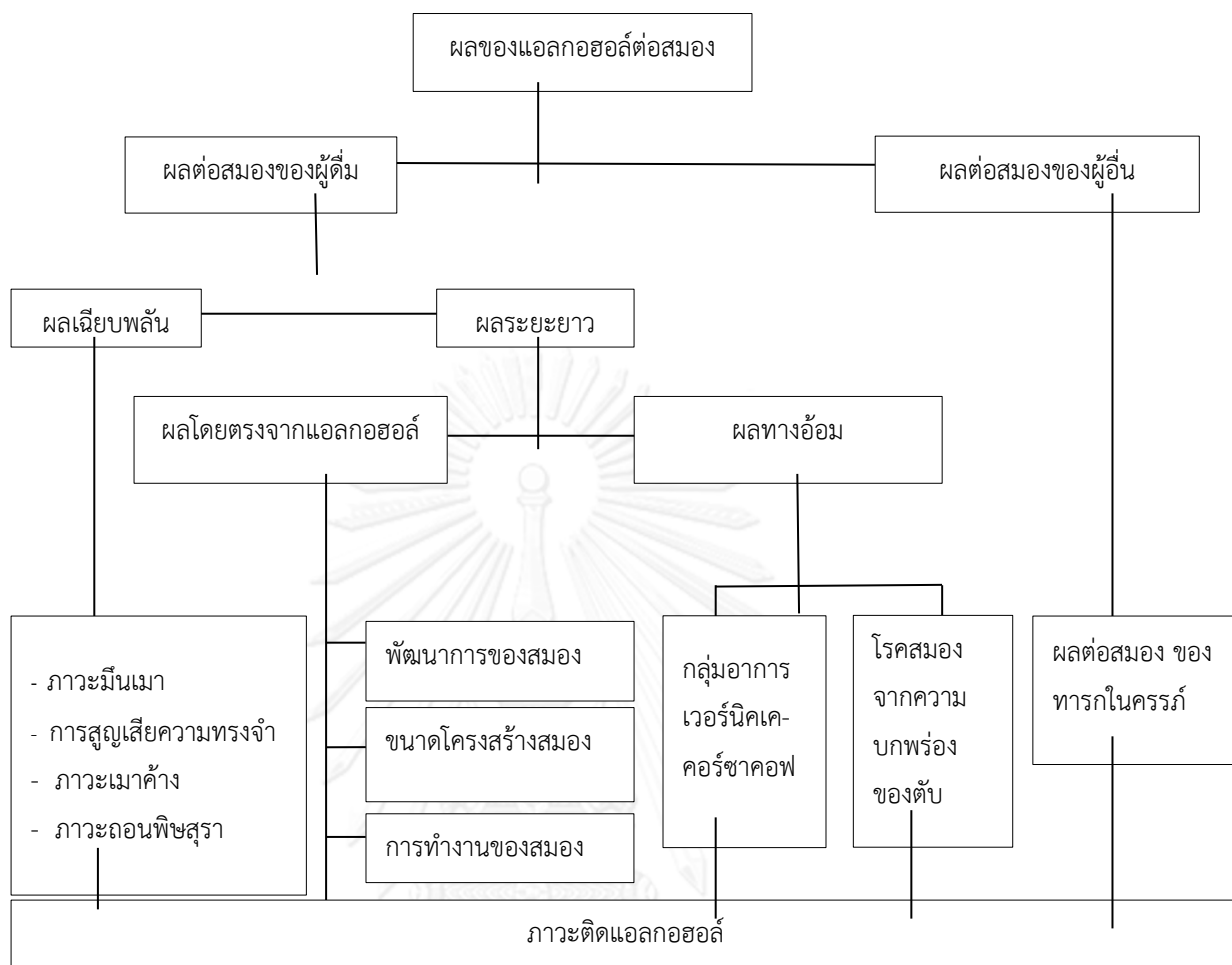
1.7 ผลกระทบของการเสพติดแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสพติดแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตนเอง ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมดังต่อไปนี้

1.7.1. ผลกระทบทางร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกายที่สำคัญ คือระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท ผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ เป็นต้น (พันธุรักษา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาวจะทำให้นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับทั้งคืน และสำหรับผลต่อสมองและระบบประสาท เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยจะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์ครั้นเคร่ง เมื่อระดับแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดอาการเมาแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กดการทำงานของสมองทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ เสียความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียวขาดความยับยั้งชั่งใจในการพูดและการกระทำ ทำให้ผู้ดื่มมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์หนักและดื่มเป็นเวลานาน ถ้าหากหยุดดื่มจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ (Withdrawal Symptoms) มีอาการสั่น (Tremor) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว ถ้าอาการรุนแรง ประสาทอัตโนมัติผิดปกติ มีอาการเพ้อมีอสุ้น เรียกว่า Delirium Tremens ผู้ป่วยจะสับสน มีความผิดปกติของการรับรู้การเข้าใจ มีอาการประสาทหลอนนอนไม่หลับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

1.7.2 ผลกระทบต่อสมองและระบบประสาท เอธิลแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททำให้เกิดอาการมึนเมา สับสน มีความผิดปกติทางจิตคล้ายกับโรคจิตเภท ความจำเสื่อมอย่างรุนแรง (Kaplan & Sadock, 1998) และเกิดอาการแทรก

ซ้อนทางจิตประสาทเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นหลังจากการดื่มในแต่ละครั้งซึ่งจะขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่มในครั้งนั้นๆ ด้วย หลังการดื่มในปริมาณมากๆ พบมีความบกพร่องด้านความจำ ซึ่งรูปแบบที่รุนแรงที่สุดคือ คอรัซาคอฟซินโดรม (Korsakoff syndrome) มีความสัมพันธ์กับการขาดธัยอามีนร่วมกับการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ โดยจะมีอาการความจำเสื่อมในระยะสั้น แต่ความจำระยะยาวและความจำในอดีตจะดีกว่า มีอาการผิดปกติที่สมองส่วนหน้า (frontal lobe syndrome) ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการคิดรวบยอด การวางแผน และการจัดระบบ (Saunders, 2004) โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration) สมองน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษสุรา โดยตรงหรือจากการขาดวิตามินบี 1 สมองส่วนนี้มีหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เขียนหนังสือ จับช้อนตักอาหารเข้าปาก การเสื่อมของสมองส่วนนี้ก็จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ สมองเหี่ยว (Cortical atrophy) ในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรังในระยะหลังๆ จะมีสมองเหี่ยวคือมีการตายของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่ต่างๆ กัน เช่น เกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฉะนั้นอาการที่แสดงออกมาก็จะมีความจำเสื่อม หลงลืมได้ง่าย อารมณ์ เปลี่ยนแปลง โมโหหงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรง และอาจจะเดินเซ ซึ่งมีผลจากช่องน้ำในสมองโตมากขึ้นเพราะสมองเหี่ยว ความคิดอ่านก็จะเสียไป



ภาพที่ 1 ผลกระทบต่อสมองในประเภทต่างๆจากการดื่มแอลกอฮอล์ (ทักษพล ธรรมรังสี และ อรทัย วลีวงศ์, 2014: Online)

1.7.3 **ผลกระทบทางครอบครัว** ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อมเนื่องจากการเสพติดแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความพร่องทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์และความรู้สึก สมาชิกครอบครัวจะได้รับความเครียดโดยตรงจากพฤติกรรมต่างๆ และเกิดความเครียดอย่างเรื้อรังในครอบครัว (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542)

1.7.4 **ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม** ผู้เสพติดสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมากเนื่องจากว่าผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลจากการดื่มสุราที่ผิดปกติทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบต่อสังคมและชุมชนจะเห็นได้จากการขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนจากผู้เสพติดสุรา รวมทั้งเป็นภาระในการดูแลเกิดผลกระทบต่อประเทศชาติ สังคม โดยประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักกลับเป็นซ้ำอีก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

1.8 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ของสถาบันธัญญารักษ์

การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีรูปแบบการบำบัดเป็นการผสมผสานการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายเพื่อเป็นการลดความทุกข์ทรมานและอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการถอนพิษแอลกอฮอล์และการบำบัดทางจิตสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมและมีทักษะในการควบคุมพฤติกรรมกระตุ้นหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งกระบวนการรักษามี 4 ขั้นตอนดังนี้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2544)

1.8.1 ขั้นระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นระยะแรกของกระบวนการรักษาเป็นขั้นตอนการเตรียมผู้เสพติดแอลกอฮอล์และครอบครัวให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และครบระยะเวลาที่กำหนดโดยให้คำแนะนำถึงขั้นตอนในการรักษาจากนั้นจะมีขั้นตอน การซักประวัติ การประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการคัดกรองผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพื่อเข้ารับการรักษา

1.8.2 ขั้นระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกาย เน้นการรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์บรรเทาจากความไม่สุขสบายและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของอาการขาดแอลกอฮอล์ร่วมกับการได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมๆกันโดยใช้กิจกรรมกลุ่มบำบัด การเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ตั้งใจในการรักษา ขณะเดียวกันได้ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

1.8.3 ขั้นระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) ใช้ระยะเวลา 4 เดือนการรักษาขั้นนี้ถือเป็นขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญโดยมุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรมรวมถึงค้นหาปัญหาต่างๆที่เป็นสาเหตุให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ การดำเนินการรักษามุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้กระบวนการของกลุ่ม (group therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จิตบำบัด (psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) มีการฝึกทักษะให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีทักษะ (skill) ที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมและสามารถควบคุมพฤติกรรมกระตุ้นหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์เมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัว

1.8.4 ขั้นระยะการติดตามการรักษา (After phase) เป็นขั้นตอนสุดท้ายและเป็นขั้นตอนที่สำคัญวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ โดยการติดตามให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ใช้ระยะเวลาในการติดตามการรักษา 1 ปี

1.9 การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์

การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็นการพยายามที่จะดูแลให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์สามารถลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์และสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่ใช้แอลกอฮอล์ ดังนั้นการพยาบาลจึงมีความหมายครอบคลุมถึงการดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ทั้งขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลับไปอยู่ที่บ้านโดยการพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ขณะอยู่โรงพยาบาลจะแก้ไขที่ตัวผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนความคิดของครอบครัวและสังคมที่อยู่รอบตัวผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์ได้อย่างตรงกับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล โดยการพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์

สามารถใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จนเกิดประโยชน์ต่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์สูงสุด ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (ฉวีวรรณ ปัญญา 2545: 222-226)

1.9.1 การประเมินสภาพผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (Assessment) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ ดังนี้

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์อยู่ในความดูแลของพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เสพติดแอลกอฮอล์สภาพของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่สำคัญได้แก่ อาการขาดยา ภาวะสุขภาพทางร่างกาย พฤติกรรม และอารมณ์ การยอมรับการบำบัดโอกาสในการติดยาเสพติดที่เอื้ออำนวยต่อการหาย

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการประเมินสภาพและค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จัดให้เป็นระบบเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล

1.9.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินสภาพของผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพยาบาลเนื่องจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ชัดเจนและเชื่อถือได้สามารถชี้ให้เห็นทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นภาวะเสี่ยงและอาจเป็นปัญหาเป็นความเข้มแข็งหรือจุดเด่นของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่จะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การประเมินสภาพทางการพยาบาลยาเสพติดเป็นการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพที่ได้จากการบอกเล่า สังเกต และตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้คือการสังเกต การสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลที่สำคัญได้จากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ญาติพี่น้อง เอกสารเพิ่มประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสภาพดังกล่าว พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ทางการพยาบาลยาเสพติดอย่างมากโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาปัญหาและความต้องการของผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล

1.9.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการกำหนดโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพการลำดับความสำคัญของปัญหาเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือเลือกสรรวิธีการหรือกิจกรรมที่จะปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้มีเกณฑ์การตรวจสอบผลของการปฏิบัติทุกขั้นตอนจะเกี่ยวข้องกันอย่างมีเหตุผลเป็นขั้นตอนที่มีความชัดเจน กะทัดรัดเป็นระบบ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป การวางแผนการพยาบาลเป็นกระบวนการตัดสินใจโดยใช้ความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจกับแนวทางในการปฏิบัติซึ่งเป้าหมายในการวางแผนการพยาบาลคือ ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการพยาบาลช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพและทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ การวางแผนการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องพิจารณาปัญหาและความต้องการตามศักยภาพ และแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์อยู่คือ ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็นศูนย์กลางในการวางแผนการพยาบาลซึ่งหลัก ในการวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องตระหนักถึงหลักในการกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์เสมอ ซึ่งการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย

1) การประเมินสภาพได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนด ปัญหาและความต้องการของผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยนำความรู้ด้านการพยาบาลและแนวทางอื่นๆ มาเป็นแนวทางในการพิจารณา

2) เขียนรายงานที่เป็นปัญหาต่างๆทั้งที่เป็นปัญหาการพยาบาลและของผู้เสพติด แอลกอฮอล์โดยพิจารณาถึงปัญหาที่ต้องให้ความช่วยเหลือทันทีที่วางแผนและให้การช่วยเหลือโดยไม่ต้องรอให้เก็บข้อมูลอื่นครบถ้วน

3) ทำความกระจ่างกับปัญหาเพื่อยืนยันความถูกต้องน่าเชื่อถือโดยพิจารณาว่า ปัญหานั้นมีข้อมูลเพียงพอหรือไม่ที่จะสรุปประเด็นปัญหาหรือข้อสงสัยที่ต้องการเวลาและข้อมูล สนับสนุนต่อไป

4) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับผู้เสพติดแอลกอฮอล์หรือครอบครัว

5) จัดลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามความเร่งด่วนของการช่วยเหลือ

6) กำหนดวัตถุประสงค์ที่นำไปสู่เป้าหมายของการพยาบาลโดยกำหนดวัตถุประสงค์ ระยะสั้นที่สามารถวัดและตรวจสอบได้ส่วนวัตถุประสงค์ระยะยาวจะนำไปสู่เป้าหมายในการพัฒนาผู้ เสพติดแอลกอฮอล์อย่างเต็มศักยภาพในแต่ละราย

7) การกำหนดกิจกรรมของพยาบาลหรือการช่วยเหลือหมายถึง การอธิบายถึง วิธีการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิต สังคมเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดการกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาลควรใช้คำกริยาที่สามารถ ปฏิบัติได้อาจเรียกกิจกรรมการพยาบาลว่าการเขียนคำสั่งทางการพยาบาล (Nursing Order) และ กิจกรรมการพยาบาลควรครอบคลุมทั้ง 4 บทบาทของพยาบาลคือ การส่งเสริม การป้องกัน การดูแล รักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

8) ทำความกระจ่างกับการประเมินผลสำเร็จซึ่งเพิ่มการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังการปฏิบัติทางการพยาบาลแล้วจะเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์พร้อมกลับสู่สังคมได้หรือไม่ การวางแผนการพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ทำให้พยาบาลมีเป้าหมายให้การพยาบาลที่สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลการวางแผนการพยาบาลที่ดีต้องให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และนักบำบัดอื่นมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลต้องสอดคล้องกับ แผนการรักษาเน้นการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลที่เป็นไปได้โดยยึดผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็น ศูนย์กลาง

1.9.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) คือการกระทำต่างๆที่ต้องใช้ การตัดสินใจและทักษะเฉพาะโดยประยุกต์ความรู้และหลักการทางการพยาบาลที่เป็นความรู้ทาง วิทยาศาสตร์ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมพื้นฐานโดยปฏิบัติดังนี้

1) รับผิดชอบดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาสุขภาพประเมินสังเกตอาการให้ การพยาบาลและบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องชัดเจน

2) ป้องกันการเจ็บป่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี ดำรงรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย

3) แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

4) ให้อาและดูแลตามการรักษาของแพทย์

5) การปฏิบัติการพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็นการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางที่ต้องตัดสินใจรวดเร็วมีทักษะเฉพาะมีการนำความรู้ด้านต่างๆมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดความมั่นใจมีความรู้สึกลดอคัยรวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและผลกระทบที่เกิดจากการเสพติดแอลกอฮอล์

1.9.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล การพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้เกณฑ์การประเมิน ในกรณีที่ไม่เป็นตามกำหนดจะต้องค้นหาว่าเกิดจากสาเหตุใดอาจมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลผิดพลาด การกำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลไม่เหมาะสมกับสภาพของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ต้องมีการค้นหาข้อมูลใหม่ วิเคราะห์วางแผน นำไปปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลอีกครั้ง

โดยสรุป การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์พยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้เสพติดแอลกอฮอล์

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพร่องทางการรู้คิด

ความสามารถในการรู้คิด มีคำใช้เรียกแตกต่างกัน เช่น การรู้การเข้าใจ พุทธิปัญญา สติปัญญา เป็นต้น ซึ่งแต่ละคำมีความหมายเดียวกัน ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า การรู้คิด ตามการให้นิยามของ ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540)

2.1 ความหมายของความสามารถในการรู้คิด

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540) ความสามารถในการรู้คิด (Cognition) ทางจิตวิทยามีความหมายโดยรวม คือ กระบวนการทางจิต (Mental Process) ด้านความรู้ ความจำ การประมวลข้อมูลข่าวสาร การศึกษาหาความรู้ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และการวางแผนในอนาคต

สมภพ เรื่องตระกูล (2547) กล่าวว่า ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง ความสามารถของสมองในการทำหน้าที่เกี่ยวกับ สมาธิ (Attention) การใช้ภาษาพูด (Language) การมองภาพ 3 มิติ (Visuoconstructive ability) การเรียนรู้ (Learning) และความจำ (Memory) และหน้าที่ในเชิงบริหารจัดการ (Executive Function)

อรุณสิทธิ์ เวชชาชีวะ (2550) กล่าวว่า ความสามารถในการรู้คิดหมายถึงการทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้สัมผัส (Perception) ความใส่ใจ (Attention) การเรียนรู้ (Learning) การคิด (Thinking) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) จินตนาการ (Imagination) การตัดสินใจ (Judgment) มิติทัศน์ (Visuo-spatial function) และหน้าที่เชิงบริหาร (Executive Function)

กนกรัตน์ สุขะตุ่งคะ (2556) กล่าวว่า ความสามารถในการรู้คิดหมายถึงกระบวนการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความจำ และข่าวสาร ทำให้คนเกิดความรู้ การแก้ปัญหาและการวางแผนในอนาคตได้

Matlin, 1989 (cited in Evert & Oscar-Berman, 1995) กล่าวว่า ความสามารถในการรู้คิดหมายถึงกระบวนการทางจิต ประกอบด้วย การแสวงหา (acquisition) กระบวนการขั้นตอน (Processing) การเก็บรวบรวมข้อมูล (storage) การดึงข้อมูลกลับมาใช้ (retrieval) เป็นการทำงานประกอบด้วยทักษะหลายประการ รวมถึงประสาทสัมผัสที่ใช้รับรู้สิ่งรอบตัว ความจำ (memory) จินตนาการ การใช้เหตุผล (logical thinking) การใช้และความเข้าใจภาษา (verbal ability) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจ

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง กระบวนการความสามารถในการทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงเกี่ยวกับกระบวนการทางความคิด ประกอบด้วยความรู้ เซาว์ปัญญา ความฉลาด การรับรู้เรียนรู้ ความเข้าใจ (Comprehension) การตัดสินใจ (Judgment) ความจำ (Memory) และการใช้เหตุผล (Reasoning) การจินตนาการ การวางแผน การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การแก้ปัญหา

2.2 องค์ประกอบของความสามารถในการรู้คิด

องค์ประกอบของความสามารถในการรู้คิด ประกอบไปด้วย การรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) หน้าที่ในเชิงบริหาร (Executive Function) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) และการรับรู้สัมผัส (Perception) เป็นต้นมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การรับรู้ (Orientation) ความรู้สึกตัวหรือการตื่นตัวของบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับบุคคล เวลา สถานที่ และสถานการณ์นั้นๆ โดยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งเป็นตัวที่บ่งบอกถึงความรู้สึกตัวและการรับรู้สิ่งแวดล้อม (Strub & Black, 2000)

2.2.2 การจดจำ (Registration) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการความจำ ต้องอาศัยการทำงานของตัวรับความรู้สึก (Receptor) ต่างๆและมีการบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสของร่างกายแล้วส่งข้อมูลไปยังวิถีประสาทสำหรับภาพหรือรับเสียง จนถึงบริเวณที่รับและแปลความรู้สึกของซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) เกิดเป็นความจำในช่วงสั้นๆ ที่ข้อมูลส่งเข้ามาที่ตัวรับและส่งเข้าระบบประสาทส่วนกลาง เรียกว่าความจำการรับความรู้สึก (Sensory Memory) การบันทึกให้ได้ผลดีต้องมีองค์ประกอบ ได้แก่ การมีสมาธิ ความตั้งใจจดจ่อ (ราตรี สุดทรง, 2539)

2.2.3 ความใส่ใจ (Attention) การเลือกที่จะรับการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งและไม่สนใจสิ่งกระตุ้นอื่นซึ่งต้องอาศัยการทำงานของสมองหลายส่วนร่วมกันและเก็บข้อมูลที่รับรู้ไว้เป็นความจำระยะสั้นและแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้นเมื่อเก็บไว้นานจึงเปลี่ยนเป็นความจำระยะยาว สมาธิเกิดจากการทำงานของสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (cerebral cortex) ได้แก่ ส่วนประสาทรับความรู้สึกที่มีเส้นใยประสานกันเป็นร่างแห (Reticular formation) Thalamus และสมองส่วน Parietal lobe และ Frontal lobe โดยเฉพาะ Association cortex ซึ่งอยู่ใกล้กับ Primary sensory areas และมีหน้าที่ส่งทอดข้อมูลต่อไปเพื่อกระบวนการรับรู้เป็นการกระตุ้นการรับรู้ต่อสิ่งเร้าภายนอกจากสิ่งแวดล้อม เมื่อสมองส่วน Frontal lobe ได้รับความกระทบกระเทือนหรือถูกทำลายจะมีการทำลายส่วน Prefrontal association cortex ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องกับเรื่องการรู้คิดดังนั้นผู้ป่วยจะสูญเสียความตั้งใจไม่มีสมาธิในการทำงานหันเหความสนใจได้ง่าย ไม่ใส่ใจตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมมีอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และ Irritability แสดงพฤติกรรมไม่

สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมีการศึกษาโดยใช้ PET scan โดยให้ผู้ถูกทดสอบถูกกระตุ้นทั้งทางตา หู และร่างกาย แต่ต้องการตั้งใจรับรู้หรือมีสมาธิเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปมากเช่นการเกิดสมาธิต่อการกระตุ้นทางตาจะเพิ่มการทำงานของ Visual association, Cortex, Frontal eye field และบางส่วนของ Parietal cortex และเมื่อเบนความสนใจไปสู่การกระตุ้นอื่น Primary และ Association area ของการรับกระตุ้นนั้นๆจะเพิ่มการทำงานมากขึ้น การส่งกลุ่มข้อมูลจากกลุ่ม Nuclei ต่างๆ ของก้านสมองและ Basal forebrain ไปยัง cerebral cortex มีความสำคัญต่อการเกิดสมาธิ Nuclei เหล่านี้จะใช้สารสื่อประสาทหลายอย่าง เช่น Serotonin จาก Raphe nuclei นอร์อิพิเนเฟริน จาก locus coeruleus โดปามีนจาก substantia nigra และ ventral tegmental area สารสื่อประสาทเหล่านี้มีความสำคัญสำหรับการเกิดสมาธิ (ราตรี สุตทรวง, 2539)

2.2.4 การคำนวณ (Calculation) เป็นการทำงานของสมองระดับสูง (Higher cognitive functions) เป็นกระบวนการทางปัญญาที่ซับซ้อน เป็นการทำงานของสมองหลายส่วนประกอบกัน เกี่ยวข้องกับการเข้าใจสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์, การแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ เช่น การบวก, การลบ, การคูณ และการจัดเรียงตัวเลข (Strub & Black, 2000)

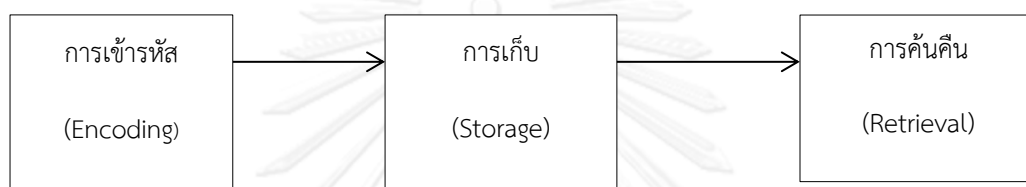
2.2.5 ด้านภาษา (Language) ภาษาเป็นเครื่องมือพื้นฐานที่มนุษย์ใช้ติดต่อสื่อสาร การใช้ภาษาเป็นกระบวนการอันซับซ้อนประกอบด้วย การสร้างคำ การเลือกคำ และการเรียงคำ การประเมินด้านภาษาเป็นการประเมินส่วนประกอบที่สำคัญของภาษาและการพูด ประกอบด้วย การประเมินความคล่องในการพูด (Verbal Fluency) คือการประเมินความสามารถในการพูดจำนวนคำที่พูดออกมาได้ต่อหน่วยเวลา ความเข้าใจภาษา (Comprehension) การพูดทวนซ้ำหรือการพูดตาม (Repetition) และการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (Naming) การใช้ภาษาพูดโดยการอ่านและการเขียน (Strub & Black, 2000)

2.2.6 การระลึกได้ (Recall) คือการที่สามารถระลึกสิ่งที่เรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยสามารถสร้างเหตุการณ์ต่างๆจากความจำโดยไม่มีเหตุการณ์นั้นปรากฏตรงหน้าเป็นการถ่ายทอดสิ่งที่ได้จำไว้ออกมาด้วยการบอกเล่าอย่างถูกต้องโดยไม่เห็นสิ่งนั้นในขณะนั้น

2.2.7 หน้าที่ในเชิงบริหารจัดการ (Executive Function) เป็นความสามารถการใช้เหตุผลและการตัดสินใจ การใช้ความคิดเชิงนามธรรม มีการริเริ่มวางแผนการทำงานและติดตามผลงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งความสามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ต้องอาศัยการทำงานที่ของสมองที่สำคัญหลายอย่างร่วมกัน ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การวางแผนจัดขั้นตอนการกระทำ การตรวจสอบผลของแต่ละขั้นตอน และการปรับเปลี่ยนการกระทำให้เหมาะสมการใช้เหตุผลและการตัดสินใจเกิดจากระบบประสาทหลายบริเวณ ถูกกระตุ้นพร้อมกันที่สำคัญคือ Cerebral cortex, Thalamus, Limbic system และ Reticular formation ส่วนบนซึ่ง, Thalamus, Limbic system และ Reticular formation จะเกี่ยวข้องกับ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจหยาบๆแต่ Cerebral cortex จะเกี่ยวข้องกับเรื่องทีละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับการวางแผนสำหรับอนาคตและการแก้ปัญหาและการจัดหน้าที่ของสมองให้ตรงตามที่วางไว้และทำหน้าที่เก็บข้อมูลชั่วคราวแล้วนำมาสัมพันธ์กับความคิดขั้นสูงต่อไป

2.2.8 ความจำ (Memory) เป็นความสามารถของสมองที่จะเก็บรักษาข้อมูลไว้และเมื่อ

มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ข้อมูลก็สามารถดึงข้อมูลเหล่านั้นออกมาใช้ได้เป็นการคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเข้าไปในสมองกระบวนการที่ทำให้เกิดความจำประกอบด้วย การเข้ารหัส (Encoding) ทำหน้าที่รับข้อมูลโดยผ่านประสาทรับความรู้สึกในรูปแบบต่างๆ แล้วแปลงเป็นรหัสเพื่อให้จำง่าย การเก็บรหัส (Storage) เป็นการคงอยู่ของข้อมูลในหน่วยความจำ ทำหน้าที่เก็บรักษารหัสข้อมูลในระยะเวลาที่แตกต่างกัน การถอดรหัส (Retrieval) เป็นการค้นหาข้อมูลที่เก็บไว้และนำออกมาใช้ (สุวรี ศิวะแพทย์, 2549) ซึ่งกระบวนการนี้ต้องอาศัยสมรรถภาพพื้นฐานของสมองด้านสมาธิ ภาษาและการรับรู้ ความจำเกิดได้โดยอาศัยสมองส่วน Hippocampus กระตุ้น Parieto-occipital-temporal cortices ให้เก็บข้อมูลต่างๆไว้เรียกว่า กระบวนการ Memory consolidation process ซึ่งเป็นบริเวณที่เก็บความทรงจำถาวร



ภาพที่ 2 กระบวนการพื้นฐานของความจำ (Lefton, 1992 อ้างถึงใน จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ, 2544)

2.2.8.1 กระบวนการทั่วไปที่ทำให้เกิดความจำ (ราตรี สุตทรวง, 2539)

1) การบันทึกความจำ (Record or Registration) ต้องอาศัยการทำงานของตัวรับความรู้สึก ต่างๆ เช่น จากจอตาเพื่อรับภาพ จาก Organ of cortri เพื่อรับเสียง ส่งต่อข้อมูลขึ้นไปยังประสาทรับภาพหรือเสียง จนถึงบริเวณที่รับและแปลความรู้สึกของ Cerebral cortex

2) การเก็บรวบรวมความจำ (Storage) การเก็บความจำนั้นขึ้นสมองหลายบริเวณ ซึ่งรวมถึงการทำงานของระบบรับรู้สติเพื่อให้สมองตื่นตัวดี เพราะถ้าสมองไม่ตื่นตัวจะไม่สามารถเก็บความจำได้

3) การระลึกได้ (Recall) ในเวลาต่อมาซึ่งต้องอาศัยกลไกการทำงานของสมองหลายอย่างที่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนในปัจจุบัน

2.2.8.2 ชนิดของความจำแบ่งได้ดังนี้ (ราตรี สุตทรวง, 2539)

1) ความจำรับความรู้สึก (Sensory memory) หมายถึงความจำในช่วงสั้นๆ ที่ข้อมูลส่งเข้ามาที่ตัวรับและส่งเข้าระบบประสาทส่วนกลาง

2) ความจำระยะสั้นหรือความจำชั่วคราว (Short-term memory, Temporary stored หรือ Recent memory) เป็นความจำช่วงเวลาสั้นๆ คงอยู่ประมาณ 2-3 นาทีจะลืมไปเมื่อมีข้อมูลใหม่เข้ามาและสามารถคงอยู่ได้นานโดยการชักซ้อมหรือทบทวนหลายครั้ง

3) ความจำระยะยาวหรือความจำถาวร (Long-term memory, Permanent stored หรือ Remote memory) เป็นความสามารถของระบบประสาทที่จะจำได้เป็นระยะเวลานานๆ เป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นปี เช่น จำชื่อตนเอง จำตัวเลข ความจำระยะยาวบางครั้งแบ่งเป็น secondary memory คือจำได้ 2-3 นาที ถึง 2-3 วัน ซึ่งอาจเรียกว่า Recent memory ส่วนความจำที่นานตลอดชั่วอายุอาจเรียกว่า Tertiary memory

2.2.9 การเรียนรู้ (Learning) หมายถึงการแสวงหา (Acquisition) และการเก็บ (Retention) ข้อมูลที่ได้รับผ่านทางอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ โดยส่งผ่านข้อมูลไปที่สมองส่วน cerebral cortex เพื่อแปลข้อมูลที่ได้รับเพื่อการเรียนรู้วิเคราะห์และเก็บเป็นความจำสะสม ระบบประสาทสามารถเก็บและรำลึกข้อมูลได้โดยหน้าที่ทางความจำกระบวนการเรียนรู้เป็นการแสวงหาข้อมูลต่างๆ เพื่อให้เกิดประสบการณ์และนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยาของสมอง การทำซ้ำๆ จะส่งผลให้การเรียนรู้ได้ผลและมีประสิทธิภาพ

2.2.9.1 วิธีการเรียนรู้ มีหลายวิธี (ราตรี สุดทรง, 2539)

1) การเลียนแบบเป็นการเรียนรู้โดยการเห็นและทำตามโดยไม่จำเป็นต้องเข้าใจความหมาย

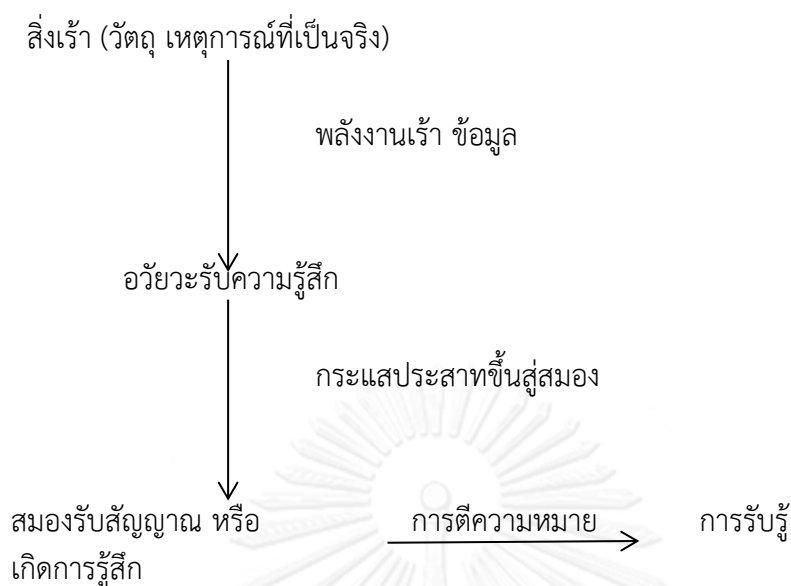
2) ความเคยชิน (Habituation) เกิดจากการใช้สิ่งกระตุ้นซ้ำๆ เมื่อมนุษย์ได้รับสิ่งกระตุ้นใหม่ๆ ระยะเวลาแรกจะมีความตื่นตัวและสนใจสิ่งกระตุ้นนั้น ถ้ากระตุ้นซ้ำๆ การตอบสนองจะค่อยๆ ลดลง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งกระตุ้นเรียกว่าความเคยชิน ในทางตรงข้ามการกระตุ้นซ้ำๆ ทำให้การตอบสนองเพิ่มมากขึ้น เรียกว่า sensitization ทั้ง Habituation และ sensitization จัดเป็น non-associative learning คือมีสิ่งกระตุ้นอย่างเดียว

3) การเรียนรู้โดยการฝึก (Conditioning) ตัวอย่างที่สำคัญของการเรียนรู้โดยการฝึก ได้แก่การทดลองของ Pavlov (1927)

4) การลองและความผิดพลาด (Tried and Error) เป็นการเรียนรู้ที่ควบคู่กับการให้รางวัล (Reward) และการลงโทษ (Punishment)

5) การเรียนรู้จากการรับรู้ (Perceptual) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสาทรับความรู้สึกพิเศษรับรู้สิ่งกระตุ้นและสามารถแยกความแตกต่างในสัญญาณและความหมาย เช่นการแยกเสียงพูดจากเสียงดนตรี แยกวัตถุหนักเบา ซึ่งวิธีนี้มีความสำคัญในการเรียนรู้วิชาการต่างๆ

2.2.10 การรับรู้สัมผัส (Perception) การรับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวผ่านอวัยวะรับความรู้สึก (Sense Organ) ที่มีหน้าที่คอยรับข้อมูลได้แก่สิ่งเร้า (Stimulus) และแปรเป็นกระแสประสาทเดินทางเข้าสู่สมองจะเกิดการรู้สึก โดยข้อมูลจะอยู่ในรูปพลังงานต่างๆ เช่นความร้อน แสง เสียง อวัยวะรับความรู้สึกแต่ละชนิดจะรับพลังงานได้เฉพาะ การรับรู้จึงเป็นขบวนการขั้นสูง ถ้าไม่มีอวัยวะรับความรู้สึกจะเกิดการรับรู้ไม่ได้ และถ้ามีอวัยวะรับความรู้สึกแต่ไม่มีการตีความออกมาก็ไม่เกิดการรับรู้ การตีความสิ่งที่เรารู้สึกต้องอาศัยประสบการณ์ อารมณ์ และยังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การเรียนรู้ แรงจูงใจ และเจตคติ เป็นต้น



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงขบวนการรับรู้ (ราตรี สุดทรง, 2539)

จากการอธิบายความสามารถในการรู้คิด ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการทำหน้าที่ขององค์ประกอบแต่ละส่วนมีความแตกต่างกัน และในการศึกษาครั้งนี้องค์ประกอบของความสามารถในการรู้คิดประกอบไปด้วย การทำงานของสมองเกี่ยวกับ primary cognitive skills ได้แก่ attention, language, memory and perception การรับรู้สัมผัส ความจำ

2.3 ลักษณะของความผิดปกติทางการรู้คิด

จากรูรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2544) กล่าวว่า

ความผิดปกติทางการรู้คิดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของสมองทำให้กลไกการทำงานที่ต่างๆ ของสมองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง จนมีลักษณะบางอย่างคล้ายคลึงกับอาการผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า มีลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้แบ่งประเภทของความผิดปกติทางการรู้คิด ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV (APA, 1994) จำแนกออกเป็น 3 ประเภทคือ

a) ภาวะเพ้อ (delirium) ลักษณะอาการสำคัญคือ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรู้คิด ความเข้าใจ และการแปรปรวนของสติสัมปชัญญะ ความสามารถและความสนใจการทําส่งต่างๆ ลดลง ความจำบกพร่อง การรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลผิดพลาด การพูดผิดปกติ อาการเกิดในช่วงสั้นๆ เปลี่ยนแปลงขึ้นลงในช่วงเวลาของวัน

b) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ลักษณะอาการที่สำคัญ มีการบกพร่องของการรู้คิดที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นชัดเจน โดยเฉพาะความจำ มีอาการความจำบกพร่อง เสื่อมลง หรือ จำไม่ได้ (amnesia) และมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่างได้แก่ การใช้ภาษาผิดปกติ (Aphasia) การเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างที่ควรจะเป็น (Apraxia) บอกสิ่งที่รับรู้ไม่ได้ (Agnosia) ไม่สามารถคิดวางแผนหรือปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันการทำงาน

และการประกอบกิจกรรมทางสังคม ภาวะสมองเสื่อมจะเกิดต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไปและยากที่จะฟื้นฟูหาย

c) ภาวะความจำผิดปกติ (amnesic disorder) ลักษณะสำคัญ มีความบกพร่องของความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว

จารุวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2544) กล่าวถึงลักษณะอาการที่พบในผู้ที่มีความผิดปกติทางการรู้คิด ได้แก่ สติสัมปชัญญะแปรปรวน ความจำเสื่อม การรับรู้แปรปรวน ความคิดแปรปรวน อารมณ์แปรปรวน และพฤติกรรมแปรปรวน ดังนี้

2.3.1 สติสัมปชัญญะแปรปรวน (Disturbance of Consciousness) เป็นลักษณะสำคัญของภาวะเพื่ออาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นกับความรุนแรงของการถูกทำลายที่เนื้อสมอง มีลักษณะดังนี้

2.3.1.1 ภาวะสับสน (Confusion State) เป็นภาวะงุนงง ฉงนสงสัย นึกไม่ออก จำไม่ได้ การรู้จักตนเองและความเป็นไปรอบตัวไม่แจ่มชัด บอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลผิดพลาด (disorientation)

2.3.1.2 สะลึมสะลือ (clouding of consciousness) ความรู้สึกตัวเลื่อนราง เชื่องซึม สายตาว่างเปล่า ขาดความสนใจเหตุการณ์รอบตัว

2.3.1.3 สติสัมปชัญญะไม่คงที่ (fluctuation of consciousness) ความรู้สึกตัวไม่คงที่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาระหว่างวัน บางเวลารู้ตัว บางเวลาสับสน ตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกไม่เต็มที่

2.3.2 ความจำเสื่อม (disorder of memory) เป็นลักษณะสำคัญผู้มีภาวะสมองเสื่อมพบได้ในผู้มีภาวะเพื่อ ลักษณะความจำเสื่อมจำแนกได้เป็น การลืม และการสูญเสียความจำบางส่วน

2.3.2.1 การลืม (amnesia) แบ่งเป็น

a) การลืมช่วงหลังเกิดเหตุการณ์ (anterograde amnesia) คือการลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent memory) เช่น รับประทานอาหารมื้อกลางวันได้ไม่นานเมื่อถามจะบอกอย่างไรไม่ได้รับประทาน เป็นต้น

b) การลืมช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ หรือลืมเรื่องราวในอดีต (retrograde amnesia) เช่นจำเหตุการณ์ก่อนถูกรถชนไม่ได้ เป็นต้นซึ่งลักษณะความจำเสื่อมของผู้มีภาวะเพื่อและภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่พบว่า ระยะแรกจะจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดไม่ได้ก่อนต่อมาจะจำเหตุการณ์ในอดีตไม่ได้

2.3.2.2 การสูญเสียความจำบางส่วน มีอาการจำเรื่องราวบางช่วงไม่ได้แต่จะต่อเติมเรื่องราวที่ขาดหายไปขึ้นมาเอง (confabulation) ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ แต่จะเล่าเรื่องราวโดยผูกกับความจำเดิมที่มีอยู่ แล้วเติมส่วนที่หายไปทั้งที่ส่วนนั้นไม่เกิดขึ้นจริง เมื่ออาการรุนแรงความจำในอดีตบางส่วนจะเสื่อมลงไปด้วย

2.3.3 การรับรู้แปรปรวน (disorder of perception) พบได้ทั้งผู้ที่มีอาการเพื่อและอาการสมองเสื่อม อาการที่พบได้แก่

a) ภาพหลอน (visual hallucination) การมองเห็นภาพขึ้นมาเองโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก

- b) หูแว่ว (auditory hallucination) การที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงต่างๆโดยผู้อื่นไม่ได้ยิน
- c) การได้กลิ่นแปลกๆ (olfactory hallucination) การที่ผู้ป่วยได้กลิ่นต่างๆโดยผู้อื่นไม่ได้กลิ่น
- d) การรับรู้รสแปลกๆ (gustatory hallucination) รู้สีกว่าอาหารหรือเครื่องดื่มมีรสแปลกๆ แตกต่างไปจากการรับรู้รสของผู้อื่น
- e) การรับสัมผัสแปลกๆทางผิวหนัง (tactile hallucination) เช่นรู้สึกเหมือนมีตัวอะไรไต่อยู่ตามร่างกาย ปวดแสบปวดร้อน รู้สึกชู่ซ่าตามผิวหนัง เป็นต้น

2.3.4 ความคิดแปรปรวน (disorder of thinking) เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการจัดระบบและกระแสดความคิด พบมากในผู้ที่มีภาวะเพ้อมากกว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

2.3.4.1 ความคิดไม่ต่อเนื่องขาดความเชื่อมโยงในเรื่องราวและเหตุผล (Loosening of association) ไม่มีลำดับขั้นตอนของเหตุการณ์ เปลี่ยนเรื่องจากรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งเร็ว พบได้ทั้งผู้ที่มีอาการเพ้อและสมองเสื่อม

2.3.4.2 ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) เป็นการพูดเป็นคำ ประโยค หรือพยางค์ที่ไม่มีความสอดคล้องกัน หรือพูดววนไม่สามารถสื่อความหมายได้ พบได้ทั้งผู้ที่มีอาการเพ้อและสมองเสื่อม

2.3.4.3 ความคิดซ้ำๆ (perseveration) การพูดซ้ำติดต่อกันโดยไม่มี ความหมาย แม้จะเปลี่ยนเรื่องพูดผู้ป่วยยังคงวกกลับมาพูดต่อด้วยคำหรือประโยคเดิม พบได้ทั้งผู้ที่มีอาการเพ้อและสมองเสื่อม

2.3.4.4 ความคิดเชื่องช้า (retardation of thought) ลักษณะการพูดโต้ตอบช้า ถาม คำถามช้า ตัดสินใจช้า มักช้าทั้งคำพูดและการเคลื่อนไหว พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.3.4.5 ความคิดหยุดชะงัก (blocking) มีอาการหยุดชะงักในขณะที่พูด ไม่สามารถพูดเรื่องเดิมต่อได้คิดไม่ออก จำไม่ได้ว่าพูดเรื่องอะไรก่อนหน้านั้นหรือลืมเรื่องที่เพิ่งพูดไป

2.3.4.6 ความคิดหลงผิด (delusion) เป็นความคิดที่ไม่อยู่ในความจริง

2.3.4.7 ความคิดเชิงนามธรรม (concrete thinking) การไม่สามารถคิดเชิงนามธรรมได้ (abstract thinking) การรับรู้ทางประสาทสัมผัสโดยตรง แต่ไม่เข้าใจความหมายของสิ่งที่รับรู้ โดยเฉพาะความหมายของสัญลักษณ์ ตัวเลข เครื่องหมายต่างๆ คิดเป็นระบบเป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนไม่ได้ และไม่สามารถพิจารณาไตร่ตรองสิ่งใดอย่างลึกซึ้ง พบได้มากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.3.5 อารมณ์แปรปรวน ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้น (labile mood) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเพ้อ

2.3.6 พฤติกรรมแปรปรวน แสดงออกโดยเฉพาะพฤติกรรมเคลื่อนไหวแตกต่างไปจากเดิม คือ มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นหรือลดลง ดังนี้

2.3.6.1 พฤติกรรมเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ได้แก่อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง (agitation) กล้ามเนื้อสั่นกระตุก อาจมีอาการเคลื่อนไหวมากแบบคลั่งในผู้ที่มีภาวะเพ้อ ส่วนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีพฤติกรรมอยู่นิ่งไม่ได้ ไม่ยอมนอนกลางคืน มีพฤติกรรมซ้ำๆ

2.3.6.2 พฤติกรรมเคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ มีปฏิกิริยาโต้ตอบน้อยลง เชื่องช้า หรือซึมเฉยจนถึงขั้นไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบแม้ว่าอวัยวะต่างๆ ยังเป็นปกติในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.4 ภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

จารุวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2544) กล่าวว่า Dementia คือภาวะที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยของสมองไปเรื่อยๆ เกี่ยวกับความรู้ มี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพ และรุนแรงจนกระทบกระเทือนกับการใช้ชีวิตประจำวัน แตกต่างออกไปจากการลืมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจะจำเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ รวมทั้งสิ่งที่ตัวเองกระทำ อาการจะเลวลงเรื่อยๆ จนกระทั่งพูดเป็นประโยคไม่ได้

สถาบันประสาทวิทยา (2551) ภาวะสมองเสื่อมคือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำหน้าที่ของสมองลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ จากระดับที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกลับไปสู่ภาวะที่สมองเคยเป็นในวัยเด็ก ระยะเริ่มต้นความเสื่อมถอยของสมองจะแสดงออกให้เห็นในความผิดปกติด้านความจำ ด้านพฤติกรรม กิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน หรือด้านอารมณ์อาจเป็นเพียงด้านหนึ่งด้านใดก่อนหรือพร้อมกันหลายๆด้านก็ได้

2.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมยังไม่ทราบแน่ชัด

2.5.1 ปัจจัยเหตุ (predisposing factors)

2.5.1.1 การเกิดพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง จากการเสื่อมของเซลล์ประสาท พบได้มากประมาณร้อยละ 60-70 ของภาวะสมองเสื่อม โรคที่พบได้แก่ Alzheimer' disease, Pick's disease, Huntington's Chorea, Parkinson's disease, Down's syndrome.

2.5.1.2 ความบกพร่องในส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ ทำให้เซลล์ประสาทในสมองทำงานผิดปกติ เช่น โรคเบาหวาน การใช้ยาหรือแอลกอฮอล์มากเกินไป โรคหลอดเลือด มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ กลไกการเกิดสมองเสื่อมตามลักษณะของปัจจัยเหตุ ดังนี้

a) การเสื่อมของเซลล์ประสาท ทำให้การหลั่งสารสื่อประสาทacetalcholine ลดลง มีการสะสมของสารโปรตีนเบต้าอะมิลอยด์ (B-amyloid proteins) และสารอะลูมิเนียม (aluminum) เพิ่มขึ้นในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองลดลง

b) โรคของหลอดเลือดสมอง เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่แข็งตัวหนาขึ้น มีการตีบหรืออุดตันทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ เซลล์สมองขาดเลือดและเนื้อสมองในบริเวณนั้นตายลง

c) การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดเนื้อสมองอักเสบเฉียบพลัน (acute encephalitis) ทำให้การไหลของเลือดไปสู่สมองไม่สะดวกเกิดภาวะสมองบวม เชื้อโรคที่กระจายเข้าสมองจะทำลายเซลล์สมองมีการตายของเซลล์ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นต้น

d) การบาดเจ็บที่ศีรษะ สมองที่ได้รับการกระทบกระเทือนอาจส่งผลกระทบต่อเยื่อหุ้มสมองเป็นค่อยเป็นค่อยไปจนเกิดภาวะสมองเสื่อม

e) การมีก้อนในสมอง ส่งผลขัดขวางการรับส่งกระแสประสาทในสมองทำให้การทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง เช่น เนื้องอกของสมองและเยื่อหุ้มสมอง

f) กระบวนการเผาผลาญในร่างกายแปรปรวน เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมอง ไม่พอในภาวะของการขาดน้ำตาล ขาดออกซิเจน ขาดสารอาหาร

g) การเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันทาน ผู้ที่มีสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มีการสร้าง โปรตีนอะมิลอยด์เกิดเป็นพลาจส์ ที่เนื้อสมอง(neuritic plaques) ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันทาน ออกมากำจัดพลาจส์แต่กลับทำลายเซลล์สมองและเพิ่มการสะสมโปรตีนอะมิลอยด์มากขึ้น

h) ยาและสารพิษ ที่ใช้หรือได้รับในปริมาณมากเกินไปจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ สมองหรือรบกวนการทำงานของสมอง

2.6 เกณฑ์วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตาม ICD-10 โดยทั่วไปมีเกณฑ์การวินิจฉัย 4 ลักษณะดังนี้

2.6.1 ความจำเสื่อมลงหรือความสามารถในการรู้คิดลดลงตามข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

2.6.1.1 ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำจากการเรียนรู้เรื่องใหม่ ผู้ที่มี อาการความจำเสื่อมรุนแรงจะไม่สามารถจำข้อมูลที่เพิ่งเรียนรู้ใหม่ได้ ความรุนแรงของความจำเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระยะ

a) ระยะอาการเล็กน้อย (mild) ความสามารถในการจดจำสิ่งใหม่ๆ ลดลง มีความยากลำบากในการเก็บบันทึก และระลึกถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันพอควร แต่ยังคงดูแลและพึ่งพาตนเองได้

b) ระยะอาการปานกลาง (moderate) ความจำเกี่ยวกับสิ่งที่คุ้นเคย หรือการเรียนรู้ขั้นสูง (highly learned) ยังคงอยู่ ความจำเกี่ยวกับข้อมูลใหม่เสื่อมลงเป็นบางครั้งหรือ จำข้อมูลได้น้อยลง เป็นอุปสรรคสำคัญในการพึ่งพาตนเอง

c) ระยะอาการรุนแรง (severe) สูญเสียความจำค่อนข้างสมบูรณ์ ไม่สามารถจำข้อมูลใหม่ได้ ข้อมูลที่เรียนรู้ไปแล้วจำได้บางส่วน ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่าง ใกล้ชิด

2.6.1.2 ความสามารถทางการรู้คิดลดลง ความเข้าใจเหตุการณ์และข้อมูล ต่างๆ ลดลง การตัดสินใจผิดพลาด ขาดความสามารถในการวางแผน การจัดระบบข้อมูล แบ่งได้เป็น 3 ระยะ

a) ระยะอาการเล็กน้อย (mild) ความสามารถด้านการรู้คิดลดลง ไม่สามารถทำงานอาชีพหรือกิจกรรมที่ยุ่งยาก ทำให้มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ ยังพึ่งพาตนเองได้

b) ระยะอาการปานกลาง (moderate) ความสามารถด้านการรู้คิด ลดลงในระดับที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองโดยปราศจากการ ช่วยเหลือจากผู้อื่น ยังคงทำงานบ้านหรือกิจกรรมง่ายๆ ได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น

c) ระยะอาการรุนแรง (severe) กระบวนการสร้างความรู้คิดลดลง จน ไม่สามารถรับรู้ข้อเท็จจริงหรือไม่สามารถรู้คิดได้ เป็นระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.6.2 รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีอาการเพ้อ สติสัมปชัญญะเป็นปกติไม่เลอะเลือน

2.6.3 การควบคุมอารมณ์ตนเองลดลง ขาดแรงจูงใจ หรือมีพฤติกรรมทางสังคม เปลี่ยนแปลง อย่างน้อย 1 ประการดังนี้

2.6.3.1 อารมณ์แปรเปลี่ยนง่าย (emotional lability)

2.6.3.2 หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย (irritability)

2.6.3.3 เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย (apathy)

2.6.3.4. ขาดระเบียบหรือขาดมารยาทที่ดีทางสังคม (coarsening of social behavior)

2.6.4 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ควรมีอาการในข้อ 2.6.1 เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ควรมีอาการแสดงความผิดปกติที่เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองส่วนบน (higher cortical functions) ได้แก่ Aphasia, Apraxia, Agnosia

Alcoholic Dementia หมายถึงภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์มานานทำให้สูญเสียวิตามิน B12 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมองซึ่งเป็นสาเหตุของการเป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยมีอาการค่อยเป็นค่อยไปมีการสูญเสียของความจำ Cognitive Function พบว่าในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์มานาน น้ำหนักเฉลี่ยของสมองจะลดลง และมีช่องว่างของสมองเพิ่มขึ้น ทำให้สมองเหี่ยว

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Dementia (โรคสมองเสื่อม) DSM-IV-TR Substance-Induced Persisting Dementia (สมองเสื่อมจากสารเสพติด)

A. เกิดความบกพร่องของ Cognitive หลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง

1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้

2) มี cognitive disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

Aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)

Apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)

Agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ) ผิดปกติใน executive function (เช่นการวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)

B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และA2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

C. ความผิดปกติไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของ delirium และคงอยู่นานกว่าระยะเวลาปกติของ substance intoxication และ withdrawal

D. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เป็นผลที่ยังคงอยู่ของ substance use (เช่นการ abuse สารหรือยา)

2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดในโรงพยาบาล

ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดจะพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ เรียนรู้ช้า ลืมง่าย การสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน เป็นต้น (Parsons, Butters & Nathan, 1987 cited in Norton & Halay, 2011) ซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคในกระบวนการบำบัดรักษาอย่างยิ่ง เพราะนอกจากผู้ป่วยยังตอบสนองต่อการบำบัดรักษาได้ช้าและไม่มีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (Gordon, Kennedy & McPeake, 1988) ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้เสพ

ติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรือภาวะพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) การพยาบาลจึงมุ่งเน้นความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2.7.1 ดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลโดยพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ตามความต้องการและความสามารถที่ยังคงอยู่ ให้การสนับสนุน ความภาคภูมิใจในตนเอง คงไว้ซึ่งสมดุล ในแต่ละวันลดภาวะการพึ่งพา

2.7.2 แผนการดูแลที่ยืดหยุ่นได้ แผนการดูแลสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ผู้ป่วยจะอ่อนไหวเมื่อถูกเร่งหรือกระตุ้นมากเกินไป ความสามารถและพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แผนการดูแลจะต้องครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด พิจารณาเกี่ยวกับด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับการวางแผนด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยา การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ดูแลสุขภาพจิตและกิจกรรมทางสังคม

2.7.3 เน้นที่ความสามารถที่ยังคงอยู่ และคงไว้ซึ่งความสามารถ เน้นที่การคงไว้ซึ่งความสมดุลของกิจกรรมแต่ละวัน มากกว่าที่จะสนใจในกิจกรรมที่ไม่ได้ทำ ประเมินว่าอะไรที่ผู้ป่วยทำได้ด้วยตนเองสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำ ในความสามารถที่มีอยู่ ไม่เน้นย้ำให้ทำกิจกรรมที่ทำไม่ได้ จัดหาเครื่องมือที่ช่วยในการคงไว้ซึ่งความสามารถที่จำเป็น เช่น แว่นสายตา เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้า

2.7.4 การยอมรับทักษะหรือฝีมือก่อนหน้านั้น ความสามารถของบุคคลก่อนการเจ็บป่วยหรือสถานะทางสังคม ไม่มองว่าเป็นแค่คนแก่ หรือสมองเสื่อมเท่านั้น ควรได้รับความเคารพในฐานะที่เป็นผู้ใหญ่คนหนึ่งให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ เพราะผู้ป่วยรับรู้ได้ถึง การปฏิบัติต่อตนที่ได้รับ

2.7.5 ความคุ้นเคยของสิ่งแวดล้อม การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดความสับสน หลงผิด ไม่ก่อให้เกิดความสับสนในการทำกิจกรรมต่างๆ สิ่งของเครื่องใช้เท่าที่จำเป็น หลีกเลี่ยงกระจกเงา ควรไว้ในที่ไม่ก่อให้เกิดการกระตุ้นกับผู้ป่วย

2.7.6 การสนับสนุนของครอบครัวมีความสำคัญ สมาชิกครอบครัวมีความสำคัญ ควรได้รับการต้อนรับ ทีมสุขภาพควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือคนในครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความสนใจ ของครอบครัวที่มีต่อตนเองทำให้มีคุณค่า ครอบครัวควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและกาปฏิบัติตัว ควรมีแผนพบแจกเกี่ยวกับความรู้ และแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือ กลุ่มสนับสนุน

2.7.7 ใช้สิ่งแวดล้อมเป็นเครื่องมือในการรักษา สถานที่หรือสิ่งรอบๆตัวสามารถใช้เพื่อช่วยในการรักษาได้ทั้งสิ้น และไม่อันตรายแก่ผู้ป่วย เช่นมีตารางกิจกรรมที่ชัดเจน การจัดให้นาฬิกา ปฏิทิน เห็นได้ชัดเจน มีทางเดินที่มีสัญลักษณ์กำกับ ห้องน้ำต้องแยกส่วนเปียกแห้ง ควรมีราวจับ ไม่มีธรณี ประตู หรือทางลาดในห้องน้ำ เพื่อป้องกันอันตราย จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ไว้ใกล้รองเท้า เสื้อผ้าที่สวมใส่ต้องพอดี สวมใส่ ถอดออกได้ง่าย สิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ ไม่มีเสียงอึกกระทึก และไม่แออัด ถือเป็นเครื่องมือในการบำบัด

2.7.8 กิจกรรมมีความสำคัญ ทุกกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติมีความสำคัญ ต่อการรักษา และคุณค่าของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม คือการออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการส่งเสริมและคงไว้ของการทำหน้าที่ของสมอง และกายภาพ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ทำได้เอง หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงาน

อดิเรก เล่นเกมผ่อนคลายต่างๆ ให้ทำกิจกรรมที่มีความสุขส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง

ปัจจุบันโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานีได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเสพติด แอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยอยู่ในระหว่างพัฒนากิจกรรมรูปแบบคือ การจัดเสริมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะกระบวนการคิด (cognitive) เพิ่มเติมจากกิจกรรมการบำบัดที่มีอยู่เดิม (Fast Model) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหา มีรายละเอียดในการทำกิจกรรมดังนี้

1) จัดกิจกรรมเสริมช่วงบ่ายของโรงพยาบาลปกติ โดยดำเนินกิจกรรมเสริมวันละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วันรวมกิจกรรมทั้งสิ้น 40 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 เดือน

2) กิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ได้แก่กิจกรรมพัฒนาทักษะกล้ามเนื้อ, พัฒนาความสามารถในการใส่ใจ (Attention) , พัฒนาทักษะการบริหารจัดการ(Executive Function), พัฒนาความสามารถด้าน การจดจำโครงสร้างของรูปภาพ (Visuospatial Ability), พัฒนาความสามารถด้าน ภาษา (Language), พัฒนาความสามารถด้านการจำ(Memory) และ กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านการรับรู้และการสัมผัส (Perception and Sensory) ซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

2.8 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความพร้อมในการทำงานของสมอง

2.8.1. Mini-Mental State Examination (MMSE) ได้พัฒนาโดย Folstein et al., (1975) แบบทดสอบ MMSE เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความพร้อมในการทำงานของสมองที่นิยมใช้อย่างกว้างขวาง เป็นการคัดกรองแบบสั้นๆ สามารถประเมินสมองส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ด้านการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา การคำนวณ การพูด การเขียนซึ่งเป็นหน้าที่หลักและสำคัญของส่วนสมองใหญ่ของคนเรา ในประเทศไทยแบบประเมิน MMSE ได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยอัญชลี เตมียประดิษฐ์ และคณะ ในปี พ.ศ.2533 โดยมีคะแนนรวมของแบบคัดกรองเท่ากับ 30 คะแนนประกอบด้วย 11คำถามที่ทดสอบสมรรถภาพสมองแบ่งเป็นหัวข้อหลัก 5 หัวข้อคือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจและการคำนวณ การระลึกได้ ภาษา หากผู้ป่วยได้รับคะแนนน้อยกว่า 21 แสดงว่ามีความพร้อมในการทำงานของสมอง (ภาวะสมองเสื่อม)

2.8.2. การประเมินด้านจิตวิทยาาระบบประสาท ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม โดยตรง การสัมภาษณ์ การใช้แบบทดสอบ และแบบสอบถาม วัตถุประสงค์ การอธิบาย ทำนาย แก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติ เพราะเมื่อสมองเกิดความผิดปกติหรือทำงานบกพร่องไป จะทำให้ความสามารถในการรับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ บกพร่องลงไป ความผิดปกติที่เห็นได้ชัดได้แก่ ความไวของการตอบสนอง ระดับความเข้าใจ การแสดงออกทางภาษา ความจำและการเคลื่อนไหว

เครื่องมือที่ใช้วัดความผิดปกติของระบบประสาทจิตวิทยา แบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยาาระบบประสาท (Neuropsychological Test) สร้างให้สัมพันธ์กับการทำงานเฉพาะของกระบวนการรู้คิดทางสมอง (Neurocognitive) ข้อมูลจากแบบทดสอบมาตรฐานถือเป็นเกณฑ์กลาง (Norm) สามารถนำผลการทดสอบมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ได้ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือไม่อย่างไร (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2556)

2.8.2.1. Bender Visual Motor Gestalt สร้างโดย Lauretta Bender ปีค.ศ. 1938. ลักษณะแบบทดสอบเป็นแผ่นภาพรูปเรขาคณิตมี 9 ภาพ วิธีทดสอบมีทั้งหมด 5 แบบ

1) Tachitoscopic phase ให้ผู้รับการทดสอบดูภาพตัวอย่างประมาณ 5 วินาที/ภาพ หลังจากนั้นให้ผู้รับการทดสอบวาดภาพจากความทรงจำออกมาให้ดีที่สุด โดยทำควบคู่กันไปทีละภาพจนครบ 9 ภาพ

2) Copy phase วาดภาพต้นแบบให้ผู้รับการทดสอบลอกตามให้เหมือน

3) Testing the limit การให้ผู้รับการทดสอบวาดใหม่แก้ไขรูปที่วาดไม่เหมือนต้นแบบ โดยการนำภาพต้นแบบมาให้ดูในการตรวจสอบความถูกต้อง

4) Elaborate ผู้รับการทดสอบใช้จินตนาการเติมแต่งภาพที่วาดทั้งหมดให้เป็นภาพที่มีความหมายเพื่อถึงความฉลาด สิ่งที่เขาสนใจหรือปรารถนา

5) Recall หลังจากทำทุกแบบทดสอบให้ผู้รับการทดสอบวาดภาพที่ทำไปทั้งหมดจากความทรงจำ เพื่อดูความจำ

2.8.2.2. Benton Visual Retention Test สร้างโดย Arthur L. Benton ปีค.ศ. 1955 ลักษณะแบบทดสอบประกอบด้วยรูปภาพเชิงเรขาคณิต 10 ภาพเรียงลำดับความยากง่าย และความซับซ้อน วิธีการทดสอบให้ผู้ทดสอบดูภาพละ 10 วินาที และให้วาดภาพจากความทรงจำจนครบทั้งหมด

2.8.2.3. แบบวัด Orientation, Attention and Self-regulation

1) Orientation การวัดความรู้ตัวซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมใช้คำถามตรงไปตรงมาและต้องอาศัยความตั้งใจ การรับรู้และความจำ

2) Attention, Concentration, Tracking and Scanning

a) ใช้ Digit Span (Digit recall) ทั้ง forward และ backward

b) Subtracting Serial Seven หรือนับถอยหลังจาก 20 ลงไป

หรือนับเดือนทั้ง 12 เดือนถอยหลัง

c) Trail Making Test (TMT) ใช้เพื่อดู Visual Conceptual

และ Visuomotor Tracking แบบทดสอบนี้มี 2 ฉบับ ฉบับ A ให้ลากเส้นโยงตัวเลขตามลำดับ ฉบับ B ให้ทำเหมือนเดิมเพียงแต่สลับระหว่างตัวเลขและตัวอักษรไปจนครบการให้คะแนนดูความถูกต้องและนับเวลาที่ใช้ไปในการทดสอบเทียบเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบ

3) Self-regulation

a) Stroop Color and Word Test ใช้ในการดู Mental Flexibility เป็นแบบทดสอบประกอบด้วยกระดาษ 3 แผ่น แต่ละแผ่นมีเรื่องเกี่ยวกับสีจัดเป็นแถว 5 แถว แถวละ 20 ข้อ จำนวน 100 ข้อ

2.8.2.4 แบบวัดความจำ (Memory) ที่เป็นมาตรฐานและลงรายละเอียดเกี่ยวกับความจำชนิดต่างๆ ได้กว้างขวาง ได้แก่ Wechsler Memory Scale (WMS) ใช้ในการ Diagnostic and Screening โดยถือว่าเป็น Neuropsychological Examination ที่เป็นเรื่องของความจำ ปัจจุบันปรับปรุงถึงฉบับที่ 4 (WMS-IV) ซึ่งฉบับนี้ได้มีการแบ่งช่วงอายุของผู้รับการทดสอบออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ผู้ใหญ่ (Adult) อายุ 16-65 ปี ผู้สูงอายุ (Older Adult) อายุ 65-90 ปี WMS วัดในด้านเหล่านี้

a) ความจำจากสิ่งที่ได้ยินและจากสิ่งที่ได้เห็น (Verbal and figural stimuli)

memory)

b) การระลึกทั้งชนิดการเว้นระยะ และในทันที (Delayed as well as Immediate recall) ลักษณะการทดสอบแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ คือ 1) General Memory ประกอบด้วย 5 Subtests ได้แก่ Verbal 2 คือ Logical Memory, Verbal Paired Associates I, Visual 3 คือ Figural Memory, Visual Paired Associates I และ Visual Reproduction I 2) Attention/Concentration ประกอบด้วย 3 Subtests ได้แก่ Mental Control, Digit Span, Visual Memory Span การทดสอบประกอบด้วย 8 แบบทดสอบย่อย ได้แก่ Information เป็นคำถามง่ายๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ภาวะการณ์รู้ตัวและความรู้ทั่วไปจาก Long-term memory เป็นการ Screening population

a) Mental Control แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ การให้นับถอยหลังจาก 20-1 การให้ท่อง A-Z และการให้บวกเลขเพิ่มทีละ 3 เริ่มจาก 1-40

b) Figural Memory ให้ดูรูป/ชี้รูปที่เคยเห็น

c) Logical Memory เล่านิทาน 2 เรื่อง

d) Visual Paired Associates I หาสีคู่กับลายเส้น

e) Verbal Paired Associates I บอกรูปร่างของคำ

f) Visual Reproduction I ให้วาดรูปตามแบบที่กำหนด

g) Digit Span แบ่งเป็น Forward, Backward

h) Visual Memory Span แบ่งเป็น Tapping Forward, Tapping

Backward

นอกจากนี้ 4 Delayed recall ได้แก่ Logical Memory II, Visual Paired Associates II, Verbal Paired Associates II, Visual Reproduction II เป็นเครื่องชี้ว่า หลังจากการเรียนรู้มาครึ่งชั่วโมงขึ้นไป ผู้รับการทดสอบยังคงจำได้เท่าใด (Retained)

2.8.2.5 แบบวัดความผิดปกติเกี่ยวกับภาษาและการพูด (Language and Verbal)

ส่วนประกอบสำคัญของภาษาและการพูดของคนเราประกอบด้วย ความเข้าใจ (Comprehension) ความคล่องแคล่วของการพูด (Fluency) การพูดซ้ำหรือการพูดตาม (Repetition) การเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (Naming) การอ่าน (Reading) และการเขียน (Writing) เมื่อมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งใน 6 อย่างจะเกิดปัญหาด้านภาษาและการพูด ภาวะ Aphasia หรือ Dysphasia หมายถึง ความผิดปกติของการพูดอย่างหนึ่ง ในด้านความเข้าใจ (Comprehension), ความคล่องแคล่วของการพูด (Fluency), การพูดซ้ำหรือการพูดตาม (Repetition) และการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (Naming)

2.8.2.6. Cognitive Function ความผิดปกติด้านความรู้ความเข้าใจไม่จำเป็นต้อง

สัมพันธ์กับความเสียหายใน Cortical area แต่สัมพันธ์ต่อการบาดเจ็บในสมองไม่ว่าส่วนใดก็ตาม ความคิดแบบ concrete พบได้บ่อยในพวกที่มีความผิดปกติของ Cognition ซึ่งไม่สามารถคิดรวบยอดหรือคิดในรูปธรรมได้

2.8.2.7 Test of Concept Formation เป็นการทดสอบเรื่องกระบวนการคิดมากกว่าเนื้อหาของคำตอบ ว่าผู้รับการทดสอบคิดอย่างไรถึงตอบเช่นนั้น ตัวอย่างการทดสอบ

a) Verbal Abstraction Test –Proverbs ใช้คุณภาพของการคิดเป็น

เรื่องของ Abstract-Concrete dimension

b) Word Abstraction Test–Abstract Words Test เป็นคำคำให้บอก ความแตกต่างหรือใช้ 3 คำให้บอกความเหมือนหรือความต่าง

2.8.2.8 Test of Nonverbal Concept Formation

a) Sorting Test ใช้มากในการทดสอบ Abstract and Concept Formation ผู้รับการทดสอบต้องจำแนกสิ่งของ เป็นกลุ่มๆ ตามคำสั่ง

b) Wisconsin Card Sorting Test ใช้ในการดู Abstract Behavior และ Shift of Set ประกอบด้วยแผ่นภาพ 1 ชุด ซึ่งมีทั้งหมด 64 ภาพ ในแต่ละภาพจะมีรูป 1-4 รูป ให้ผู้รับการทดสอบวางแต่ละรูปลงใต้ภาพคำถาม 4 ภาพตามขั้นตอนแต่ละครั้งจนครบหมด

c) Organic Integrity Test ประกอบด้วยภาพจำนวน 10 คู่ในแต่ละคู่ ประกอบไปด้วยรูปหนึ่งที่มี 2 ภาพ และอีกรูปหนึ่งเป็นภาพเดี่ยว ผู้รับการทดสอบจะต้องจำแนกว่ารูปใดในภาพที่มี 2 รูปเหมือนกับภาพเดี่ยวที่เป็นคู่ของมัน

2.8.2.9 Test of Ordering, Organization and Planning ใน StandardTest ได้แก่

a) Bender ผู้รับการทดสอบต้องคำนึงถึงการกะวางรูปให้เพียงพอและมีมิติสัมพันธ์

b) TAT ผู้รับการทดสอบต้องเล่าเรื่องให้เป็นไปตามลำดับเหตุการณ์

c) Block design คิด ทำตามลำดับ และคิดล่วงหน้าว่าการรวมตัวของแท่งไม้แต่ละชิ้นจะทำให้เกิดเป็นภาพตามแบบที่ให้อูหรือไม

d) Stanford–Binet ผู้รับการทดสอบประมวลความคิดให้ออกมาอย่างมีความหมายได้ดีมากน้อยเท่าใด

2.8.2.10 Nonverbal Tests Involving Ordering and Planning เกี่ยวกับการวางแผนและความสามารถในการมองเห็นไกลเพื่อหาโอกาสเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา

2.8.2.11 Reasoning Test แบบทดสอบที่ใช้ ได้แก่ WAIS, Progressive Matrices, Bicycle drawing Test

การบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลถึงความรู้ ความเข้าใจและการแสดงออกของบุคคลซึ่งจะมีความผิดปกติเช่นไรก็เป็นไปตามสมองส่วนที่เสีย การทดสอบทางจิตวิทยาช่วยประเมินความผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยทำนายความผิดปกติและตำแหน่งที่เป็นว่าเป็นอย่างไรและอยู่ส่วนใดในสมอง

2.8.3 แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test

Nasreddine et al. (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungron, 2007) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรกแบบสั้นโดยสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองในด้านต่างๆดังนี้ ความใส่ใจหรือความสนใจ(attention) ภาษา (language) ความจำ (Memory) การบริหารจัดการ (Executive Function) ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuo-constructional skill) การคิดคำนวณ (calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) โดยมีคะแนนเต็ม30 คะแนน คะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน มีภาวะพุทธิปัญญาเสื่อม

ระยะแรก ซึ่งแบบประเมินนี้ได้มีการปรับการให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 6

แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test เป็นแบบประเมินที่พัฒนาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยมีการนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างแบบประเมิน MMSE และ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test มีความไว (Sensitive) ในการตรวจพบภาวะพร่องทางการรู้คิดในระยะแรกและสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดในระยะแรกที่มีปัจจัยเกี่ยวกับหลอดเลือดและในผู้ป่วย Parkinson ต่อมาได้มีการนำแบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยติดยาเสพติดโดย Copersino et al.(2009) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแอลกอฮอล์และสารเสพติดในโรงพยาบาล Mclean Hospital Alcohol and Drug Abuse Treatment Program รัฐ Massachusetts ซึ่งหยุดใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดอย่างน้อย 7 วัน อายุ 18 –65 ปี จำนวนทั้งสิ้น 60 คนอายุเฉลี่ย 38.3 ปี (SD = 13.2) การศึกษาเฉลี่ย 15 ปี (SD =2.4) ร้อยละ 95 เป็นคนผิวขาว ร้อยละ 60 ว่างงานร้อยละ 52 เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 ไม่เคยแต่งงาน ร้อยละ 65, 32 , 17, 12, 10 และ 8 ติดแอลกอฮอล์ ผื่น โคเคน กัญชา ยานอนหลับ และยาบ้า ตามลำดับ โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินการรู้คิดโดยใช้ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test ซึ่งใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาทีและ Neuropsychological Assessment Battery-Screening Module (NAB-SM) ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 45 นาทีพบว่า ร้อยละ 38.3 ผู้ป่วยพบว่ามีภาวะพร่องทางการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test และร้อยละ 20 พบว่ามีภาวะพร่องทางการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน Neuropsychological Assessment Battery-Screening Module (NAB-SM) และ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test มีความไว (sensitivity) 83.3 และความจำเพาะ (specificity) 72.9 ในการคัดกรองภาวะพร่องทางการรู้คิดซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ สรุปผลการศึกษาพบว่า The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test เป็นการใช้เวลาและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิด คือแบบประเมินคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก (MoCA) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินนี้มีความไว (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (specificity) ในการประเมินภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมในระยะแรก (Mild Cognitive Impairment) ซึ่งจากการศึกษาของ Nasreddine et al. (2005) เปรียบเทียบแบบประเมิน MMSE และ MoCA โดยใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นพุทธิปัญญาเสื่อมในระยะแรก(mild cognitive impairment) จำนวน 94 คน และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอัลไซเมอร์ไม่รุนแรง (mild Alzheimer's disease) จำนวน 93 คน และกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุที่สุขภาพดี (healthy elderly) จำนวน 90 คน พบว่าแบบประเมิน MoCA ซึ่งสามารถใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมในระยะแรก ในกลุ่มที่คะแนนประเมินของ MMSE ปกติ เนื่องจากคะแนนประเมินของ MMSE ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมคือคะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน สำหรับ MMSE สามารถที่จะประเมินได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของ

โรคที่มีการเสื่อมของการทำหน้าที่ร่วมด้วยเช่น ในกลุ่ม Alzheimer's disease และแบบประเมิน MoCA สามารถตรวจพบภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมได้ในระยะแรก ซึ่งเหมาะสำหรับประเมินในกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งยังไม่เคยตรวจพบหรือมีข้อมูลมาก่อน

2.9 ภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

2.9.1.แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวคิดที่อธิบายถึงผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ระยะยาวต่อสมอง และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Model for Explaining Alcohol-Related Brain Damage) (Berman & Marinkovic, 2003) ดังนี้

1. Premature Aging Hypothesis สมองของผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์มีลักษณะสมองเหมือนการเสื่อมของสมองที่พบในผู้สูงอายุ รูปแบบการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นลักษณะซึ่งพบในผู้ป่วยสูงอายุ 50 ปีหรือมากกว่าคือมีการเหี่ยวของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ ลักษณะการหดตัวของสมองของผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีลักษณะคล้ายกับการหดตัวของสมองในผู้สูงอายุ อาจเกิดขึ้นเมื่อเริ่มมีการดื่มแบบเป็นปัญหา โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์เร่งให้เกิดการเสื่อมสภาพของสมอง (accelerated aging) หรือเกิดขึ้นในภายหลังอันเป็นผลกระทบสะสม (cumulative effects) จากการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะสมองมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (increased vulnerability) จากการศึกษาโดยใช้ MRI ศึกษาเปรียบเทียบในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (Alcoholic) และผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการดื่มกับแอลกอฮอล์ (nonalcoholic) พบว่าในผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีการเพิ่มขึ้นการสูญเสียเซลล์สมอง มีการฝ่อของสมองส่วน Cerebral cortex เหมือนในผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าหลังจากนำเอาอายุเข้ามาพิจารณาด้วยกัน สองแนวคิดของสมมุติฐานของ The Premature Aging Hypothesis ที่อธิบายถึงผลของแอลกอฮอล์ต่อสมอง คือในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่อายุน้อย ผลของ แอลกอฮอล์เร่งให้เกิดการเสื่อมสภาพของสมอง (accelerate aging) ก่อนวัยของสมอง (premature aging) การที่แอลกอฮอล์เร่งให้เกิดการเสื่อมสภาพของสมองเป็นผลให้สมองของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่อายุน้อยมีลักษณะสมองที่พบในผู้สูงอายุ สำหรับในผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ สมองผู้สูงอายุมีความเสี่ยงหรือความเปราะบาง (Increased vulnerability)ที่จะได้รับผลกระทบของสมองต่อพิษของแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี การศึกษาโดยใช้ MRI พบว่าในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการสูญเสียของเซลล์สมองมากกว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อย ซึ่งในผู้เสพติดแอลกอฮอล์สูงอายุ อาจจะไปต่อการได้รับผลกระทบของแอลกอฮอล์และผลของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิด (Alcohol Abuse) มามีผลกระทบภายหลังที่อายุมากขึ้น

2. Alcohol-Related Brain Atrophy แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับสมองฝ่อโดยผลของแอลกอฮอล์ มีผลต่อสมองก่อให้เกิดการหดตัว (shrinkage) ของ cerebral cortex และ white matter ซึ่งการหดตัวของสมองส่วน Basal forebrain regions เหล่านี้อาจเป็นผลโดยตรงของแอลกอฮอล์ต่อระบบประสาท (Lishmam, 1990) หรือนอกจากนี้ยังเป็นผลโดยอ้อมที่เกิดจากการขาดวิตามิน B1ยังมีผลก่อให้เกิดความเสียหายของสมองส่วน Hypothalamus สมองมีความไวต่อพิษของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งถาวรและชั่วคราว ซึ่งการพร่องทางการรู้คิดที่เกิดขึ้นในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการที่สมองมีการหดตัว และการขาดวิตามิน B1 อันเป็นผลจาก

การดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลาสั้นก่อให้เกิดการลืมชั่วคราว หรือการลืมในระดับน้อย (transient amnesic) เกิดความผิดปกติของความจำระยะสั้น (short-term memory) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทั้งสองอย่าง ทั้งการขาดวิตามิน B1 และการได้รับผลของแอลกอฮอล์ จะมีผลกระทบอย่างกว้างขวางของสมอง รวมถึงโครงสร้างส่วนลึกของสมองส่วน limbic system ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะแสดงออกว่ามีความผิดปกติของความจำระยะสั้นอย่างรุนแรงและการบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairments) (Oscar-berman, 2000)

3. Frontal Lobe vulnerability ผลกระทบของแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความเปราะบางของสมองส่วนหน้า ถึงแม้ว่าผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะมีความเสียหายของสมองส่วน cerebral cortex กระจายทั้งสองซีกของสมอง การศึกษาพยาธิสภาพของระบบประสาทการทำงานของสมองในผู้ที่เสียชีวิต ตลอดจนการค้นพบที่ได้มาจากการศึกษาสมองของผู้ที่ยังมีชีวิต พบว่าสมองส่วนหน้ามีความเปราะบางต่อการได้รับความเสียหายจากการผลของแอลกอฮอล์ (Oscar-berman, 2000) สมองส่วน Frontal lobe ทำหน้าที่เชื่อมต่อสมองกลีบต่างๆ เช่น parietal, temporal, และ occipital กึ่งกลางของสมองทั้งสองซีก และมีหน้าที่รับและส่งผ่านเส้นใยประสาทจำนวนมากในเยื่อหุ้มสมอง (subcortical) นักประสาทวิทยาระบุว่าสมองส่วนหน้าบริเวณ Frontal lobe เช่น prefrontal cortex ซึ่งมีส่วนสำคัญความคิดพื้นฐานในการจำ อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ของคน prefrontal cortex ยังเกี่ยวกับการทำหน้าที่ระดับสูงของสมองเรื่องการคิดพิจารณา การวางแผน การควบคุมพฤติกรรม การยับยั้งการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการส่งเสริมการปรับตัว ควบคุมการทำงานระดับสูง เช่น ทักษะเป้าหมาย การตัดสินใจ และความสามารถในการแก้ไขปัญหา การทำหน้าที่ผิดปกติของสมองส่วนหน้า (prefrontal) จะมีผลต่อการยับยั้งการแสดงออกพฤติกรรม ส่งผลให้ คนมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและไม่เหมาะสม) ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะพบว่ามีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง และมีภาวะพร่องทางการรู้คิดคล้ายกับผู้ที่มีความเสียหายของสมองส่วนหน้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป แสดงให้เห็นถึงสมองส่วนหน้ามีความเปราะบางเป็นพิเศษต่อการได้รับความเสียหายจากการติดแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนนี้พบอย่างมากและเฉพาะในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (Oscar-berman, 2000) โดยผู้ที่สมองส่วนหน้าได้รับความเสียหายจากสาเหตุอื่นและผู้ติดแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่ามีความเสียหายของการควบคุมแรงกระตุ้น (Impulse Control) ขาดความเข้าใจ (Lack of Insight) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงการทำหน้าที่ที่ต่ำในด้านการวางแผน (Planning) การบริหารจัดการ (Organizing) การแก้ปัญหา (Problem-solving) และการคิดเชิงนามธรรมซึ่งเป็นไปได้ว่าการเสื่อมที่พบในผู้เสพติดแอลกอฮอล์เนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้าถูกทำลาย

4. Vulnerability of the Right Hemisphere ผลของแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความเปราะบางของสมองซีกขวาการควบคุมการหน้าที่ของสมองซีกขวามีความเปราะบางต่อการได้รับผลของแอลกอฮอล์มากกว่าสมองซีกซ้ายโดยทั่วไปการหน้าที่ของสมองจะสมมาตรกันทั้งสองข้างซึ่งการทำงานของสมองแต่ละซีกมีความสำคัญและทำหน้าที่ต่างกันสมองซีกซ้ายมีหน้าที่เด่นในเรื่องการติดต่อสื่อสาร การทำหน้าที่สัมพันธ์กับภาษาและการเข้าใจ ความสามารถในการพูด ความสามารถในการเข้าใจคำพูด การเขียน สมองซีกขวามีหน้าที่หลักเกี่ยวข้องกับการประสานงานการมีปฏิสัมพันธ์กับ 3 มิติ ทักษะที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพูด เช่น การอ่านแผนที่ การแก้ปัญหาภาพ

ต่อจิ๊กซอว์ การฟังเพลง หรือทักษะประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว ความแตกต่างระหว่างการทำงานของสมองทั้งสองซีกสามารถพบได้ง่ายในที่มีความเสียหายของการทำงานของสมองซีกเดียว เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้รับบาดเจ็บทางสมอง เป็นต้น ผู้ป่วยที่สมองซีกซ้ายได้รับบาดเจ็บจะพบว่ามีปัญหาเรื่องภาษาผู้ป่วยที่สมองซีกขวาได้รับบาดเจ็บจะพบว่ามีปัญหาในการทำความเข้าใจเรื่องแผนผัง การออกแบบ ดนตรี และที่ไม่ใช่เรื่องของภาษาแต่จะมีการแสดงออกเรื่องของอารมณ์ที่เฉยเมย ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะมีลักษณะอารมณ์ที่ราบเรียบ เช่นมีปฏิกิริยาอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ น้อย เหมือนกับผู้ป่วยที่สมองซีกขวาถูกทำลาย มีการศึกษาพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีการเสียหายการประมวลผลเกี่ยวกับอารมณ์เช่น การตีความหมายของไมใช่วาจา (nonverbal) การจำใบหน้าของคนที่เคยพบ (Oscar-berman, 2000) อย่างไรก็ตามการการทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ในคนที่ติดแอลกอฮอล์และในผู้ป่วยที่สมองซีกขวาถูกทำลาย ยังมีการวิจัยสนับสนุนว่าการติดแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองซีกขวามากกว่าซีกซ้ายยังกำกวม (Oscar-berman & Schendan, 2000) การเสียหายการทำหน้าที่ทางอารมณ์ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์อาจเป็นผลจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองส่วนอื่น ส่งผลต่อกระบวนการด้านอารมณ์ เช่นสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) และ ระบบลิมบิก (limbic system)ในการศึกษาผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ทั่วไปโดยใช้แบบประเมิน IQ test (Wechsler Adult Intelligence scale-Revised) ในการประเมิน พบว่าผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะแสดงให้เห็นว่ามีความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านไม่ใช่คำพูด (non-verbal) มากกว่าด้านคำพูด (verbal)และมักจะเห็นว่ามี ความผิดปกติด้าน digit symbol, object assembly, block design ซึ่งพบได้ในรายละเอียดการทำหน้าที่ด้านไม่ใช่คำพูด(non-verbal)คล้ายกับในการประเมินด้านการทำงานที่ด้านความจำและความใส่ใจซึ่งสามารถพบได้ในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มาระยะเวลานานคล้ายคลึงกับความบกพร่องที่พบในผู้ป่วยที่สมองซีกขวาได้รับอันตรายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ลักษณะที่พบคือ การขยายตัวของ ventricle ทั้งสองข้าง และ third ventricle and cerebral sulci on both sides of the brain สมองส่วน cerebral cortex หรือสมองส่วน gray matter ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานที่ซับซ้อนของจิตใจซึ่งขึ้นกับเส้นใยประสาท (nerve fiber) ซึ่งสมองส่วนที่เรียกว่า white matter ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมต่อส่วนของเยื่อหุ้มสมองที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงส่วน Cortical กับโครงสร้างภายในสมอง (subcortical region)ซึ่งสมองที่มีความไวต่อผลของแอลกอฮอล์ได้แก่ส่วน cerebral cortex และ subcortical เช่น limbic system ซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกและสมองส่วน thalamus ซึ่งมีความสำคัญเรื่องการสื่อสารภายในสมอง และ Hypothalamus ซึ่งมีหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนในการสนองความเครียดและการกระตุ้นอื่นๆ และเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานและการทำหน้าที่ของร่างกาย และส่วน basal forebrain ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และความจำ (Oscar-berman, 2000) สมองส่วน cerebellum ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทรงตัวและการทำงานประสานกันของร่างกายและการเรียนรู้ต่างๆ (Sullivan, 2000 cited in Crews & Nixon, 2009)

5. Disruption of Neurotransmitter System ผลของแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับ การขัดขวางระบบสารสื่อประสาทการสื่อสารของเซลล์ประสาท (Neuron)ใช้สารเคมีที่เป็นสารสื่อประสาทในส่งผ่านข้อมูลข่าวสารผ่านระบบประสาทจากเซลล์ประสาทตัวหนึ่งไปอีกตัวหนึ่ง การติดต่อดังกล่าวของเซลล์ประสาทเกิดขึ้นบริเวณรอยต่อของเซลล์ประสาทตัวหนึ่งกับเซลล์อีกตัวหนึ่งเรียกว่า

Synapse เซลล์ประสาทเมื่อสัมผัสกันบนพื้นผิวของเซลล์ประสาทจะมีตัวรับ (Receptors) ที่เฉพาะเจาะจงกับสารสื่อประสาทแต่ละชนิด ซึ่งแอลกอฮอล์มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาท และก่อให้เกิดการกระตุ้นการตอบสนอง (Excitation) หรือยับยั้งการตอบสนอง (inhibition) (Weiss & Porrino, 2002)

5.1. glutamate สารสื่อประสาทในสมองที่เมื่อหลั่งออกมาแล้วจะไปกระตุ้นให้อีกเซลล์ทำงาน (Excitatory) การดื่มแอลกอฮอล์แม้ปริมาณน้อยขัดขวางการทำงานของ glutamate ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมอง ได้แก่ ความจำ และอาจส่งผลต่อการลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์จัด (Alcoholic blackout) การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานมีการ เพิ่มขึ้นของตัวรับ glutamate (glutamate receptors) ในส่วน Hippocampus ในระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญเกี่ยวกับความจำและมักจะเกี่ยวข้องกับการชักเกร็งในช่วงการถอนพิษแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ตัวรับ glutamate (glutamate receptors) มีการปรับตัวในการทำงานเพิ่มขึ้น การทำงานเพิ่มขึ้นซ้ำๆ บ่อยๆ ส่งผลเกิดการตายของเซลล์ประสาท ซึ่งปรากฏในผู้ป่วยหลอดเลือด (Stroke) และการชัก (seizure) การพร่องวิตามิน B1 (deficiencies of thiamine) ที่เกิดจากการขาดสารอาหารอาจเป็นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นนี้ (Crews, 2000 cited in Crews & Nixon, 2009)

5.2 Gamma-aminobutyric acid (GABA) เป็นสารสื่อประสาทที่หลั่งออกมาแล้วจะไปยับยั้งการทำงานของอีกเซลล์หนึ่ง (inhibitory) แอลกอฮอล์มีผลต่อ GABA โดยเพิ่มการยับยั้งและทำให้สมองผ่อนคลาย อย่างไรก็ตามในระยะยาวการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปมีผลทำให้จำนวนตัวรับ GABA (GABA receptors) ลดลงเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์การขัดขวางลดลงร่วมกับการลดลงของตัวรับ GABA (GABA receptors) สนับสนุนให้การกระตุ้นที่มากเกินไปของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการชักเกร็งในช่วงหนึ่งหรือสองวันแรกของการถอนพิษสุรา ซึ่งข้อสังเกตว่าการสมดุลของการทำหน้าที่ยับยั้งของ GABA และการทำหน้าที่กระตุ้นของ Glutamate ซึ่งเป็นตัวกำหนดสำคัญถึงระดับการทำหน้าที่ของสมองแต่ละส่วน

5.3 Serotonin แอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นโดยตรงต่อการปลดปล่อยสารสื่อประสาทซึ่งมีความสำคัญต่อการแสดงออกทางอารมณ์สาร endorphin โดยทั่วไปของสารเสพติดจะเกี่ยวข้องกับ opioids ซึ่งสนับสนุนให้เกิดเป็นพิษและเกิดอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของปล่อย Dopamine (DA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญต่อแรงกระตุ้น (Motivation) และการให้รางวัล (rewarding) (Weiss & Porrino, 2002)

6. Diffuse Brain Dysfunction Model (Evert & Oscar-Berman, 1995)

นักวิจัยพบว่าในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยทั่วไปโดยแสดงความผิดปกติที่หลากหลายรูปแบบ ซึ่งความผิดปกตินี้แสดงให้เห็นในลักษณะการทำงานที่ผิดปกติของสมองกระจาย ในการศึกษาโดยใช้แบบทดสอบ Battery ทดสอบเรื่อง การพูด (verbal) และ การจดจำโครงสร้างของรูปภาพ (Visuospatial) มีปัจจัยที่ทำหน้าที่แตกต่างกันทั้งสมองซีกซ้ายและขวา พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านดังกล่าวต่ำกว่าในผู้ที่ไม่ดื่ม

แอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการทำหน้าที่บกพร่องนี้อาจเป็นผลด้านการทำหน้าที่ที่ยากอย่าง เดียวหรือเป็นการเสื่อมของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยทั่วไปซึ่งตรงข้ามกับการเสื่อมที่ เฉพาะเจาะจงสัมพันธ์กับรอยโรคที่เกิดกับสมองส่วนใดซึ่งแนวคิดสมองเสียหายที่โดยทั่วไปนี้อธิบาย เพียงพอถึงการบกพร่องการทำหน้าที่ของสมองซีกขวาและซีกซ้ายเท่านั้น ซึ่งรูปแบบการเสื่อมในผู้ที่ ดื่มแอลกอฮอล์มานานมีลักษณะที่แสดงความเสื่อมของการรู้คิดเหมือนที่พบในผู้สูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับ แอลกอฮอล์ ซึ่งการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่าแอลกอฮอล์เร่งให้เกิดความเสื่อมของสมอง (accelerated aging)

2.9.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีความ สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย โดยสามารถแบ่งประเภทของปัจจัยได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

2.9.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่

1) อายุ โดยพบว่าภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีแนวโน้มมากขึ้น ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมาก เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาทั้งสมองและร่างกายทำให้ผู้สูงอายุที่เสพติดแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบ จากแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Berman, 2000 cited in Berman & Marinkovic, 2003)

2) เพศ พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดมากกว่าเพศชายโดยการ ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากันจะพบว่าเพศหญิงจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration) สูงกว่าเพศชายทั้งนี้อาจเนื่องจากการกระจายตัวของแอลกอฮอล์เป็นไปตาม น้ำที่มีอยู่ในส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเพศหญิงส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเพศชายเพราะมีน้ำเป็น ส่วนประกอบในร่างกายน้อยกว่าเพศชายเป็นเหตุให้ระดับแอลกอฮอล์ที่กระจายในเลือดมีความเข้มข้น สูงกว่าในเพศชาย (Berman, 2000 cited in Berman & Marinkovic, 2003)

3) การศึกษา พบว่าความชุกของความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์พบได้สูงในกลุ่ม ผู้ใช้แรงงาน และผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำ และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักพบในผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ทำให้ผู้ใช้แรงงานหรือการศึกษาต่ำ ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้มากส่งผลให้ผู้เสพติด แอลกอฮอล์ที่มีการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดซึ่งเป็นผลกระทบจากการติด แอลกอฮอล์ (Sabia et al., 2011)

2.9.2.2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ได้แก่

1) อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก่อนวัยรุ่นมีแนวโน้มจะเกิด ภาวะพร่องทางการรู้คิดได้ง่ายเนื่องจากการพัฒนาโครงสร้างและหน้าที่ของสมองส่วนที่จำเป็นในการ ทำงานที่ซับซ้อนจะยังไม่สมบูรณ์เต็มที่จนกว่าอายุ 20 ปี หากมีการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนที่สมองส่วนนี้ จะพัฒนาเต็มที่ทำให้แอลกอฮอล์จะมีผลไปขัดขวางการหลั่งฮอร์โมนที่จำเป็นในกระบวนการเจริญเติบโต และพัฒนาการของสมองดังกล่าวส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองด้านต่างๆผิดปกติจนเกิดภาวะพร่อง ทางการรู้คิดที่รุนแรงกว่าผู้ที่เริ่มดื่มหลังภายหลังช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่สมองมีการพัฒนาทั้งโครงสร้าง และหน้าที่ได้สมบูรณ์ (Portnoff, 1982)

2) จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ที่เสพแอลกอฮอล์มานานจะมีความทนต่อระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้นทำให้ต้องดื่มในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อยๆส่งผลให้สมองถูกทำลายมากขึ้น (Jones & Parson, 1971; Franco et al., 1985)

3) ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยถึงปานกลางจะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะเสื่อมของการรู้คิดเนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลช่วยลดการเกาะตัวกันของเกร็ดเลือดและการสะสมของไขมันในเลือด (Letenneur, 2010) แต่การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักกลับเป็นผลร้ายทำให้เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดและสมองเสื่อมมากขึ้น (Cairney et al., 2007; Chan et al., 2010)

4) ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากระยะเวลาการหยุดดื่มที่ยาวนานขึ้นจะทำให้สมองมีโอกาสฟื้นตัวจากผลกระทบในการดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้นส่งผลให้สภาพภาวะพร่องทางการรู้คิดมีการฟื้นตัวได้ดีขึ้นโดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าเมื่อผู้ดื่มแอลกอฮอล์หยุดดื่มแอลกอฮอล์สมองจะมีการสร้างเส้นใยประสาทเพิ่มขึ้นทำให้สมองมีการฟื้นตัวมากขึ้นและส่งผลให้ความพร่องด้านการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ดีขึ้นตามมา (Rourke & Grant, 1999)

5) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีคนในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา หรือ พี่น้องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีความทนทาน (Tolerance) ต่อการดื่มแอลกอฮอล์และแสดงอาการมึนเมาน้อย (Schuckit, 1984) ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ต้องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นจึงจะเกิดฤทธิ์ที่ต้องการมีผลให้สมองได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว

2.9.2.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ได้แก่

1) ความวิตกกังวล เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยทำให้ความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสาร (information) การตีความข่าวสารที่ได้รับ (encode) และความสามารถในการจัดการข้อมูลข่าวสารเก็บเป็นความจำของสมอง (data accurately) ของบุคคลลดลง (Matrix Advocare Network, 2013: online)

2) ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากประสาทชีววิทยาของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองมีการเชื่อมของเซลล์ประสาทใน Prefrontal cortex (Drevets, 2000) ทำให้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการเผาผลาญ (Metabolic) ของ Prefrontal cortex ในสมองลดลง และ ส่งผลต่อการทำงานของ Hippocampus ใน Limbic system (Bremner et al., 2000) และการทำงานของ amygdala (Sheline, Gado & Price, 1998) ซึ่งการเกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง

3) การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกันทำให้บุคคลสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่มีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นรวมถึงภาวะการเสพติดแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดลดลง ในทางตรงข้ามหากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ถูกแยกตัวออกจากสังคมจะส่งผลให้มีภาวะพร่องทางการรู้คิดมากขึ้น (Sarason & Sarason, 2001.)

2.9.3 ลักษณะการพร่องการรู้คิดที่พบในผู้เสพติดแอลกอฮอล์

จากการศึกษาทางประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological) ที่เป็นผลกระทบจากการติดแอลกอฮอล์ พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีความพร่องทางการรู้คิดที่แสดงออกอย่างหลากหลาย แต่จากการศึกษาพบว่าความพร่องทางการรู้คิดที่แสดงให้เห็นในผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่จะพบ 4 ขอบเขต (Domain) ได้แก่ การคิดเชิงนามธรรม (Abstract thinking) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) ทักษะเกี่ยวกับการพูด (Verbal skills) ความจำ (Memory) โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Short-term memory) ทักษะการรับรู้และการเคลื่อนไหว (Perceptual-motor skills) ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial skills) และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (new learning skill) (Parsons, Butters, & Nathan, 1987 cited in. Norton & Halay, 2011; Parsons, 1998).

2.10 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment)

(Petersen et al, 1997)

- 1) ผู้ป่วยมาด้วยภาวะความจำบกพร่องโดยผู้ป่วยรู้ตัวเองว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ
- 2) อาการความจำบกพร่อง ได้รับการยืนยันว่าเป็นปัญหาจริงจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด
- 3) โดยการตรวจด้วยแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง
- 4) ผู้ป่วยไม่มีความบกพร่องในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน(basic ADL)
- 5) ความจำบกพร่องต้องไม่เกิดเกี่ยวเนื่องจากโรคทางจิตเวชการได้รับบาดเจ็บของสมอง , systemic illness หรือ pharmacological intervention.

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Errico et al. (1990) ได้ทำการศึกษาคัดกรองภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ชายในเมือง Oklahoma จำนวน 73 คนกลุ่มควบคุมจำนวน 36 คน แบบประเมินที่ใช้ The Neuropsychological Impairment Scale(NIS) ประเมินด้านจิตประสาทด้านภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลและแบบประเมิน battery พบว่าผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มีผลการประเมินด้านจิตประสาทแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้

Rourke & Grant (1999) ได้ทำการศึกษาถึงผลของอายุ และระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ต่อการฟื้นหายของประสาทจิตวิทยาของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ชาย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการติดแอลกอฮอล์ชายจำนวน 97 คน หยุดดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 29 วัน (S.D. = 9.4) โดยประเมินติดตาม 2 ปีต่อมา พบว่า 62 คนกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ 35 คนยังคงไม่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการฟื้นสภาพของประสาทจิตวิทยาในกลุ่มที่กลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ และกลุ่มที่หยุดดื่มเปรียบเทียบโดยจับคู่อายุ และการศึกษา ผู้ที่หยุดดื่มได้ในระยะยาวรวม 29 คน ระยะเวลาในการหยุดดื่มเฉลี่ย 4.3 ปี (S.D. = 3.5) และเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 49 คนในการทดสอบครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 48.7 (S.D. =8.8)ปี และการศึกษา 13.9 (S.D. =2.7) ปี ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแอลกอฮอล์และกลุ่มที่หยุดได้ในระยะยาวจับคู่โดยระยะเวลาในการดื่มแอลกอฮอล์ 17.2(SD =9.3) และ 15.6(SD =8.7) ตามลำดับ พบว่า การทดสอบประสาทจิตวิทยา จำนวน 14 การทดสอบมีจำนวน 6 การทดสอบที่ลดลง เช่น การเรียนรู้ ความจำ การคิดเชิงนามธรรม สมาธิ การคิดแบบยืดหยุ่น ผสมผสานการคิดการรับรู้ ทักษะกล้านเนื้ออย่างง่าย เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรอายุใน 4 กลุ่มพบว่า กลุ่มที่ยังไม่ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมดีขึ้นกว่ากลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำมีการเสื่อมลงของแขนขา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มที่อายุน้อยพบว่าความสามารถเชิงนามธรรม ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่หยุดดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มที่หยุดดื่มในระยะเวลายาวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบความแตกต่าง

Huadong et al. (2003) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และการพร่องการรู้คิดในประชากรผู้สูงอายุในประเทศจีน จำนวน 3012 คนอายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือใช้ประเมินการทำงานที่ด้านการรู้คิดคือ Mini-Mental State Examination (MMSE) พบว่าผู้สูงอายุในประเทศจีน ร้อยละ 11.95 มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยในผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการพร่องการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 =6.31$, $p=0.025$)

Uekermann et al. (2003) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของภาวะซึมเศร้ากับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดด้านอารมณ์ ความจำ และการทำหน้าที่บริหารจัดการในผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยได้ทำการศึกษาผู้ป่วยสามกลุ่ม กลุ่มแรกผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำนวน 30 คน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 28 คน ผู้ที่มีสุขภาพดีจำนวน 28 คน (เป็นกลุ่มควบคุม) จับคู่โดยอายุการศึกษา และระดับสติปัญญา แบบประเมินที่ใช้ Battery Test (neuropsychological test) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะพร่องทางการทำหน้าที่ในด้านความจำและการทำหน้าที่บริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (both $p < 0.02$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Yonker et al. (2005). ได้ศึกษาถึงความสามารถด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial Ability) และความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Episodic Memory) ในกลุ่มอาสาสมัครผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มเพศที่แตกต่างกัน ชายจำนวน 1,500 คน และหญิงจำนวน 1,500คน อายุระหว่าง 35-85 ปี โดยควบคุมอายุ และการศึกษา โดยแบ่งอายุ เป็น 5 ช่วงอายุ ช่วงอายุละประมาณ 150 คน ในเพศชาย และ 150 คนในเพศหญิง พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพศชายที่มีการดื่มปานกลางถึงหนักจะมีการพร่องการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial) มากกว่าเพศหญิง และไม่พบความบกพร่องด้านความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Episodic Memory) ในเพศหญิง

Gilchris & Morrison (2005) ได้ทำการศึกษาความชุกในการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้ที่ไม่มีที่อาศัยในเมือง Glasgowโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จรจัดไม่มีที่อาศัยเป็นการสำรวจโดยการสุ่มจำนวนทั้งสิ้น 266 คน เป็นเพศชายจำนวน 237คนอายุเฉลี่ย เป็นเพศหญิงจำนวน 29 คน โดยใช้แบบประเมินของ Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) และแบบประเมินการเสพติด

แอลกอฮอล์ (CAGE Questionnaire) พบว่าร้อยละ 78 เป็นผู้ที่มีดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (hazardously) ร้อยละ 61 เป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และร้อยละ 82 มีภาวะพร่องทางการรู้คิด

Gelin Xu et al. (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์การดื่มแอลกอฮอล์และการเปลี่ยนแปลงจากการพร่องการรู้คิด (Cognitive impairment) เป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการพร่องการรู้คิดในคลินิกผู้ป่วยนอกระบบประสาท ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 กรกฎาคม 2002 ถึง 30 มิถุนายน 2004 จำนวน 176 คน ที่มีอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์ภาวะพร่องทางการรู้คิด เครื่องมือที่ใช้ประเมินการพร่องการรู้คิด คือ Mini-Mental State Examination (MMSE) ผลการศึกษาหลังติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่า ร้อยละ 37.5 ของผู้ที่มีการพร่องการรู้คิด ก้าวหน้าเป็นโรคสมองเสื่อมโดยผู้ที่มีดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Abstainers) และผู้ที่มีดื่มแอลกอฮอล์น้อยถึงปานกลาง (Light-moderate drinkers) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Chan, chiu & chu (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์การดื่มแอลกอฮอล์และการพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุทางตอนใต้ของประเทศจีน จำนวน 314 คน อายุ 65 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดคือ Mini-Mental State Examination (MMSE) พบว่าในผู้ที่มีดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (861.89 กรัมต่อสัปดาห์) มีการพร่องการรู้คิดมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มระดับน้อยถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Lopes et al. (2010) ได้ศึกษาความชุกปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของการพร่องการรู้คิดและโรคสมองเสื่อมในบราซิล ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 1,145 คน อายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดคือ Mini-Mental State Examination (MMSE) พบว่าในผู้ที่มีดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในเพศหญิงมีการพร่องการรู้คิดและมีความชุกในการเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Virta et al. (2010) ได้ทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า ฝาแฝดในประเทศฟินแลนด์โดยศึกษาหาผลกระทบในการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยกลางคนและรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ต่อความเสี่ยงการเกิดการพร่องการรู้คิดในช่วงปลายของชีวิต จำนวน 1,486 คน เพศชายจำนวน 753 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 733 คน โดยใช้แบบสอบถามในการดื่มแอลกอฮอล์ ในปี 1975 และ 1981 และได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในปี 1999 และในปี 2007 เพื่อติดตามในการประเมินด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ระยะเวลาในการติดตามเฉลี่ย 22.8 ปี (S.D. 2.1ปี) พบว่าในกลุ่มที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์และในกลุ่มที่มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักเทียบกับกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ระดับน้อย ทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดการพร่องการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Kabuba, Menon & Hestad (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในประชาชนชาวแซมเบีย จำนวน 324 คน ร้อยละ 48.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 50 ปี การศึกษา 5 - 19 ปี เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดคือ The Zambia Neurobehavioral Test Battery พบว่าในผู้ที่มีดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางเพศหญิงชาวแซมเบียมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องกว่าผู้หญิงที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Sabia et al. (2011) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 10 ปีกับประสิทธิภาพการทำงานที่ด้านการรู้คิดในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน(ประเมินจากอาชีพ การศึกษา และรายได้) เป็นการศึกษาไปข้างหน้า ศึกษาในพนักงานบริษัทผลิตไฟฟ้าและกาชธรรมชาติ แห่งชาติ เมือง GAZEL ประเทศฝรั่งเศส จำนวน 4,073 คน แบบประเมินที่ใช้ Digit Symbol Substitution Test (DSST) ประเมินด้าน psychomotor speed, attention and reasoning ผลการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากกว่า 21 ต่อมมาตรฐานต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในกลุ่มที่มีอาชีพและการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Sarah (2012) ได้ทำการศึกษา retrospective ความสัมพันธ์ของ การเกิดอาการถอนพิษ แอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ระยะเวลาในการใช้แอลกอฮอล์ หน่วยการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ ใน ผู้เข้าร่วมประชุม Alcohol Liaison Service ประเทศสกอตแลนด์ จำนวน 92 คน อายุเฉลี่ย 51.8 ปี (SD. = 11) ระยะเวลาการดื่ม 33.2 ปี (SD. = 10.7) โดยใช้แบบประเมิน The Addenbrooke's Cognitive Examination (Revised version) ซึ่งเป็นแบบทดสอบสั้นๆ ประเมินความจำ และทักษะ ทางความคิดทั่วไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วย dementia โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีสุขภาพดี (normative data) เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 63 คน ชายจำนวน 28 คน หญิงจำนวน 35 คน อายุเฉลี่ย 64.4 ปี (SD = 5.7) พบว่ากลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์มีคะแนนด้านความจำ น้อยกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดีโดยมีความสัมพันธ์ ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์เป็น เวลานานมีความสัมพันธ์กับการพร่องทางการรู้คิดด้าน ความคล่องในการพูด(verbal fluency) ความจำ (Memory) และด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial)($r = -0.362$, $r = -0.239$ และ $r = -0.234$ ตามลำดับ)

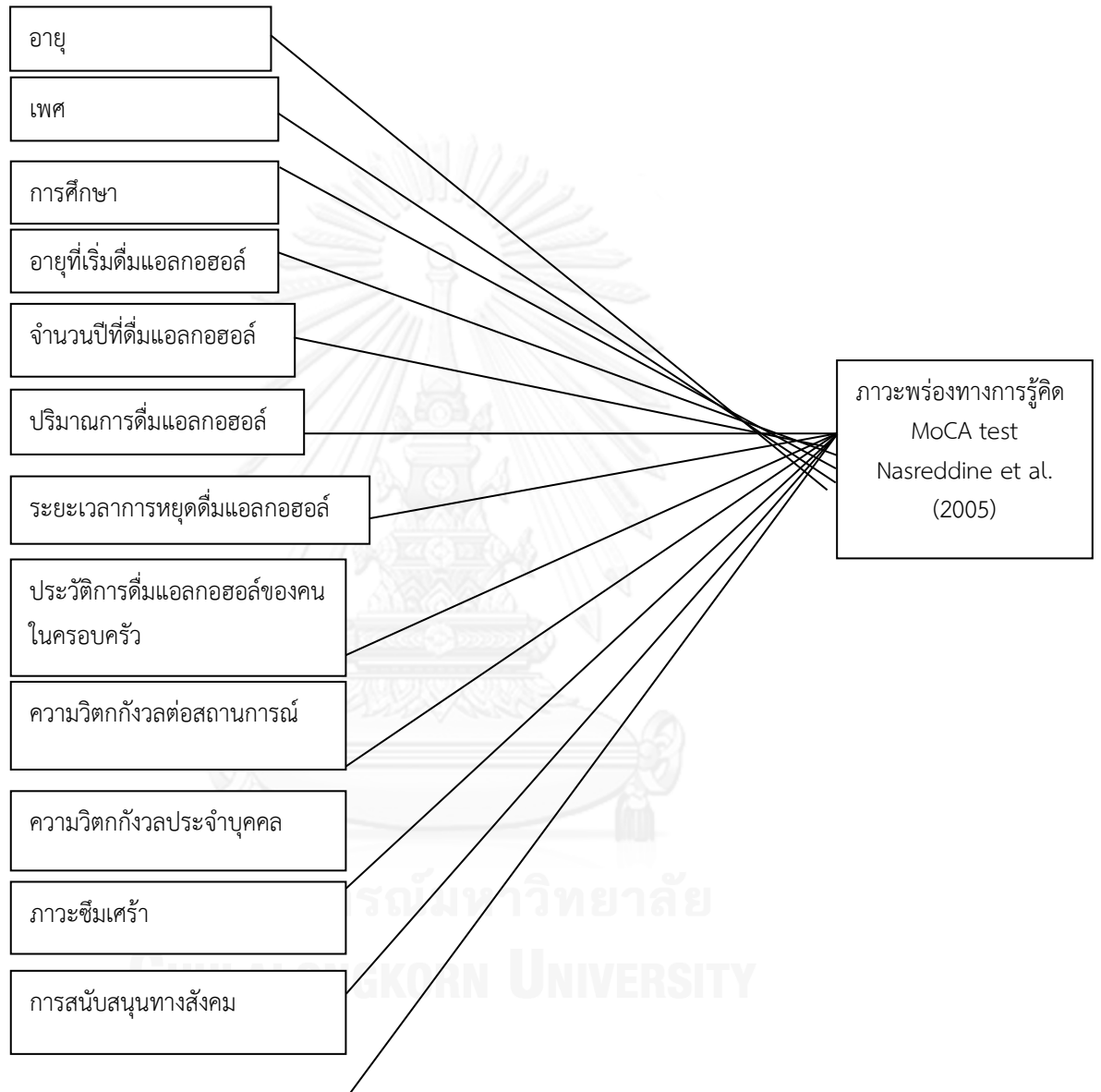
Sabia et al. (2014). ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยกลางคนและภาวะ พร่องทางการรู้คิดเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าครั้งที่สองในประชากรกรุงลอนดอนทั้งสิ้นจำนวน 7,153 คน โดย 5,054 คน เป็นเพศชาย จำนวน 2,099 คนเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56 ปี (rang 44-69 ปี) ที่ได้รับการประเมินด้านการรู้คิด และการดื่มแอลกอฮอล์ 3 ครั้งในระยะเวลา 10 ปี คือใน ปี 1997-1999 และประเมินซ้ำอีกครั้งในปี 2002-2004 และในปี 2007-2009 โดยใช้แบบ ประเมิน battery ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้านความจำ การทำหน้าที่ด้าน memory, executive function และ global cognitive score และหาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับการ พร่องการรู้คิด พบว่าในผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพศชายไม่พบความแตกต่าง ระหว่างผู้ที่หยุดดื่ม แอลกอฮอล์ ดื่มในระดับน้อยถึงปานกลาง (<20g/d) แต่ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ระดับ ≥ 36 g/d จะมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมการรู้คิดอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ระดับ 0.1 g/d และ 19.9 g/d.

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ พร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมี ความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติด แอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการ ดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม แสดงเป็น กรอบแนวคิดได้ดังนี้

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดรักษายาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่บำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่นและ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลาในระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคม 2557 ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ โดย

1. มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ คือ 1) มีการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการหรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังอาการต่อไปนี้

1) มีการดื้อต่อแอลกอฮอล์ (Tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.1 ความต้องการใช้แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดความมึนเมา (Intoxication) หรือผลอื่นที่ต้องการ

1.2 ได้รับผลจากแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมากหากคงการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณเท่าเดิม

2) มีอาการขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์หลังหยุดบริโภคแอลกอฮอล์ (Withdrawal symptoms)

2.2 มีการบริโภคแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการขาดแอลกอฮอล์ หรือเพื่อไม่ให้มีอาการดังกล่าว

3. มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นหรือบริโภคแอลกอฮอล์เป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ

4. มีความต้องการบริโภคแอลกอฮอล์อยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดบริโภคแอลกอฮอล์หรือควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้

5. มีการใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้บริโภคแอลกอฮอล์
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่นๆ เนื่องจากบริโภคแอลกอฮอล์
7. มีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจต่อตนเอง

2. เป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา CIWA-score ได้คะแนนประเมินมากกว่า 9 คะแนน
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์

2. วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งมีสูตร ดังนี้

$$N = 10K + 50 \quad (N = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง } K = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา})$$

การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 13 ตัวแปร $N = (10 \times 13) + 50$ ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 180 คนและผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ต้องการการศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 198 คน

3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาลโดยคัดเลือกแบบเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 4 โรงพยาบาลซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นตัวแทนของแต่ละภาคได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี เป็นตัวแทนของประชากรภาคกลาง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตัวแทนของประชากรภาคเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น เป็นตัวแทนของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลา เป็นตัวแทนของประชากรภาคใต้ และเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตามรายงานประจำปี 2554 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วย ใน จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จ.ปทุมธานี	1,044	103
2.โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จ. เชียงใหม่	318	32
3. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จ. ขอนแก่น	583	58
4. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จ. สงขลา	53	5
รวม	1,998	198

3. ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Accidental Convenience Sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ตามการเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) และเป็นผู้ป่วยที่กำลังรับการบำบัดรักษาในช่วงวัน เวลา ใน โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนทั้ง 4 โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยคัดเลือก และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนทั้งสิ้น 198 คน ตามสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 6 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญาของ โสฬพัทธ์ เหมรัญจโรจน์ (Hemrungron, 2007) ซึ่งเป็นแบบทดสอบ โดยแปลมาจากแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ของ Nasreddine et al.(2005) ประกอบด้วย การประเมินการทำหน้าที่ของสมองด้านต่างๆ ดังนี้ ความตั้งใจสมาธิ (attention) การบริหารจัดการ (Executive Function) ความจำ (Memory) ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (Visuoconstructional Skills) ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ลักษณะของแบบทดสอบมีจำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นการทดสอบการทำหน้าที่ของสมองในส่วนต่างๆ โดยประเมินจาก

1 Visuospatial / Executive มีข้อทดสอบย่อย 3 ข้อ 1.1) เป็นแบบทดสอบการบริหารจัดการ โดยให้ผู้ถูกทดสอบสร้างเส้นลำดับโดยเรียงสลับตัวเลขและตัวอักษร (Alternative Trail Making) หากทำได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ข้อ 1.2 และ 1.3) เป็นแบบทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visuoconstructional skill) โดยให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปลูกบาศก์ตามตัวอย่างที่กำหนด และวาดหน้าปัดนาฬิกา หากวาดถูกต้องให้ 1 คะแนนและ 3 คะแนนตามลำดับ โดย

คะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน

2. Naming การบอกชื่อสัตว์ โดยให้ผู้ถูกทดสอบดูรูปสัตว์ 3 ชนิด หากบอกได้ถูกต้องว่าสัตว์นั้นชื่ออะไรให้ .ให้ชนิดละ 1 คะแนนโดยคะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 3 คะแนน

3. Memory เป็นการบันทึกความจำ (Registration) โดยให้ผู้ทดสอบบอกคำ 5 คำให้ผู้ถูกทดสอบจำไว้ และให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ 5 คำที่ได้บอกไว้แล้วซ้ำอีกภายหลังเวลา 5 นาที

4. Attention เป็นความทดสอบความตั้งใจและสมาธิ โดยมีการทดสอบ 3 ข้อย่อย 4.1)การทวนตัวเลขตามลำดับจากหน้าไปหลัง (Forward Digit Span) และทวนตัวเลขตามลำดับจากหลังไปหน้า (Backward Digit Span):เมื่อผู้ถูกทดสอบทำได้ให้ข้อละ 1 คะแนน 4.2)เป็นการทดสอบ Vigilance(การระวังตัว) ให้ผู้ทดสอบเคาะโต๊ะ 1 ครั้งเมื่อได้ยินเลข 1 เมื่อทำผิดไม่เกิน 2 ครั้งให้ 1 คะแนน 4.3) Serial 7s ให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขในใจจาก 100-7 ซ้ำไปเรื่อยๆ 5 ครั้ง ครั้งที่ลบถูกให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน

5. Language มีการทดสอบ 2 ข้อย่อย 5.1) การพูดทวนประโยค (Sentence repetition) ให้ผู้ถูกทดสอบพูดตามประโยคที่ผู้ทดสอบพูดให้ฟังให้เหมือนที่สุด ให้ 1 คะแนนเมื่อทวนประโยคได้ถูกต้องตามที่ได้ยิน 5.2) ความสามารถในการใช้คำพูด (Verbal fluency) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษร “ก” ภายในเวลา 1 นาทีให้ 1 คะแนนถ้าผู้ถูกทดสอบบอกได้มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คำ โดยคะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 3 คะแนน

6. Abstraction ความคิดเชิงนามธรรม ให้ผู้ถูกทดสอบบอกความเหมือนของสองสิ่งในลักษณะนามธรรม ให้ 1 คะแนนถ้าผู้ถูกทดสอบตอบถูก โดยคะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 2 คะแนน

7. Delay recall การทวนซ้ำเป็นการทดสอบความจำระยะสั้น (Recall) โดยให้ผู้ทดสอบบอกคำที่ได้บอกไว้แล้วจากข้อ 3 ตอบถูก 1 คำ ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน

8. Orientation การรับรู้สภาวะรอบตัว ใช้คำถาม 5 ข้อเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ตอบถูกให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบถูก 1 คำให้ 1 คะแนนเกี่ยวกับความจำระยะสั้น (Recall) โดยคะแนนรวมของการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน โดยแบบประเมินมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน และแบบประเมินนี้ได้มีการปรับการให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี(ประถมศึกษาปีที่ 6) การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนประเมินรวมของภาวะพร่องทางการรู้คิด 0 – 24 คะแนน แสดงว่ามีภาวะพร่องทางการรู้คิด หากคะแนนประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด (Hemrungsrojn, 2007) โดยมีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ไต่เท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) โดยการแปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (อ้างถึงในสุจิตรา อู๋รัตนมณี, 2549)

เครื่องมือเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) โดยผู้ตอบแบบประเมินสำรวจตนเองตามความรู้สึที่ที่เกิดขึ้นจริง แต่ละข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามรวม

21 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านคือข้อคำถามข้อ 1 - 15 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และ ข้อคำถามข้อ 16 - 21 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย

วิธีการคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 และแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมของภาวะซึมเศร้า 0-9 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในช่วงปกติ (normal range) คะแนน 10-15 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 16-19 คะแนนผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) คะแนน 20-29 คะแนนผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และ คะแนน 30-63 คะแนนหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) โดยมีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .78

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ชาติรี นนทศักดิ์ และจัน เบริ (2535) (อ้างถึงในชญาณิชชัญ อนันตวรรังศ์, 2551) โดยการแปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวล STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger(1983) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านคือข้อคำถามที่ 1-20 เป็นด้านความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย, รู้สึกเล็กน้อย, รู้สึกค่อนข้างมาก และรู้สึกมากที่สุด และข้อคำถามที่ 21-40 เป็นด้านความวิตกกังวลประจำบุคคล (Trait anxiety) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่เคยเลย, รู้สึกบางครั้ง, รู้สึกบ่อยๆ และรู้สึกเกือบเวลา ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อความทางลบ 23 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, และ 40 และเป็นข้อความทางบวก 17 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 33, 36, และ 39 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ไม่รู้สึกเลย/แทบไม่เคยเลย	1	4
รู้สึกเล็กน้อย/รู้สึกบางครั้ง	2	3
รู้สึกค่อนข้างมาก/รู้สึกบ่อยๆ	3	2
รู้สึกมากที่สุด/รู้สึกเกือบเวลา	4	1

วิธีการคิดคะแนนด้านความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) ทำโดยคิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 20 ด้านความวิตกกังวลประจำบุคคล (Trait anxiety) ทำโดยคิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อที่ 21 ถึงข้อที่ 40 และแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 80 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 20 คะแนน

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) และคะแนนรวมของความวิตกกังวลประจำบุคคล (Trait anxiety) คะแนน 20-40 หมายถึงผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 41-60 หมายถึงผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 61-80 หมายถึงผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง โดยมีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ บุญยพัชร์ ปิยะบุญสิทธ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ใช้สอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ การยอมรับนับถือ การเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกันและการแสดงความรักผูกพัน ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 5 และ 6 2) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การตักเตือน หรือการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกระทำของบุคคล ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 8, 9, 10, 11 และ 12 3) ด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) การช่วยเหลือโดยตรงในรูปแบบของการบริการ เวลา เงิน วัสดุสิ่งของ ได้แก่ข้อคำถามที่ 4, 7, 13 และ 14

เครื่องมือแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 5 และ 6 เป็นด้านข้อคำถามด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ การยอมรับนับถือ การเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกันและการแสดงความรักผูกพัน และข้อคำถามที่ 8, 9, 10, 11 และ 12 เป็นด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การตักเตือน หรือการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกระทำของบุคคล และข้อคำถามที่ 4, 7, 13 และ 14 เป็นด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) การช่วยเหลือโดยตรงในรูปแบบของการบริการ เวลา เงิน วัสดุสิ่งของ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนน
จริงมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด	5
จริงมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก	4
จริงปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง	3
จริงเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเล็กน้อย	2
ไม่จริง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม แล้วแบ่งออกเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดหามากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 1.00-1.50 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม คะแนน 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อย คะแนน 2.51-3.50 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยได้สนับสนุนทางสังคมมาก และ คะแนน 4.51-5.00 คะแนน หมายถึงผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด โดยมีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

ส่วนที่ 6 เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุรา แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal scale for Alcohol-Revised (CIWA Ar) 10 ข้อ (Salivan et al., 1989) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามใช้ประเมินอาการถอนพิษสุรา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ รายละเอียดการประเมินประกอบไปด้วยอาการ คลื่นไส้อาเจียน มือสั่น เหงื่อออก วิตกกังวล กระสับกระส่าย ความผิดปกติด้านการสัมผัส ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ อาการปวดศีรษะ และความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล

วิธีการคิดคะแนน ในแต่ละข้อคำถามมีคะแนน ตั้งแต่ 0-7 คะแนน ยกเว้นความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล มีคะแนนอยู่ ระหว่าง 0-4 คะแนนโดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 67คะแนน

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา รวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย คะแนน 10-14 คะแนนหมายถึงผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง คะแนน 15-18 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง และคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ได้แก่ แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความวิตกกังวล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

จิตแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ท่าน

แพทย์อายุรกรรมประสาทผู้ให้การดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ท่าน

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้มีผลงานทางวิชาการด้านผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 2	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 4	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และกระชับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 4, 6, 7, 8 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากมีความหมายที่ผู้ปวยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยการปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้นจำนวน ข้อดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
4.การศึกษา	4.ระบุเริ่มนับตั้งแต่ ประถมศึกษาปีที่ 1
6.รายได้ต่อเดือน	6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
7.คุณมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุราหรือไม่	7.คุณมีบุคคลในครอบครัว(ญาติสายตรงดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไม่
8.แหล่งสนับสนุนทางสังคมของคุณ 6 เดือนก่อน เข้าโรงพยาบาลคุณอยู่กับใคร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	8. 6 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาลคุณอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

2. แบบประเมินความวิตกกังวล ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 21 ข้อคำถามเหมือนข้อที่ 20 คือ “ฉันรู้สึกแฉะในใจ” ผู้วิจัยใช้คำถามเดิมแต่ชี้แจงในขณะทำแบบสอบถามถึงความชัดเจนในคำถาม

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 11, 13

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
11.หัวหน้างานมักแนะนำ ตักเตือนหรือห้ามปรามมิให้ข้าพเจ้าไปยุ่งเกี่ยวกับสุรา	11.บุคคลใกล้ชิดมักแนะนำ ตักเตือนหรือห้ามปรามมิให้ข้าพเจ้าไปยุ่งเกี่ยวกับสุรา
13.หัวหน้างานมักจัดกิจกรรมต่างๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน	13.บุคคลใกล้ชิดมักจัดกิจกรรมต่างๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจาก 4 ใน 5 คน (Polit & Beck, 2004 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554.) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ไป (Polit & Hungler, 2006 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554.) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน รายละเอียดของค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
1.แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย	1.00
2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	1.00
3.แบบสอบถามความวิตกกังวล	
3.1 แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	1.00
3.2 แบบวัดความวิตกกังวลประจำบุคคล	0.90
4.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	1.00

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และกระชับ โดย 1) ปรับปรุงแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในข้อ 4, 6, 7, 8 2)แบบประเมินความวิตกกังวล ข้อคำถามข้อ 21 ข้อคำถามเหมือนข้อที่ 20 คือ “ฉันรู้สึกแจ่มใส” ผู้วิจัยใช้คำถามเดิมแต่ชี้แจงในขณะทำแบบสอบถามถึงความชัดเจนในคำถาม 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ปรับปรุงข้อคำถามข้อ 11, 13 โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้เสพติดแอลกอฮอล์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลอภัยภูธรฯ ปทุมธานี ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 30 คน

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความวิตกกังวล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อใช้จริง

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	จากการทดลอง (N = 30)	จากการวิจัย (N = 198)
1.แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย	0.76	0.72
2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	0.78	0.82
3.แบบสอบถามความวิตกกังวล		
3.1แบบสอบถามความวิตกกังวลสถานการณ์	0.90	0.90
3.2แบบสอบถามความวิตกกังวลประจำบุคคล	0.82	0.86
4.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.84	0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี
2. เมื่อได้รับการอนุมัติพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ในวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2557 (ดังหนังสือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ในภาคผนวก ค หน้า 140) ได้ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยไปยังผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลา
3. ภายหลังได้รับการอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ระหว่างเดือน มกราคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 ผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยทั้งสี่โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างการยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัย ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากทะเบียนผู้ป่วยใน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนทั้งสิ้น 198 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

4.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ็งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่ามิสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย แล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมการวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30-40 นาที ทั้งหมด 6 ส่วนจำนวนทั้งสิ้น 99 ข้อโดยผู้วิจัยได้เรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น

4.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 198 ฉบับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การเตรียมตัวผู้วิจัย

1. ผู้วิจัยได้รับการฝึกสอนการใช้แบบประเมินภาวะพร่องทางพุทธิปัญญา (MoCA) จากนักจิตวิทยาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ และได้ทำการประเมินในผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการแปลผลกับนักจิตวิทยา

2. ผู้วิจัยเข้ารับการอบรม The New Cognitive Screening Test Training Work Shop โดย พ.ญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ วันที่ 17 เมษายน 2555 ณ สถาบันธัญญารักษ์

3. ผู้วิจัยเข้ารับการอบรม หลักสูตร “การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะพร่องทางสมอง (Cognitive impairment)” วันที่ 29-31 สิงหาคม 2555 ณ สถาบันธัญญารักษ์

4. ผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมวิชาการโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล “MoCA: Application Across Cultures & Languages” 28 January 2013 ห้องประชุมแพทย์โดม 2 อาคารคุณากร ชั้น 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยได้การเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยในการเป็นผู้ช่วยเก็บแบบประเมินภาวะพร่องทางพุทธิปัญญา (MoCA) ซึ่งเป็นพยาบาลในพื้นที่ในแต่ละโรงพยาบาลจำนวน 1 คนโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้แบบประเมินภาวะพร่องทางพุทธิปัญญา (MoCA) และให้คู่มือวิธีการประเมินและการให้คะแนน พร้อมทั้งสาธิตการประเมินโดยประเมินผู้เสพติดแอลกอฮอล์ให้ดู และให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับโดยการประเมินผู้ป่วยให้ดู และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการใช้แบบประเมิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี และได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล อีกทั้งก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด และประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับไม่มีสารเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม ดื่มสุรครั้งแรกอายุ ดื่มสุราเป็นประจำอายุ 30 วันก่อนเข้ารับการรักษา ดื่มสุราวันละประมาณ ดื่มสุรครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการรักษา ชนิดของสุราที่ดื่มประจำ ดื่มสุราบ่อยเพียงใด ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาค่าคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ ประวัติการดื่มสุราของคนในครอบครัว กับภาวะพร่องทางการรู้คิด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ไคสแควร์ (chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบค่า r โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2551)

เมื่อ r มีค่า 0.0–0.2	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก
เมื่อ r มีค่า 0.2–0.4	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ
เมื่อ r มีค่า 0.4–0.6	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
เมื่อ r มีค่า 0.6–0.8	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง
เมื่อ r มีค่า 0.8–1.0	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) เพื่อศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 198 คนซึ่งเข้ารับการรักษาแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว โดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 ภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ตอนที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ตอนที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ตอนที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

\bar{x}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
range	หมายถึง	ค่าพิสัย
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ
χ^2	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส (n = 198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	158	79.8
หญิง	40	20.2
อายุ (ปี)		
20-29	9	4.5
30-39	72	36.4
40-49	60	30.3
50-59	52	26.3
60-69	5	2.5
\bar{x} =43.30, S.D = 9.02		
Min-Max = 20-65		
สถานภาพสมรส		
โสด	54	27.3
สมรสและอยู่ด้วยกัน	71	35.9
สมรสและแยกกันอยู่	15	7.6
หม้าย/หย่า/แยก	58	29.3

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน เป็นเพศชาย 158 คน คิดเป็นร้อยละ 79.8 เป็นเพศหญิง 40 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.30 ปี (S.D. = 9.02) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 รองลงมาคือสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตามจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และรายได้ (n =198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา		
1-6 ปี	62	31.3
7-9 ปี	40	20.2
10-12 ปี	48	24.2
13-16 ปี	47	23.7
17-18 ปี	1	0.5
\bar{x} =9.84, S.D = 4.13		
Min-Max = 1-18		
รายได้บาท/เดือน		
ไม่มีรายได้	12	6.1
น้อยกว่า 10,000 บาท	90	45.5
มากกว่า 10,000 บาท	96	48.5
รวม	198	100

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระบบการศึกษา จำนวน 6 ปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 รองลงมาคือได้รับการศึกษาในระบบจำนวน 12 ปี และ 16 ปี จำนวน 48 และ 47 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 23.7 และส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว และ อาชีพ (n =198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว		
ไม่มี	25	12.6
มี	173	87.4
บิดา	150	75.8
มารดา	41	20.7
พี่ชาย/น้องชาย	100	50.5
พี่สาว/น้องสาว	32	16.2
อาชีพ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ	5	2.5
นักเรียน/นักศึกษา	2	1.0
การเกษตร (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่) การประมง	23	11.6
กรรมกร/งานรับจ้าง	72	36.4
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	38	19.2
ข้าราชการ	29	14.6
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	3.0
อื่นๆระบุ(ว่างงาน)	23	11.6

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มี 157 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่ คือจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 79.3 มีความสัมพันธ์เป็นบิดาของผู้ป่วย และรองลงมาเป็นความสัมพันธ์โดยเป็นพี่ชายหรือน้องชายของผู้ป่วย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 ส่วนใหญ่มีอาชีพกรรมกรหรือรับจ้าง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมามีอาชีพค้าขาย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม ผู้ที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยก่อนเข้าโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ (n =198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่อยู่ด้วยก่อนเข้าโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
บิดา/มารดา	77	38.9
คู่สมรส	77	38.9
บุตร	62	31.3
ญาติ	61	30.8
มิตรสหาย	1	0.5
พระหรือนักบวช	1	0.5
เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน	2	1.0
บุคลากรทางด้านสาธารณสุข	2	1.0
ผู้มีปัญหาคล้ายๆกัน	1	0.5
แหล่งอื่นๆ ระบุ (อยู่คนเดียว)	15	7.6

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน ก่อนเข้ารับการรักษาจะพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา และคู่สมรส จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 เท่ากัน อยู่กับบุตร จำนวน 62 คน และอยู่กับญาติจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 และ 30.8 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา จำนวน 15 คนคิดเป็น ร้อยละ 7.6 อาศัยอยู่คนเดียวโดยไม่มีผู้ดูแล

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตามอายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มมาตรฐาน/วัน) และระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (n =198 คน)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์		
10-20 ปี	167	84.3
21-35 ปี	31	15.7
\bar{x} =18.01, S.D = 3.95. Min-Max = 10-35		
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มมาตรฐาน/วัน)		
4-20 มาตรฐานต่อวัน	138	69.7
21-40 มาตรฐานต่อวัน	54	27.3
41-61 มาตรฐานต่อวัน	6	3.0
\bar{x} =20.25, S.D = 10.94 Min-Max =4-61		
ระยะเวลาการหยุดดื่ม		
1-14 วัน	52	26.3
15-60 วัน	104	52.5
61 วันขึ้นไป	42	21.2
\bar{x} =63.94, S.D = 121.48 Min-Max = 7-717		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่อมีอายุเฉลี่ย 18 ปี (S.D. = 3.95) และส่วนใหญ่เริ่มดื่มเมื่ออายุอยู่ในวัยเด็กและวัยรุ่น คืออายุระหว่าง 10-20 ปี ถึงร้อยละ 84.3 โดยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ 4-20 ดื่มมาตรฐานต่อวัน มากที่สุด คือร้อยละ 69.7 คิดเป็นปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ย 20 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (S.D. = 10.94) สำหรับระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ก่อนได้รับการประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิด 15-60 วัน จำนวน 104 คนคิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือหยุดดื่มมา 1-14 วัน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 และโดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มแอลกอฮอล์ก่อนได้รับการประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิด 64 วัน (S.D. = 121.48)

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำแนกตาม ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (วัน) (n =198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม		
6 ดีกรี	7	6.1
28 ดีกรี	5	2.5
35 ดีกรี	47	23.7
40 ดีกรี	139	70.2
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม		
สุราขาว	131	66.2
สุราผสม	48	24.2
เบียร์	7	3.5
อื่นๆ (ยาดอง,เหล้าเสือ)	12	6.1

จากตารางที่ 9 ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน พบว่า ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากที่สุด คือ สุราชนิด 40 ดีกรี จำนวน 139 คนคิดเป็นร้อยละ 70.2 รองลงมา ได้แก่สุราชนิด 35 ดีกรี จำนวน 47 คนคิดเป็นร้อยละ 23.7 และเมื่อพิจารณาชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มพบว่า ส่วนใหญ่ดื่มสุราขาว จำนวน 131 คนคิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมาคือดื่มสุราผสม จำนวน 48 คนคิดเป็นร้อยละ 24.2

ตอนที่ 2 ภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด จำแนกตามคะแนนประเมินการพร่องการรู้คิดรายด้าน (n=198 คน)

ตัวแปร	Range(คะแนน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ภาวะพร่องทางการรู้คิด			
- ไม่มี	25-30	75	37.9
- มี	8-24	123	62.1
$\bar{x} = 22.30, S.D.= 4.87$			
Min-Max = 8-30			
เพศชาย		99	80.49
เพศหญิง		24	19.50
การประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดรายด้าน			
Visuospatial/Executive			
ระดับคะแนน 0		6	
ระดับคะแนน 1		26	3.0
ระดับคะแนน 2		19	13
ระดับคะแนน 3		45	9.6
ระดับคะแนน 4		68	22.7
ระดับคะแนน 5		34	34.3
$\bar{x} = 3.23, S.D. = 1.37$			
Min-Max = 0-5			
Naming			
ระดับคะแนน 1		2	1.0
ระดับคะแนน 2		7	3.5
ระดับคะแนน 3		189	95.5
$\bar{x} = 2.94, S.D.= 0.27$			
Min-Max = 1-3			

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มีภาวะพร่องทางการรู้คิดจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 และพบว่ามี การรู้คิดปกติ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 โดยมีคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดเฉลี่ย 22.30 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด สำหรับคะแนนประเมินด้าน Visuospatial /Executive กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนน 4 คะแนน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 ระดับคะแนน 3 คะแนน จำนวน 45 คนคิดเป็นร้อยละ 22.7 คะแนนเฉลี่ยด้าน Visuospatial /Executive กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานของสมองด้านนี้ โดยเฉลี่ยปกติ ($\bar{x} = 3.23$, S.D. = 1.37) ส่วนคะแนนด้าน Naming ระดับคะแนน 3 จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 ระดับคะแนน 2 คะแนน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานของสมองด้านนี้โดยเฉลี่ยปกติ ($\bar{x} = 2.94$, S.D.=0.27)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามคะแนนประเมินการพร้อม การรู้คิดรายด้าน (n=198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Max	Min	\bar{x}	S.D.
Attention รวม			6	1	5.13	1.15
Attention forward- backward			2	0	1.87	0.36
ระดับคะแนน 0	2	1.0				
ระดับคะแนน 1	21	10.6				
ระดับคะแนน 2	175	88.4				
Attention Vigilance			1	0	0.88	0.31
ระดับคะแนน 0	22	11.1				
ระดับคะแนน 1	176	88.9				
Attention Serial 7s			3	0	2.36	0.89
ระดับคะแนน 0	9	4.5				
ระดับคะแนน 1	29	14.6				
ระดับคะแนน 2	40	20.2				
ระดับคะแนน 3	120	60.6				

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มีคะแนนประเมินด้าน Attention forward-backward ส่วนใหญ่มีคะแนนประเมิน ระดับคะแนน 2 จำนวน 175 คิดเป็นร้อยละ 88.4 (\bar{x} =1.87, S.D. = 0.63) มีคะแนนประเมินด้าน Attention Vigilance ส่วนใหญ่มีคะแนนประเมิน ระดับคะแนน 1 จำนวน 176 คิดเป็นร้อยละ 88.9 (\bar{x} =0.88, S.D. = 0.31) คะแนนประเมินด้าน Attention Serial 7s ส่วนใหญ่มีคะแนนประเมิน ระดับคะแนน 3 จำนวน 120 คิดเป็นร้อยละ 60.6 (\bar{x} =2.36, S.D. = 0.89) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานของสมองด้าน Attention โดยเฉลี่ยปกติ (\bar{x} =5.13, S.D. = 1.15)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการประเมินการพร้อม การรู้คิดรายด้าน (n=198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Max	Min	\bar{x}	S.D.
Language รวม			3	0	1.54	1.00
Language-repeat			2	0	1.08	0.82
ระดับคะแนน 0	59	29.8				
ระดับคะแนน 1	64	32.3				
ระดับคะแนน 2	75	37.9				
Language-fluency			1	0	0.46	0.50
ระดับคะแนน 0	106	53.5				
ระดับคะแนน 1	92	46.5				
Abstraction			2	0	1.23	0.81
ระดับคะแนน 0	47	23.7				
ระดับคะแนน 1	58	29.3				
ระดับคะแนน 2	93	47.0				

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มีคะแนน ประเมินด้าน Language-repeat ส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินระดับคะแนน 2 จำนวน 75 คนคิดเป็น ร้อยละ 37.9 (\bar{x} =1.08, S.D. = 0.82) และมีคะแนนประเมินด้าน Language-fluency ส่วนใหญ่มี คะแนนประเมินระดับคะแนน 0 จำนวน 106 คนคิดเป็นร้อยละ 53.5 (\bar{x} =0.46, S.D. = 0.50) ซึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพร้อมทางการต่อเนื่องของการพูดโดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้าน Language 1.54 คะแนน(SD = 1.00) ส่วนคะแนนประเมินในด้าน Abstraction ส่วนใหญ่มีคะแนน ประเมินระดับคะแนน 2 จำนวน 93 คนคิดเป็นร้อยละ 47 และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้าน Abstraction โดยเฉลี่ยปกติ (\bar{x} =1.23, S.D. =0.81)

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการประเมินการพร้อม การรู้คิดรายด้าน (n=198 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Max	Min	\bar{x}	S.D.
Delayed Recall			5	0	2.53	1.72
ระดับคะแนน 0	37	18.7				
ระดับคะแนน 1	24	12.1				
ระดับคะแนน 2	35	17.7				
ระดับคะแนน 3	35	17.7				
ระดับคะแนน 4	33	16.7				
ระดับคะแนน 5	34	17.2				
Orientation			6	2	5.68	0.63
ระดับคะแนน 2	1	0.5				
ระดับคะแนน 3	1	0.5				
ระดับคะแนน 4	9	4.5				
ระดับคะแนน 5	38	19.2				
ระดับคะแนน 6	149	75.3				

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มีคะแนน ประเมินด้าน Delayed Recall ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับ 0 คะแนน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 โดยมีคะแนนโดยรวมด้าน Delayed Recall เฉลี่ย 2.53 คะแนน (S.D.=1.72) ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนประเมินด้าน Orientation ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับ 6 คะแนน จำนวน 149 คนคิดเป็น ร้อยละ 75.3 โดยมีคะแนนโดยรวมด้าน Orientation รวมเฉลี่ยปกติ 5.68 คะแนน (S.D.=0.63)

ตอนที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำบุคคล (n=198 คน)

ตัวแปร	Range คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ความวิตกกังวลต่อ สถานการณ์	20-40	33	16.7	48.44	8.56	ต่ำ
	41-60	147	74.2			ปานกลาง
	61-80	18	9.1			สูง
ความวิตกกังวลประจำ บุคคล	20-40	26	13.1	49.95	8.28	ต่ำ
	41-60	146	73.7			ปานกลาง
	61-80	26	13.1			สูง
รวม		198	100			

จากตารางที่ 14 พบว่า จากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน พบว่าส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State anxiety) อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 และรองลงมามีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State anxiety) ในระดับต่ำจำนวน 33 คนคิดเป็นร้อยละ 16.7 โดยมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โดยเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลประจำบุคคล (Trait anxiety) อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 และรองลงมามีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (Trait anxiety) ในระดับต่ำและในระดับสูง จำนวน 26 คนคิดเป็นร้อยละ 13.1 เท่ากัน โดยมีความวิตกกังวลประจำบุคคลโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน (n=198 คน)

ตัวแปร	Range	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	1.51 - 2.50	10	5.1	3.72	0.70	มาก น้อย
	2.51 - 3.50	54	27.3			ปานกลาง
	3.51 - 4.50	114	57.6			มาก
	4.51 - 5.00	20	10.1			มากที่สุด
การสนับสนุนทางสังคม รายด้าน						
ด้านอารมณ์				3.90	0.83	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร				4.09	0.75	มาก
ด้านสิ่งของหรือบริการ				3.11	0.78	ปานกลาง
รวม		198	100			

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 รองลงมา มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย 3.72 (S.D.=0.70) อยู่ในระดับมาก โดยมีรายละเอียดคือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย 4.09 (S.D.=0.75) อยู่ในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของหรือบริการเฉลี่ย 3.11 (S.D.=0.78) อยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนด้านอารมณ์เฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.83) อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n=198 คน)

ตัวแปร	Range คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ภาวะซึมเศร้า				12.87	7.17	เล็กน้อย
	0-9	82	41.4			ปกติ
	10-15	56	28.3			เล็กน้อย
	16-19	22	11.1			ปานกลาง
	20-29	34	17.2			มาก
	30-63	4	2.0			รุนแรง
รวม		198	100			

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 โดยมีภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับเล็กน้อย

ตอนที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ระหว่างเพศ บุคคลในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์ กับภาวะพร่องทางการรู้คิดผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (n=198)

ตัวแปร	ภาวะพร่องทางการรู้คิด (คน)		รวม	χ^2	p-value
	ภาวะพร่องทางการรู้คิดปกติ	มีภาวะพร่องทางการรู้คิด			
เพศ					
ชาย	59	99	158	19.235	.509
หญิง	16	24	40		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว					
มี	65	108	173	23.612	.157
ไม่มี	10	15	25		

จากตารางที่ 17 พบว่าเพศ และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson's Correlation)

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (n=198)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-.236	.001
การศึกษา	.465	.000
อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์	-.072	.315
จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์	-.228	.001
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์	.180	.011
ระยะเวลาการหยุดดื่ม	.304	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.108	.130
ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	.068	.342
ความวิตกกังวลประจำบุคคล	.176	.013
การสนับสนุนทางสังคม	-.008	.910

จากตารางที่ 18 พบว่า อายุ และ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.236$ และ $-.228$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการศึกษา ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม แอลกอฮอล์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .465$, $.180$, $.304$ และ $.176$ $p < 0.05$ ตามลำดับ)

ในขณะที่อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลสถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัด และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์

สมมุติฐานการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์
2. ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีเพศต่างกันมีภาวะพร่องทางการรู้คิดแตกต่างกัน
3. การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
4. อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
5. จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
6. ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์
7. ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
8. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวแตกต่างกันมีภาวะพร่องทางการรู้คิดแตกต่างกัน
9. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
- 10 ความวิตกกังวลประจำบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
- 11.ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
12. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาคมนิตแพทย์อเมริกัน [DSM-IV] ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่บำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดสงขลา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 180 คนได้จากการคำนวณโดยใช้เทคนิคของ(Thorndike, 1978 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2552) และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ต้องการศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ตามรายงานประจำปี 2554 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัยดังนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัยดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา CIWA-score ได้คะแนน ประเมินมากกว่า 9 คะแนน ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA Test)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวล

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการขาดสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนแล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือในส่วน of แบบประเมินพุทธิปัญญา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ แบบวัดความวิตก

กังวลประจำบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76, .78, .90, .82 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยอีก 1 คนโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 6 มกราคม 2557 ถึง 31 มีนาคม 2557 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม ดื่มสุรารั้งแรกอายุ ดื่มสุราเป็นประจำอายุ 30 วันก่อนเข้ารับการรักษา ดื่มสุรารั้งละประมาณ ดื่มสุรารั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับรักษา ชนิดของสุราที่ดื่มประจำ ดื่มสุร่าบ่อยเพียงใด ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาค่าคะแนนแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ แบบวัดความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม นำมาวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ ประวัติการดื่มสุราของคนในครอบครัวกับภาวะพร่องทางการรู้คิด ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คนเป็นเพศชาย 158 คน คิดเป็นร้อยละ 79.8 เป็นเพศหญิง 40 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.30 ปี (S.D.=9.02) ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาโดยนับจากประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงผู้ป่วยจบการศึกษาเท่ากับ 9.84 ปี (S.D.=4.13) มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว จำนวน 173 คนคิดเป็นร้อยละ 87.4 โดยก่อนเข้ารับการรักษาแอลกอฮอล์ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่กับบิดา มารดา หรือคู่สมรส จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุ 18 ปี (S.D.=3.95) ส่วนใหญ่ดื่มสุราขาว จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 และเป็นสุราขาว 40 ดิกรี จำนวน 139 คนคิดเป็นร้อยละ 70.2 โดยปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มมาตรฐาน/วัน) เฉลี่ย 20 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (S.D.=10.94) สำหรับระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 64 วัน (S.D.=121.48)

2. ภาวะพร่องทางการรู้คิด พบว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คนมีภาวะพร่องทางการรู้คิด จำนวน 123 คนคิดเป็นร้อยละ 62.1 โดยเป็นเพศชายจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 80.49 และเพศหญิงจำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 19.50 ส่วนที่เหลือ คือผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด จำนวน 75 คนคิดเป็นร้อยละ 37.9 ดังนั้น ภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ในการศึกษาครั้งนี้คือ ร้อยละ 62.1 โดยเมื่อพิจารณาจำแนกการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนประเมินด้าน Visuospatial/Executive ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 4 คะแนนจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 34.3 (\bar{x} 3.23 ,S.D.=1.37) คะแนนประเมินด้าน Naming ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 3 คะแนนจำนวน 189 คนคิดเป็นร้อยละ 95.5 (\bar{x} 2.94 ,S.D.=0.27) คะแนนประเมินด้าน Attention forward-backward ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 2 คะแนนจำนวน 175 คนคิดเป็นร้อยละ 88.4 (\bar{x} 1.87 ,S.D.=0.36) คะแนนประเมินด้าน Attention Vigilance ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 1 คะแนนจำนวน 176 คนคิดเป็นร้อยละ 88.9 (\bar{x} 0.88 ,S.D.=0.31) คะแนนประเมินด้าน Attention Serial 7s ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 3 คะแนนจำนวน 120 คนคิดเป็นร้อยละ 60.6 (\bar{x} 2.36 ,S.D.=0.89) คะแนนประเมินด้าน Language-repeat ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 2 คะแนนจำนวน 75 คนคิดเป็นร้อยละ 37.9 (\bar{x} 1.08 ,S.D.=0.82) คะแนนประเมินด้าน Language-fluency ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 0 คะแนนจำนวน 106 คนคิดเป็นร้อยละ 53.5 (\bar{x} 0.46 ,S.D.=0.50) คะแนนประเมินด้าน Abstraction ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 2 คะแนนจำนวน 93 คนคิดเป็นร้อยละ 47.0 (\bar{x} 1.23 ,S.D.=0.81) คะแนนประเมินด้าน Delayed Recall ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 0 คะแนนจำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 18.7 (\bar{x} 2.53 ,S.D.=1.72) และคะแนนประเมินด้าน Orientation ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 6 คะแนนจำนวน 149 คนคิดเป็นร้อยละ 75.3 (\bar{x} 5.68 ,S.D.=0.63)

โดยรวมพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะพร่องทางการรู้คิดต่ำด้านการประเมินความจำ (Delayed Recall) และความสามารถในการใช้คำพูด (verbal fluency)

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2. เพศ ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระหว่างเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3. การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

4. อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เริ่มเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนอายุ 20 ปี และเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ หลังอายุ 20 ปีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

5. จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

6. ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

7. ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

8. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีประวัติคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์และผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

9. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูงไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

10. ความวิตกกังวลประจำบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

11. ภาวะซึมเศร้าไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับมากและระดับรุนแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

12. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 คน ส่วนใหญ่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดร้อยละ 62.1 (จำนวน 123 คน จาก 198 คน) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gilchris & Morrison (2005) ที่พบว่าความชุกของการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้ที่ไม่ได้อยู่อาศัยและดื่มแอลกอฮอล์ในเมือง Glasgow พบว่ามีผู้เสพติดแอลกอฮอล์ เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดถึงร้อยละ 82

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ความวิตกกังวลประจำบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

2.1 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ อายุ การศึกษา จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่ม ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยสามารถ อภิปรายผลการศึกษาเรียงตามลำดับ ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.236, p < 0.01$) หมายความว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมาก จะมีคะแนนการประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน) ซึ่งคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดที่น้อย แสดงถึงว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะพร่องทางการรู้คิด ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากผู้เสพติดแอลกอฮอล์เมื่อมีอายุมากขึ้นและยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่จะส่งผลให้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลายาวนาน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุทำให้มีการลดลงของไขมันที่แทรกอยู่ในมวลกล้ามเนื้อของร่างกายเมื่อเทียบกับปริมาณของไขมันในมวลกายทั้งหมด ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เกิดการเพิ่มการกระจายตัวของแอลกอฮอล์ในร่างกายมากขึ้น

ร่วมกับผู้สูงอายุจะมี ระดับ gastric ADH ลดน้อยลงมากทำให้การเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกายผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่อายุมากขึ้นไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายช้าลง ดังนั้นเมื่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากขึ้นแอลกอฮอล์เข้าไปจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงอีกเหตุผลหนึ่งเมื่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุที่มากขึ้นระบบประสาทส่วนกลางของผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีความไว (Sensitivity) ต่อผลกระทบจากแอลกอฮอล์ เพิ่มมากขึ้น (Blow & Barry, 2002) ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากขึ้นมีภาวะพร่องทางการรู้คิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ryan & Butters (1980) ซึ่งพบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดที่มากขึ้น

การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r=0.465$, $p < 0.01$) หมายความว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการศึกษาสูงจะทำคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดได้สูง(มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน) ซึ่งคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดที่สูงแสดงถึงผู้เสพติดแอลกอฮอล์ไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักพบในผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2549: 21) โดยในผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักพบว่ามีปัญหาการดื่มและติดแอลกอฮอล์สูงเป็นผลให้สมองได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์เกิดภาวะพร่องทางการรู้คิดได้มากในผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลุ่มนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sabia et al. (2011) ที่พบว่า การศึกษาต่ำ (Primary school) มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากและมีภาวะพร่องทางการรู้คิดมาก

จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r=-0.228$, $p < 0.01$) หมายความว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีจำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์น้อยหรือติดแอลกอฮอล์ไม่นานจะทำคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดได้มาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน) ซึ่งคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดที่มาก แสดงถึงผู้เสพติดแอลกอฮอล์ไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้ที่ติดแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะมีผลให้เกิดการติดยา การติดยาเป็นผลจากการที่เซลล์เกิดการปรับตัวโดยแอลกอฮอล์กระตุ้นให้ตัวสร้างเอนไซม์เพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของแอลกอฮอล์จึงเป็นไปได้มาก ทำให้เซลล์มีความทนต่อระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้น ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ไปนานๆ จึงต้องดื่มในปริมาณมากขึ้นเพื่อให้การออกฤทธิ์เท่าเดิมกับที่เคยได้รับ ส่งผลให้สมองถูกทำลายมากขึ้น (Jones & Parson, 1971) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sarah. (2012). ได้ทำการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดด้านความจำ ความสามารถในการเชื่อมโยงสายตากับรูปภาพ และความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา

ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r=0.304$, $p < 0.01$) หมายความว่าผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้นานจะมีคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดได้มาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน) ซึ่งคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดที่มากแสดงถึงผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถ

อภิปรายได้ว่า เนื่องจากการหยุดติ่มแอลลอกฮอลล์มีผลต่อการฟื้นคืนของสมรรถภาพของสมองบางส่วน โดยมีการสร้างเซลล์ใหม่ (New cell genesis) ประกอบด้วยการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อที่ยึดเนื้อเยื่อในระบบประสาท (Progenitor) ใน Hippocampus และ Substantianigra (He & Crew, 2008) และระยะเวลาการหยุดติ่มแอลลอกฮอลล์แสดงให้เห็นถึงการดีขึ้นและความสมบูรณ์ของเส้นประสาทที่เสื่อมไปในขณะติ่มแอลลอกฮอลล์ (Park et al., 2002) เมื่อหยุดติ่มแอลลอกฮอลล์ในระยะสั้น (ระยะเวลา 1 เดือน) จะพบว่ามีการเพิ่มปริมาณขึ้นของ cortical gray matter ในโครงสร้างของสมองและพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของ white matter ของสมองสำหรับการหยุดติ่มแอลลอกฮอลล์ระยะยาว (ระยะเวลา 1 ปี) (Pfefferbaum et al., 1995) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rourke & Grant. (1999) ได้ ทำการศึกษาพบว่าอายุและระยะเวลาการหยุดติ่มแอลลอกฮอลล์มีผลต่อการดีขึ้นของการพร่องการรู้คิดในผู้เสพติด แอลลอกฮอลล์

ปริมาณการติ่มแอลลอกฮอลล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก ($r = .180, p < 0.05$) หมายความว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณการติ่มแอลลอกฮอลล์ที่มาก จะมีคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิด ที่สูง แสดงถึงผู้เสพติดแอลลอกฮอลล์ไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสัมพันธ์ของปริมาณการติ่มกับภาวะพร่องทางการรู้คิดไม่ได้มีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง แต่เป็นลักษณะ J-shape หรือ U-shape โดยพบว่าผู้เสพติดแอลลอกฮอลล์ที่มีการติ่มแอลลอกฮอลล์ในปริมาณน้อยถึงปานกลางมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิด ส่วนการติ่มแอลลอกฮอลล์ในปริมาณมากจะมีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติด แอลลอกฮอลล์ ซึ่งเมื่อพิจารณาปริมาณการติ่มของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าปริมาณการติ่มของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ จำนวน 138 คนคิดเป็นร้อยละ 69.7 มีปริมาณการติ่มอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (4-20 ติ่มมาตรฐานต่อวัน เมื่อคิดเป็นปริมาณแอลลอกฮอลล์บริสุทธิ์เท่ากับ 40-200 g/วัน) และมีค่าเฉลี่ยของ ปริมาณการติ่มเท่ากับ 20 ติ่มมาตรฐานต่อวัน (ปริมาณแอลลอกฮอลล์บริสุทธิ์เท่ากับ 200 g ต่อวัน สามารถอภิปรายได้ว่า การติ่มแอลลอกฮอลล์ในปริมาณที่น้อยถึงปานกลางจะมีผลโดยการยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด หรือการเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือด (Letenneur, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของ Chan, chiu & chu (2010) พบว่าการติ่มแอลลอกฮอลล์ในระดับน้อยถึงปานกลาง (คือน้อยกว่า 400 g ในผู้ชายและน้อยกว่า 280 g ในผู้หญิงต่อวัน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิด

2.2 จากผลการศึกษาที่พบว่า มีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลลอกฮอลล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด 7 ตัวแปรคือ เพศ ประวัติการมีคนในครอบครัวติ่มแอลลอกฮอลล์ อายุที่เริ่มติ่มแอลลอกฮอลล์ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลประจำบุคคล และ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาเรียงตามลำดับ ดังนี้

เพศ จากผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลลอกฮอลล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลลอกฮอลล์ ระหว่างเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยที่พบไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยเพศหญิงจะมีแนวโน้มที่จะเกิด

ภาวะพร่องทางการรู้คิดมากกว่าเพศชาย อภิปรายได้ว่า ปัจจัยเรื่องเพศเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะพร่องทางการรู้คิดที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย อีกทั้งปัญหาการเสพติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่พบได้ในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง และการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงมีเพียงส่วนน้อยที่จะกลายเป็นการเสพติดแอลกอฮอล์ หรือหากเกิดภาวะเสพติดแอลกอฮอล์ มักจะไม่ต่อเนื่องถาวรเหมือนในเพศชาย (ธวัชชัย สีนพนาจ, 2549: 19) อีกทั้งการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในช่วงชีวิตของเพศหญิง มีการดื่มต่อเนื่องน้อยกว่าในเพศชาย ส่งผลให้ได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย (Pfefferbaum & Sullivan, 2002)

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า ประวัติการดื่ม

แอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ระหว่างผู้ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวและไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะมีภาวะพร่องทางการรู้คิดมากกว่าผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ สามารถอภิปรายได้ว่าประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะพร่องทางการรู้คิดที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย และเมื่อพิจารณาปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เด็กในครอบครัวที่มีปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์และจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิด หรือติดแอลกอฮอล์เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ปัจจัยการมีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่ดีจะเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลดีต่อวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มี รวมทั้งการตัดสินใจดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กภายในครอบครัว (Denton & Kampfe, 1994) สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่มีขัดแย้ง หรือสัมพันธ์ภาพไม่ดีมีโอกาที่จะเพิ่มการดื่มแอลกอฮอล์และได้รับผลกระทบมีปัญหาเพิ่มมากขึ้น (Hawkins, Catalano & Miller, 1992) ส่งผลให้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามมา

อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยที่พบไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ สามารถอภิปรายได้ว่า อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีภาวะพร่องทางการรู้คิดที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วยและเมื่อพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วยพบว่า เศรษฐกิจภายในครอบครัว และความรู้สึกลับคั่งทางอารมณ์ของเด็กมีความสัมพันธ์กับการได้รับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กในครอบครัว ซึ่งการขัดขวางพัฒนาการด้านความรู้สึกลับคั่ง ความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็กมีอิทธิพลกับการพัฒนาของเด็กที่จะมีปัญหากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิด หรือมีการติดแอลกอฮอล์ในภายหลัง และมีผลต่อการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ของเด็ก (Berkowitz & Perkins, 1986)

ภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยที่พบไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยภาวะ

ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในการลดการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน medial และ dorsolateral prefrontal cortex ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสมองส่วน cortex ดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Severity of depression) ซึ่งส่งผลให้เกิดการพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งอาการของภาวะซึมเศร้าจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาต้านเศร้า (antidepressant) (Buchsbaum et al, 1997 cited in Uekermann et al. 2003) จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำนวน 198 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ถึงร้อยละ 41.4 ซึ่งเป็นระดับความซึมเศร้าที่ปกติ ไม่มีผลต่อภาวะพร่องทางการรู้คิด

การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยที่พบไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพร่องทางการรู้คิด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถจัดการกับพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ได้ดี (Holahan et al, 2004) และประสบความสำเร็จในการควบคุมให้หยุดดื่ม และผลการวิจัยพบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 คนส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ถึง 114 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1 และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, $SD = 0.75$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Buckman et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์หลังได้รับการบำบัด พบว่า ในกลุ่มที่ไม่มีการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์การพร่องทางการรู้คิดด้านความจำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคม

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ จากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการวิจัยที่พบไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด อธิบายได้ว่า ลักษณะทางประสาทวิทยาของบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะแยกลงตามสถานะของอารมณ์บุคคล ซึ่งความวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากสภาวะอารมณ์ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ มากกว่าเป็นผลจากการเสียหายของสมองหรือการทำงานของสมองบกพร่อง (Petrakis et al.2002) และจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 198 คน ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ระดับปานกลาง จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 ซึ่งทำให้ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิด

ความวิตกกังวลประจำบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลประจำบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก ($r = .176$, $p < 0.05$) หมายถึงผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีความ

วิตกกังวลประจำบุคคลสูง จะมีคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดที่สูง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเสพติด แอลกอฮอล์ไม่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ที่ว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพร่องทางการรู้คิด อภิปรายได้ว่าการรู้คิดและลักษณะทางประสาทวิทยาของบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะแย่งลง ตามสถานะของอารมณ์บุคคลความวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากสภาวะอารมณ์มากกว่าเป็นผลจากการเสียหายของสมองหรือการทำงานของสมองบกพร่อง (Petrakis et al.2002) และจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้เสพติด แอลกอฮอล์ จำนวน 198 คน ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลประจำบุคคลระดับปานกลาง จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 ซึ่งทำให้ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลประจำบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดแต่มีทิศทางตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนทางการพัฒนา ส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมการรับรู้ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วตระหนักถึงพิษภัยของการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดกับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้าถ้ายังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องทางการรู้คิด ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดรักษาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ มีภาวะพร่องทางการรู้คิดสูงถึงร้อยละ 62.1 ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ควรตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาดังกล่าว อีกทั้งการจัดกิจกรรมพยาบาลควรนำภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสมเพื่อให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพ

2. จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิด คือในผู้ป่วยที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ระยะเวลานานมากเท่าไรจะมีคะแนนประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดสูงซึ่งแสดงถึงมีภาวะพร่องทางการรู้คิดต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์หยุดดื่มแอลกอฮอล์ให้นานเพื่อเป็นการป้องกันภาวะพร่องทางการรู้คิดที่จะตามมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ด้านการบริหาร

1. ควรมีการจัดอบรมเสริมสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นนวัตกรรมที่ใช้ได้ผลดีมาประยุกต์ใช้กับผลการวิจัย เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้นำในการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์และเป็นพี่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่เกิดจากภาวะพร่องทางการรู้คิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างโปรแกรมที่ใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด เพื่อเป็นการฟื้นฟูทางการรู้คิดในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาและเพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งใช้การบำบัดทางจิตสังคมเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

- 2กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2556). **ประมวลความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก**. กรุงเทพฯ : นิโอดิจิตอล.
- จารุวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2544). **เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ. (2544). **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3..กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ. (2545). การพยาบาลผู้เสพติดสุรา. ในสมจิตต์ วงษ์ปา, ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, ปราณี ภาณุภาส, ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ, นิภา ณีสกุล และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (บรรณาธิการ) **ตำราการพยาบาลยาเสพติด**. หน้า 222 - 226. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้ง.
- ชญาณิชชรี อนันตวรวงศ์. (2551). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการสถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีพร วิสุทธิธรรม. (2544). เกสซ์วิทยาของยาและสารเสพติด. วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ลำซ่า ลักขณาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ และนิภา ณีสกุลบรรณาธิการ, **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. หน้า 95. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง จำกัด.
- ทักษพล ธรรมรังสี และ อรทัย วลีวงศ์. **เอกสารวิชาการชุด แอลกอฮอล์และสมอง**. [ออนไลน์], 18 มิถุนายน 2557. แหล่งที่มา <http://cas.or.th/index.php/matter/viewCategory/Fact%20sheet/1>.
- ธวัชชัย สีสหนาจ ..(2549).. **ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด.. ในตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด**. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ..หน้า 19 ..กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบล็อก.
- นิชนันท์ คำล้าน..(2547).. **การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา**. การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญยพัชร์ ปิยะบุญสิทธิ ..(2547). **ภาวะสุขภาพจิตการวางแผนชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนสังกัดตำรวจภูธรจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บุญชัย นวมงคลวัฒนา, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2553). การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2551. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 18(1): 1-13.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2541).. **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- พงศธร เนตราคม. เกษัชวิทยาของสารเสพติดใน ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล บรรณาธิการ. หน้า 63. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊ก, 2549.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3): 177-188.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2544). สุราและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำซ่า ลักษณะณิกชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา ณีสกุล บรรณาธิการ, ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, หน้า 216. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์ปริ้นต์ติ้ง จำกัด.
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊ก.
- พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(ผรส.). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2552). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ราตรี สุตหลวง. (2539). ประสาทสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ปริ้นต์ติ้งจำกัด.
- สถาบันธัญญารักษ์. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสุรา ปีงบประมาณ 2552-2554 [ออนไลน์] http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=1041&Itemid=53
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาท.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). แนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2543). ยาเสพติดมึนตึ๋นที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2553). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2555) .**รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552**. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2555). **สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554**. [ออนไลน์].
http://www.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga54.pdf.
- สุจิตรา อู่รัตนมณี. (2549). **ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา**. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒน์ อีระเวชเจริญชัย. (2541). **ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวรี ศิวะแพทย์. (2549). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
- อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2550). Mild Cognitive Impairment. **วารสารคลินิก**. 23(7); 711-720.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2551). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I** พิมพ์ครั้งที่ 3 ภาคทฤษฎีวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). เอกสารคำสอนวิชา **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์**. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- American Psychiatric Association . (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)**. Washington, DC : Author.
- Berkowitz, A.D. & Perkins, H.W. (1986). Problem Drinking Among College Students: A Review of Recent Research. **Journal of American College Health**, 35:21-28.
- Berman, M. O. & Marinkovic, K. (2003). Alcoholism and the Brain: An Overview. **Alcoholism Research & Health**. 27(2) : 125-133.
- Blow, F. C. & Barry, K. L. (2002). Use and Misuse of Alcohol Among Older Women. **Alcohol Research & Health**. 26(4) : 308-315.
- Bremner, J., Narayan, M., Anderson, E. R., Staib, L. H., Miller, H. L. & Charney, D. S. (2000). Hippocampus volume reduction in major depression. **American Journal of Psychiatry**. 157 : 115-118.
- Brown, S. A., Vik, P. W., & Craemer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescents substance abuse treatment. **Addictive Behaviors**. 14: 291-300.
- Brower, M. D. (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. **American Journal of Psychiatry**. 158(3): 399-404.

- Buckman, J. F., Bates, M. E. and Morgenstern, J. (2008). Social Support and Cognitive Impairment in Clients Receiving Treatment for alcohol-and Drug-Use Disorders: A Replication Study. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**. Sep: 738-746.
- Cairney, S., Clough, A., Jaragba, M. and Maruff, P. (2007). Cognitive impairment in Aboriginal people with heavy episodic patterns of alcohol use. **Addiction**. 102: 909-915.
- Chan, K. K. K., Chiu, K. C., and Chu, L. W. (2010). Association between alcohol consumption and cognitive impairment in Southern Chinese older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 25(12): 1272-1279.
- Copersino, M. L., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D. J., Sokoloff, J., and Weiss, R. D. (2009). Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, 17 (5), 337-344.
- Davies, S. J., Pandit, S. A., Feeney, A., Stevenson, B. J., Kerwin, R. W., Nutt, D. J., Marshall, E. J., Boddington, S. and Lingford-Hughes, A. (2005). Is There Cognitive Impairment In Clinically 'Healthy' Abstinent Alcohol Dependence . **Alcohol & Alcoholism**. 40(6): 498-503.
- Denton, R.E. & Kampfe, C.M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*. summer 29(114): 475-495.
- Dillman, D. A. (2000). Mail and internet survey. **The tailored design method**. (2nd ed). New York: John Wiley & Sons.
- Drevets, W. C. (2000). Neuroimaging studies of mood disorders. **Biological Psychiatry**. 48: 813-829.
- Errico, A. L., Nixon, S. J., Parson, O. A. and Tassej, J. (1990). Screening for Neuropsychological Impairment in Alcoholic. **A Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 2(1): 45-50.
- Evert, D. & Oscar-Berman, M. (1995). Alcohol-Related Cognitive Impairments. **Alcohol Health & Research World**. 19(2): 89-96.
- Fein, G., Bachman, L., Fisher, S. and Davenport, L. (1990). Cognitive Impairments in abstinent Alcoholics. **The Western Journal of Medicine**. 152(5): 531-537.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry Research**, 12, 189-98.
- Fossati, P., Harvey, P-O. & Boyer, P. (2004b). Neuroplasticity: from MRI to Depressive symptoms. **European Neuropsychopharmacology**. 14: S503-S510.
- Franco, C., Tarbox, AR. and McLaughlin, E. J. (1985). Cognitive Deficits as a Function of Years of Alcohol Abuse. **Journal Drug Alcohol Abuse**. 11: 279-293.

- Gelin, Xu., Xinfeng, Liu, Qin, Yin, Wusheng, Zhu, Renliang, Zhang. and Xiaobing, Fan. (2009). Alcohol Consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. **Psychiatry and clinical Neurosciences**. 63: 43-49.
- Gordon, S. M., Kennedy, B. P. and McPeake, J. D. (1988). Neuropsychologically Impaired Alcoholics: Assessment, Treatment Considerations, and Rehabilitation. **Journal of Substance Abuse Treatment**. 5:99-104.
- Grant, B., and Dawson, D. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **Journal of Substance Abuse**. Vol. 9: 103-110.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate user, and cigarette smoker. **Addictive Behaviors**. 16: 235-246.
- Hawkin, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychol Bull**. Jul; 112(1): 64-105.
- He, J. and Crews, E. T. (2008). Increased MCP-1 and Microglia in Various Regions of the Human Alcoholic Brain. **Exp Neurol**. 210 : 349-358.
- Hemrungronj S. (2007). **Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai Version March 15**, [Online]. Available from: <http://www.mocatest.org/pdf file/MoCA-Test-Thai.pdf>.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2004). Unipolar depression, life context vulnerabilities, and drinking to cope. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 72: 269-275.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hsieh, S. C., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior Treatment Experience Related to Process and Outcomes in DATOS. **Drug and Alcohol Dependence**. 57: 137-150.
- Jones, B. & Parsons, O.A. Impaired abstracting ability in chronic alcoholics. **Arch Gen Psychiatry** 1971; 24:71-75.
- Kern-Hage, M. (2004). Treating insomnia in patients with substance use/ abuse disorders. **Psychiatric times**. XXI (2): 55-56.
- Lanza, S. (2012). What are the differences between Mild Cognitive Impairment (MCI) and dementia. Available from. <http://www.eldercarelink.com/Alzheimers-and-Dementia>. [2012 April 25].
- Letenneur, L. (2010). Alcohol Consumption and cognitive Impairment. **Recent Advances on Nutrition and the Prevention of Alzheimer's Disease**. Editors: Charles Ramassamy and Stéphane Bastianetto: 63-69.

- Lishman, W. A. (1990). Alcohol and the brain. **British Journal of Psychiatry**. 156: 635-644.
- Mann, K., Batra, A. & Schroth. (1992). Do Women Develop Alcoholic Brain Damage More Readily Than Men? **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. November/December 16(6): 1052-1056.
- Matrix Advocare Network. understanding cognitive impairment
Available from. [http://www.matrixadvocare.com/newsletters/12\(2\)](http://www.matrixadvocare.com/newsletters/12(2)). [2013, sep 14].
- McEwen, B. S. (1999). Stress and hippocampal plasticity. **Current Opinion of Neurobiology**. 5: 205-216.
- Mumenthaler, M. S., Taylor, J. L, Hara, R. and Yesavage, J. A. (1999). Gender Differences in Moderate Drinking Effect. **Alcohol Research & Health**. 23(1): 55-64.
- Nasreddine, Z. S. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. **American Geriatrics Society**. 53: 695-699.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2010). **Cognitive Impairment and Recovery**. Available from <http://alcoholism.about.com/cs/alerts/l/blnaa53.htm> [2012, April 1].
- Nixon, K. and Crews, F. T. (2009). Mechanisms of Neurodegeneration and Regeneration in Alcoholism. **Alcohol & Alcoholism**. 44(2): 115-127.
- Norton, F. and Halay, L. (2011). Cognitive Brain Deficits Associated With Alcohol Abuse: Treatment Implication. **The American Association of Behavioral and Social Sciences Journal**. 15: 1-18.
- Parks, M. H., Dawant, B. M., Riddle, W. R., Hartmann, S. L., Dietrich, M. S., Nickel, M. K., Price, R. R. and Martin, P. R. (2002). Longitudinal Brain Metabolic Characterization of Chronic Alcoholics With Proton Magnetic Resonance Spectroscopy. **Alcoholism: clinical and experimental research**. September 26(9):1368-1380.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Kokmen, E. and Tangelos, E. G. (1997). Aging, memory, and mild cognitive impairment. **International Psychogeriatrics**. (9)Suppl. 1: 965-969.
- Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., Shear, P. K., Rosenbloom, M. J. and Lim, K. O. (1995). Longitudinal changes in magnetic resonance imaging brain volumes in abstinent and relapsed alcoholics. **Alcohol Clin Exp Res**. 19: 1177-1191.
- Portnoff, L. A. (1982). Halstead-Reitan impairment in chronic alcoholics as a function of age of Drinking Onset. **Clinical Neuropsychology**. 4(3): 115-119.
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., and Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of

- Alcoholism and Psychiatric Disorders: An Overview. **Alcohol Research & Health.** 26(2): 81-89.
- Rourke, S. and Grant, I. (1999). The interactive effects of age and length of abstinence on the recovery of neuropsychological functioning in chronic male alcoholics: A 2-year follow-up study. **Journal of the International Neuropsychological Society.** 5: 234-246.
- Ryan, C. and Butter, N. (1980). Learning and Memory Impairment in Young and Old Alcoholic: Evidence for the Premature-Aging Hypothesis. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research.** 4(3): 288-293.
- Sabia, S., Gueguen, A., Berr, C., Berkman, L., Ankri, J., Goldberg, M., Zins, M. and Manoux, A. S. (2011). High alcohol consumption in middle aged adults is associated with poorer cognitive performance only in the low socioeconomic group. Results from the GAZEL cohort study. **Addiction.** 106(1): 93-101.
- Sabia, S., Elbaz, A., Britton, A., Bell, S., Dugravot, A., Shipley, M., Kivimaki, M. & Manoux, A. S. (2014). Alcohol consumption and cognitive decline in early old age. **American Academy of Neurology.** January (15): 1 -8.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (2001). **Abnormal Psychology: the Problem of Maladaptive behavior.** 10th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Schaeffer, K. W., Parson, O. A. and Yohman, J. R. (1984). Neuropsychological differences between male familial and nonfamilial alcoholics and nonalcoholics. **Alcohol Clin Exp Res.** 8(4): 347-351.
- Schuckit, M. A. (1984). Subjective Responses to Alcohol in Sons of Alcoholics and Control Subjects. **Arch Gen Psychiatry.** 41(9): 879-884.
- Sheline, Y. I., Gado, M. H., & Price, J. L. (1998). Amygdala core nuclei volumes are decreased in recurrent major depression. **NeuroReport.** 9: 2023-2028.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA- Ar). **British Journal of Addiction** 84(11): 1373-1357.
- Sullivan, M. & Wodarski, J. (2004). Rating College Students' Substance Abuse: A Systematic Literature Review. **Brief Treatment and Crisis Intervention.** 4(1) Spring: 71-91.
- Theotoka, Ili. (2006). cognitive impairment in alcoholism. **Annals of General Psychiatry.** 5(Suppl.1) s56.
- Uekermann, J., Daum, I., Schlebusch, P., Wiebel, B. and Trenckmann, U. (2003). Depression and Cognitive Functioning in Alcoholism. **Addiction.** 98: 1521-1529.

- Weiss, F. & Porrino, L. J. (2002). Behavioral neurobiology of alcohol addiction: Recent advances and challenges. **Journal of Neuroscience**, 22: 3332-3337.
- Winerman, L. (2006). Let's sleep on it. **Monitor on Psychology**, 37(1): 58-60.
- World Health Organization (2014) Global status report on alcohol and health 2014 Geneva. Available from http://www.who.int/substance_abuse/ Global status report on alcohol and health 2014. [2014, July 14]
- Yonker, J. E, Nilsson, L. G., Herlitz, A and Anthenelli, R. M. (2005). Sex Differences in Spatial Visualization and Episodic Memory as A Function of Alcohol consumption. **Alcohol & alcoholism**, 40(3): 201-207.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. C., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B. and Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college student. **Preventive Medicine**, 40(1): 23-32.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

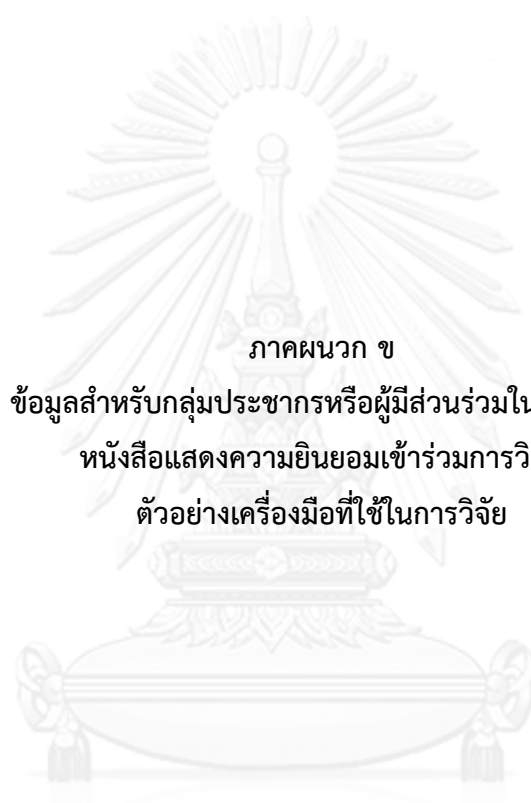


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. แพทย์หญิงวรางคณา รักษ์งาน	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. แพทย์หญิงสิริธูชา ปิติปัญญากุล	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
4. นาง อรัญญา แพ้จ้อย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
5. นาง ดวงเดือน นรสิงห์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง



ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษายาเสพติดกรรมการแพทย์
ชื่อผู้วิจัย	นางวีรวรรณ รัตนจันทา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อ	สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่ 60 ประชาธิปัตย์ รัษฎบุรี ปทุมธานี 12130 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2531-0080-84 ต่อ 447 E-mail : Werawan_2509@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุผลใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นโครงการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรรมการแพทย์

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา

อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัด รักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรรมการแพทย์

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence: F.10.2) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอาการขาดแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อย (CIWA-Ar มีคะแนนระหว่าง 1-9 คะแนน) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 103 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด จำนวนทั้งหมด 99 ข้อ

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

9. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์
ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์
เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากจากผู้วิจัยชื่อ นาง วีรวรรณ รัตนจันทา ที่อยู่
สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเลขที่ 60 ประชาธิปัตย์ ธัญบุรี ปทุมธานี
12130 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2531-0080-84 ต่อ 447 และเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารข้อมูลยิน
ยอมให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย สิ่งที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง
ละเอียด

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการ
เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ โดย
ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อ
การปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มี
การเปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็น
ที่วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่ได้จะใช้
ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัว
ข้าพเจ้า 1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้า
ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น โดยการลงนามข้างล่างนี้

ลงชื่อ.....

(นางวีรวรรณ รัตนจันทา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

7. คุณมีบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ต้มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไม่
- () ไม่มี
- () มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () บิดา () มารดา
- () พี่ชาย หรือน้องชาย () พี่สาวหรือน้องสาว
8. 6 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาลคุณอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () บิดา/มารดา () คู่สมรส () บุตร () ญาติ
- () มิตรสหาย () พระหรือนักบวช () เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน
- () บุคลากรทางด้านสาธารณสุข () หน่วยบริการที่จัดในชุมชน
- () ผู้มีปัญหาคล้ายๆกัน () แหล่งอื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินการดื่มสุรา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณ ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาครั้งนี้

1. คุณเริ่มดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุ.....ปี
2. คุณดื่มสุราเป็นประจำตั้งแต่อายุ.....ปี รวมถึงปัจจุบันเป็นเวลา.....ปี
3. ช่วง 30 วันก่อนเข้ารับการรักษาคุณดื่มสุราวันละประมาณเท่าใด.....มล.(ระบุจำนวน และหน่วย) ดูรูปภาพขณะประกอบจากผู้วิจัย
4. ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้คุณดื่มสุราครั้งสุดท้ายเมื่อใด.....(ระบุวัน เดือน ปี)
5. ชนิดของสุราที่คุณดื่มเป็นประจำ (ระบุดีกรีของสุรา.....)

() สุราขาว () สุราผสม สุราผสมพิเศษ เช่น แม็โขง, หงส์ทอง, แสงโสม

() เบียร์ () อื่นๆ ระบุ.....
6. คุณดื่มสุราบ่อยเพียงใด

() ดื่มทุกวัน () ดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์

() ดื่ม 4-6 วัน/สัปดาห์ () อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการขาดสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol (CIWA - Ar)

<p>1.อาการคลื่นไส้ อาเจียน -ถาม "คุณรู้สึกคลื่นไส้ พะอืด พะอมบ้างไหม?" "อาเจียนไหม?" สังกัด</p> <p>.....0 ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน</p> <p>.....1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน</p> <p>.....4 คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร</p> <p>.....7 คลื่นไส้เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย</p> <p>3.อาการสั่น - ให้เหยียดแขนตรง กางมือออก สังกัด</p> <p>.....0 ไม่มีอาการสั่น</p> <p>.....1 ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น</p> <p>.....4 ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง</p> <p>.....7 รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน</p> <p>5.อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ - สังกัด</p> <p>.....0 ไม่เห็นเหงื่อ</p> <p>.....1 ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออก, ฝ่ามือชื้น</p> <p>.....4 เห็นเหงื่อเป็นเม็ดๆ ชัดบริเวณหน้าผาก</p> <p>.....7 เหงื่อออกทั่วตัว</p>	<p>2.การรับสัมผัสผิดปกติ -ถาม "คุณรู้สึกคันยุบยิบ เหน็บชาปวด แสบปวดร้อน ปวดแปลบๆหรือรู้สึกเหมือนกับมีแมลงไต่ หรือ ไซตามผิวหนังบ้างไหม?" สังกัด</p> <p>.....0 ไม่มี</p> <p>.....1 คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบๆ เป็น น้อยมาก</p> <p>.....2 คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบๆ เป็น น้อย</p> <p>.....3 คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบๆ เป็น ปานกลาง</p> <p>.....4 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก</p> <p>.....5 มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก</p> <p>.....6 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างรุนแรง</p> <p>.....7 มีประสาทหลอนทางสัมผัสอยู่ตลอด</p> <p>4.การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ - ถาม "รู้สึกว่าคุณพะวงเกี่ยวกับ เสียงรอบตัวมากกว่าเดิมไหม? เสียงฟังแล้วระคายหูไหม? เสียงทำให้กั้วไหม? คุณได้ยินเสียงบางอย่างที่รู้สึกว่รบกวน มากไหม? คุณได้ยินเสียงที่รู้ว่าไม่มีตัวตนจริงๆไหม?" สังกัด</p> <p>.....0 ไม่มี</p> <p>.....1 เสียงระคายหู หรือทำให้กั้วน้อยมาก</p> <p>.....2 เสียงระคายหู หรือทำให้กั้วน้อย</p> <p>.....3 เสียงระคายหู หรือทำให้กั้วปานกลาง</p> <p>.....4 มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง</p> <p>.....5 มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก</p> <p>.....6 มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน</p> <p>.....7 มีอาการหูแว่วอยู่ตลอด</p> <p>6.การรับรู้ทางตาผิดปกติ - ถาม "รู้สึกว่ามีแสงไฟที่เห็นจ้าเกิน ปกติไหม? สีเปลี่ยนไปไหม? ทำให้รู้สึกแสบเคืองตาไหม? มีเห็น อะไรที่แปลกๆไหม? มีเห็นอะไรที่รู้สึกว่าไม่มีอยู่จริงไหม?" สังกัด</p> <p>.....0 ไม่มี</p> <p>.....1 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย</p> <p>.....2 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย</p> <p>.....3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง</p> <p>.....4 อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง</p> <p>.....5 อาการประสาทหลอนรุนแรง</p> <p>.....6 อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก</p> <p>.....7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอด</p>
--	---

<p>7.อาการวิตกกังวล - ถาม "คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม?" สังเกต 0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย 1 กังวลเล็กน้อย 4 กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี 7 ตระหนกกลัวรุนแรง</p>	<p>8.ปวดศีรษะ มึนตื้อ - ถาม "มีปวดศีรษะบ้างไหม? รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบศีรษะไหม?" ไม่รวมอาการเวียน งงๆ ดูตามความรุนแรงของอาการ 0 ไม่มี 1 มีน้อยมาก 2 มีน้อย 3 ปานกลาง 4 ค่อนข้างรุนแรง 5 รุนแรง 6 รุนแรงมาก 7 รุนแรงที่สุด</p>
<p>9.อาการกระวนกระวาย - สังเกต 0 พฤติกรรมปกติ 1 กังวลกระวายกว่าปกติเล็กน้อย 4 ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง 7 เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้ เลย</p>	<p>10.การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ - ถาม "วันนี้วันอะไร? ขณะนี้ คุณอยู่ที่ไหน? คิดว่าผู้ตรวจเป็นใคร?" 0 ตอบได้ตรง 1 ไม่แน่ใจเรื่องวัน 2 ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4 ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือ บุคคล</p>

คะแนนรวมทั้งหมด.....คะแนน

คะแนนสูงสุด 67 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลมี 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (STAI -S)

คำชี้แจง : แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ **ความรู้สึกของคุณในขณะที่ทำแบบสอบถาม** จำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดขณะนี้

	ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึก เล็กน้อย	รู้สึกค่อนข้าง มาก	รู้สึกมาก ที่สุด
1.	คุณรู้สึกสงบ				
2	คุณรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3	คุณรู้สึกดีใจ				
4	คุณรู้สึกเสียใจ				
5	คุณรู้สึกสบายใจ				
6	คุณรู้สึกหงุดหงิด				
7	คุณรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น				
8	คุณรู้สึกได้พักผ่อน				
9	คุณรู้สึกกังวล				
10	คุณรู้สึกสะดวกสบาย				
11	คุณรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12	คุณรู้สึกตื่นตัวง่าย				
13	คุณรู้สึกกระสับกระส่าย				
14	คุณรู้สึกอึดอัด				
15	คุณรู้สึกผ่อนคลาย				
16	คุณรู้สึกพึงพอใจ				
17	คุณรู้สึกกังวลใจ				
18	คุณรู้สึกตื่นตระหนก				
19	คุณรู้สึกไร้เรี่ยวแรง				
20	คุณรู้สึกแจ่มใส				

ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลประจำบุคคล (STAI-T)

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้เป็น แบบสอบถามความรู้สึกทั่วไปของคุณ จำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

	ความรู้สึกทั่วไป	เกือบไม่มีเลย	รู้สึกบางครั้ง	รู้สึกบ่อยครั้ง	รู้สึกเกือบตลอดเวลา
21.	คุณรู้สึกแจ่มใส				
22	คุณรู้สึกเหนื่อยหน่ายง่าย				
23	คุณรู้สึกอยากร้องไห้				
24	คุณอยากจะมีความสุขเหมือนคนอื่น				
25	คุณพลาดหวังอยู่เรื่อยเพราะตัด สิ้นใจไม่ทัน				
26	คุณรู้สึกได้พักผ่อน				
27	คุณรู้สึกสงบเย็นใจและมั่นคง				
28	คุณรู้สึกว่า จะมีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆจนชนะไม่ไหว				
29	คุณคิดกังวลเกินกว่าเหตุ				
30	คุณมีความสุข				
31	คุณค่อนข้างจะเอาจริงเอาจังเกินไป				
32	คุณขาดความมั่นใจในตนเอง				
33	คุณรู้สึกมั่นคงปลอดภัย				
34	คุณมักจะหลีกเลี่ยงการเผชิญเหตุ การณ์ วิกฤติหรือความยุ่งยากทั้ง หลาย				
35	คุณรู้สึกเศร้าๆ				
36	คุณรู้สึกพึงพอใจ				
37	คุณรู้สึกรำคาญที่ตัวเองคอยคิดแต่เรื่องไร้สาระ				
38	คุณผิดหวังมากจนกระทั่งลืมไม่ได้				
39	คุณเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
40	คุณมีความวุ่นวายใจและตรึงเครียดเมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องและสนใจอยู่				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่มีข้อความตรงกับตัวคุณ โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือกว่า

- จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
- จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็น
- ส่วนมาก
- จริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
- จริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเล็กน้อย
- ไม่จริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ข้อ ที่	การสนับสนุนทางสังคม คุณได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้าน ต่อไปนี้อย่างไร	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่จริง	จริง เล็กน้อย	จริง ปานกลาง	จริง มาก	จริง มากที่สุด
1.	การที่คุณเข้ารับการบำบัดสุราทำให้ได้ รับความรักจากบุคคลในครอบครัว					
2.	การที่คุณเข้ารับการบำบัดสุราทำให้ได้ รับความเคารพจากบุคคลอื่นมากกว่า ตอนที่你不เข้ารับการบำบัดสุรา					
3.	การที่คุณเข้ารับการบำบัดสุราทำให้ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ซิด มากกว่าตอนที่你不เข้ารับการบำบัด สุรา					
4.	การที่คุณเข้ารับการบำบัดสุราทำให้ได้ รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดซิดมาก กว่าตอนที่你不เข้ารับการบำบัดสุรา					
5.	การที่คุณเข้ารับการบำบัดสุราทำให้ ได้รับการชื่นชมจากเพื่อน					
6.	เมื่อคุณมีความเครียดคุณได้รับการเอาใจ ใส่และได้รับกำลังใจจากบุคคลใน ครอบครัว					

ข้อ ที่	การสนับสนุนทางสังคม คุณได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้าน ต่อไปนี้อย่างไร	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่จริง	จริง เล็กน้อย	จริง ปานกลาง	จริง มาก	จริง มากที่สุด
7.	บุคคลใกล้ชิดให้คุณใช้เวลาในการรับฟัง ปัญหาของคุณและช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหา					
8.	เมื่อมีความเครียดคุณจะได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการผ่อนคลายความ เครียด อย่างถูกวิธี					
9.	คุณได้รับทราบหรือได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจาก การดื่มสุรา					
10.	บุคคลใกล้ชิดมักแนะนำวิธีการในการ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราอยู่เสมอ					
11.	บุคคลใกล้ชิด มักแนะนำ ตักเตือน หรือ ห้ามปรามมิให้คุณไปยุ่งเกี่ยวกับสุรา					
12.	ครอบครัวของคุณจะคอยขอร้อง หรือ ห้ามมิให้คุณดื่มสุรา					
13.	บุคคลใกล้ชิด มักจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่ เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เพื่อผ่อนคลาย ความเครียดจากการทำงาน					
14.	เมื่อมีเวลาว่างเพื่อนๆ มักชักชวนคุณ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬามากกว่าที่จะ ชักชวนไปดื่มสุรา					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขข้อใดข้อหนึ่ง (0, 1, 2, 3) ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในระยะเวลาที่ผ่านมา 2 สัปดาห์

1. ความรู้สึกเศร้า

- 0 คุณไม่รู้สึกเศร้า
- 1 คุณรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
- 2 คุณรู้สึกเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
- 3 คุณรู้สึกเศร้ามากหรือไม่มีความสุข จนคุณไม่สามารถทนได้อีกต่อไปแล้ว

2. การมองโลกในแง่ร้าย

- 0 คุณไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
- 1 คุณรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
- 2 คุณไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
- 3 คุณไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. ความล้มเหลวในอดีต

- 0 คุณไม่รู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
- 1 คุณรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
- 2 เมื่อคุณมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่คุณทำได้คือทำอะไรก็ล้มเหลวบ่อยๆ
- 3 คุณเป็นคนทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. การสูญเสียความพึงพอใจ

- 0 คุณมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
- 1 คุณไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนเช่นเคย
- 2 คุณไม่ได้รับความพอใจจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
- 3 คุณไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5. ความรู้สึกผิด

- 0 คุณไม่รู้สึกผิด
- 1 คุณรู้สึกผิดบางครั้ง
- 2 คุณรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
- 3 คุณรู้สึกผิดตลอดเวลา

6. ความรู้สึกถูกลองโทษ

- 0 คุณไม่รู้สึกว่าถูกลองโทษ
- 1 คุณรู้สึกว่าคุณอาจถูกลองโทษ
- 2 คุณรู้สึกคาดว่าจะถูกลองโทษ
- 3 คุณรู้สึกว่าถูกลองโทษ

7. ความรู้สึกผิดหวังในตนเอง

- 0 คุณไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง
- 1 คุณรู้สึกผิดหวังในตนเอง

2 คุณรู้สึกไม่ชอบในตนเอง

3 คุณเกลียดตัวคุณเอง

8. การตำหนิตนเอง

0 คุณไม่ได้เร็วกว่าคนอื่น

1 คุณวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด

2 คุณตำหนิตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ตนเองทำผิด

3 คุณเร็วกว่าคนอื่น ๆ

9. ความคิดฆ่าตัวตาย

0 คุณไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

1 คุณมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง

2 คุณมีความคิดฆ่าตัวตายเกือบตลอดเวลา

3 คุณมีความคิดฆ่าตัวตายตลอดเวลาและมีความพยายามที่จะทำร้ายตนเอง

10. การร้องไห้

0 คุณร้องไห้บางครั้ง

1 คุณร้องไห้บ่อยครั้ง

2 คุณร้องไห้เกือบตลอดเวลา

3 คุณร้องไห้ตลอดเวลาและไม่สามารถที่จะหยุดได้

11. ความกระวนกระวายใจ

0 คุณไม่รู้สึกรงง่าย

1 คุณเป็นคนรกรงง่ายกว่าเมื่อก่อน

2 คุณเป็นคนรกรงง่ายเกือบตลอดเวลา

3 คุณรกรงง่ายตลอดเวลาแม้เรื่องที่เกิดขึ้นจะเล็กน้อย

12. การสูญเสียความสนใจ

0 คุณสนใจผู้อื่นและสิ่งต่างๆรอบตัว

1 คุณไม่สนใจผู้อื่นเป็นบางครั้ง

2 คุณไม่สนใจผู้อื่นบ่อยๆ

3 คุณไม่สนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง

13. การตัดสินใจ

0 คุณตัดสินใจอะไรได้ตามปกติ

1 คุณสามารถตัดสินใจได้เป็นบางครั้ง

2 คุณไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เป็นประจำ

3 คุณไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย

14. ความรู้สึกไร้ค่า

0 คุณรู้สึกว่าตัวคุณเป็นปกติ

1 คุณรู้สึกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดีต่อตัวคุณบ่อยๆ

2 คุณรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับตัวคุณ ทำให้คุณดูน่าเกลียด

3 คุณเชื่อว่าคุณเป็นคนน่าเกลียดมาก

15. ความรู้สึกหมดพลัง

0 คุณอยากทำกิจกรรมต่างๆเหมือนเช่นเคย

1 คุณรู้สึกไม่อยากทำอะไรเป็นบางครั้ง

2 คุณรู้สึกไม่อยากทำอะไรเสมอๆ

3 คุณรู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมอะไรเลยแม้กระทั่งการดูแลตนเอง

16. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน

0 คุณนอนหลับได้เป็นปกติ

1 คุณไม่สามารถนอนหลับได้เหมือนอย่างเคย

2 คุณนอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าที่เคย

3 คุณไม่สามารถหลับได้เลย

17. ความเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย

0 คุณสามารถทำงานได้ตามปกติ

1 คุณรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อนที่เคยเป็น

2 คุณรู้สึกเหนื่อยง่าย หมดเรี่ยวแรงเกือบตลอดเวลา

3 คุณรู้สึกเหนื่อย หมดเรี่ยวแรงตลอดเวลาแม้ทำงานเพียงเล็กน้อย

18. การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความอยากอาหาร

0 คุณรับประทานอาหารได้ตามปกติ

1 คุณรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าที่เคย หรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ

2 คุณรับประทานอาหารไม่ค่อยลงหรือคุณมักหิวบ่อยๆ

3 คุณไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลย หรือคุณอยากรับประทานอาหารไปหมดทุกอย่าง

19. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

0 น้ำหนักของคุณไม่มีการเปลี่ยนแปลง

1 น้ำหนักของคุณลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 กิโลกรัม

2 น้ำหนักของคุณลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 กิโลกรัม

3 น้ำหนักของคุณลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 6 กิโลกรัม

20. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ

0 คุณไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ

1 คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก

2 คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น

3 คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้

21. การสูญเสียความสนใจทางเพศ

0 ความสนใจทางเพศของคุณเป็นไปตามปกติ

1 คุณสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย

2 คุณสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก

3 คุณไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพุทธิปัญญา

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

ชื่อ : _____ ระดับการศึกษา : _____ วันเดือนปีเกิด : _____
 เพศ : _____ วันที่ทำการทดสอบ : _____

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		คัดลอก, จุกบาท		วาดภาพปริศนาเวลา 11.10 น. (3 คะแนน)		คะแนน			
		[]		[]		[] /5			
NAMING				[] [] []		___/3			
MEMORY		อ่านชุดคำเหล่านี้แล้วให้คัดลอกตามข้อ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที		หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีดง	
		ครั้งที่ 1							
		ครั้งที่ 2							
ATTENTION		อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ครั้งใน 1 นาที)		ให้คัดลอกตามจำนวนตามลำดับ [] 2 1 8 5 4		___/2			
				คัดลอกตามจำนวนแบบย้อนลำดับ [] 7 4 2					
		อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้คัดลอกตามที่ได้ยิน โดยเมื่อได้ยินเสียงตามเลข "1" (ไม่มีคะแนน) จดบันทึก 2 ครั้ง		[] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2		___/1			
		เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อย ๆ ถึง 7		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
				ลบจุด 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน, 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน, 1 ตัว ได้ 1 คะแนน, 0 ตัว ไม่ได้คะแนน					
LANGUAGE		Repeat: ฉันรู้ว่าคุณเป็นคนที่มาทำงานวันนี้ [] แล้วบอกชื่อสัตว์เลี้ยงตัวอื่นที่ฉันมีเมื่อมีหมาอยู่ในห้อง []		[] []		___/2			
		Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร "ก" ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที		ก []		(N ≥ 3 words) ___/1			
ABSTRACTION		บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กลัว-สั่น เป็นกลัว [] รดน้ำ-ซักผ้า [] นกฟ้า-ไม้บรรทัด		[] []		___/2			
DELAYED RECALL		ให้ทวนชุดคำที่จำไว้ตอนหน้า		หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีดง	ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่สับสน
		โดยไม่มีการให้ตัวช่วย		[]	[]	[]	[]	[]	___/5
Optional		Category cue							
		Multiple choice cue							
ORIENTATION		[] วันที่ [] เดือน [] ปี [] วัน [] สถานที่ [] จังหวัด		[] [] [] [] [] []		___/6			
Translated by Solaphat Hemrungsri MD Trial version 01 Updated August 31, 2011 ©Z Nasreddine MD www.mocatest.org		ค่าปกติ ≥ 25/30		คะแนนรวม		___/30			
				เต็ม 1 คะแนน ถ้าจำนวนปีการศึกษา ≤ 6					

รูปภาพภาชนะประกอบจากผู้วิจัย



Thai Drinking Survey Guide
Version 4 : 20 มี.ค. 2553

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อมูลและภาพที่แสดงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของข้อมูลประกอบการสำรวจ
ภาคสนามเพื่อประมวลผลเป็นเชิงปริมาณและสถิติเท่านั้น

1 Drink

วิธีคำนวณ

1 Drink = alcohol 10 กรัม
 ค่าคงที่ของปริมาณแอลกอฮอล์ 1 มล. = 0.79 กรัม

เบียร์ 5% 330 มล. = $0.05 \times 330 \times 0.79 = 13$ กรัม
 ไวน์ 12% 100 มล. = $0.12 \times 100 \times 0.79 = 9.48$ กรัม
 สุรา 40% 50 มล. = $0.40 \times 50 \times 0.79 = 15.8$ กรัม

เบียร์

เบียร์ (5%) ¼ กระป๋องขนาดเล็ก = 1 drink
 เบียร์ (3.5%) 330 มล. (1 กระป๋องขนาดเล็ก) = 1 drink
 เบียร์ (5%) 1 ขวดใหญ่ = 2.5 drinks
 เบียร์ (6.4%) ½ กระป๋องขนาดเล็ก ½ ขวดใหญ่ = 1 drink

สุรา/ชาวด 35 คัดรี 2 ฝาใหญ่ (30 มล.) = 1 drink

1 แบน (350 มล.) = 12 drinks	1 ขวด (700 มล.) = 24 drinks
½ แบน = 6 drinks	½ ขวด = 12 drinks
¼ แบน = 3 drinks	¼ ขวด = 6 drinks

สุรา/ชาวด 40 คัดรี 1 ฝาใหญ่/กึ่ง (50 มล.) = 1.5 drinks

1 แบน (330 มล.) = 10.4 drinks	1 ขวด (700 มล.) = 22 drinks
½ แบน = 5.2 drinks	½ ขวด = 11 drinks
¼ แบน = 2.6 drinks	¼ ขวด = 5.5 drinks

ไวน์

ไวน์ (12%) 1 แก้ว 100 มล. = 1 drink
 ไวน์สูงแอลกอฮอล์ (5%) 1 ขวด 275 มล. = 1 drink

น้ำชา อู กระบี่ สลัด สุราหมัก

น้ำชา อู กระบี่ (10%) 3 เป็น/ของ/กึ่ง (150 มล.) = 1 drink
 สลัด สุราหมัก สุราหมักเมือง (5%) 4 เป็น/ของ/กึ่ง (200 มล.) = 1 drink

เหล้าจีน เหล้าไทย สุรา แอป (น้ำหนัก ปริมาตร หรือเครื่องดื่มอัดลม หรืออื่นๆ)

หมอลงซูราสีขาว 40 คัดรี 3 ฝาใหญ่ หรือ 3 shot (45 มล.) = 1.5 drinks
 หมอลงซูราสีขาว 40 คัดรี ¼ แบน (87.5 มล.) = 3 drinks

หมายเหตุ

ไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มที่ผสมน้ำผลไม้สามารถเทียบปริมาณการดื่มของเครื่องดื่มได้ชัดเจน
 และมีบทบาทในปริมาณที่น้อยกว่าความเบียร์และสุรา ดังนั้นแอลกอฮอล์นี้จะเป็น
 เครื่องดื่มที่ช่วยเสริมสุขภาพ และช่วยในการประมวลผลการดื่ม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับ
 การสำรวจภาคสนาม

นอกจากปริมาณแอลกอฮอล์จะมีผลต่อสุขภาพในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว
 ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดอาการไม่สบายหรือเกิดอันตราย
 เช่น ความสามารถในการเผาผลาญแอลกอฮอล์ มีโรคประจำตัว เพศ อายุ ยาที่
 รับประทานร่วม ความเครียด ความอ่อนเพลีย ความเมื่อยล้า ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 แม้เพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่อสุขภาพได้ นักวิจัยภาคสนามควรตระหนักเรื่องแอลกอฮอล์
 เพื่อให้ผู้ดื่มตระหนักถึงอาการไม่สบาย ความเสี่ยงต่อสุขภาพ และแนะนำไม่ให้ดื่ม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุราสี/สุราขาว

40 คีลอร์ 1 เปีด (32 นล.) = 1 drink
(ถ้าสุราสี/สุราขาว 35 คีลอร์ 2.5 เปีดใหญ่ (37.5 นล.) = 1 drink)

น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์/RTD (5-7%)

275 นล. 300 นล.

เบียร์ 6.4% (185 นล.) = 1 drink

เหล้าทอง

1 เปีด ถึง สอง = 30 นล.
3 เปีด = 150 นล.
4 เปีด = 1 คีล (200 นล. (ครึ่งขวด))
8 เปีด = 1 แบน

เบียร์

330 นล. 500 นล. 330 นล. 640 นล.

สุราขาว (15-45%)

200 นล. 330 นล.

700 นล. 750 นล. 1,000 นล.

เหล้าดำ/เหล้าดำ

1,500 นล. 1,000 นล. 1,000 นล.

เหล้าดำ = เหล้าดำที่มีความเข้มข้นไม่เบาจนดื่มแล้ว

เบียร์ 1 เปีด (1,000 นล.) = 4 drinks

สุราขาว

640 นล. 330 นล.

จินเจอร์ สำหรับขวดค็อกเทล

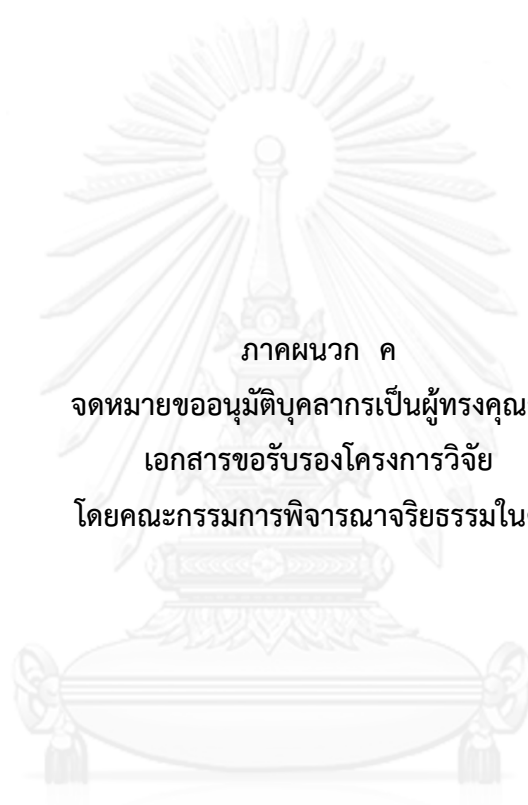
23.8 นล. 30 นล. 40 นล. 60 นล.
10 นล. 15 นล. 30 นล. 30 นล.

เบียร์ 640 นล. 1 แบน = 3.8 drinks

เบียร์ 6.4% (185 นล.) + น้ำแข็ง 3 ก้อน = 1 drink

สุราขาว สาเก (6.7%) สาเก (16-17%)

640 นล. 330 นล. 700 นล. 330 นล. 720 นล.



ภาคผนวก ค

จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เอกสารขอรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/ 1587 วันที่ 8 ตุลาคม 2556
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวีรวรรณ รัตนจันทา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางารรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษาเสพติด กรมการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร รัตนศิลป์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
 ชื่อนิสิต นางวีรวรรณ รัตนจันทา โทร. 081-613-4676



ที่ ศธ 0512.11/ 1587

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวีรวรรณ รัตนจันทา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสตติแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษาเสตติติ กรรการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เทัญพัทธ์ อูทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดวงเดือน นรสิงห์ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางดวงเดือน นรสิงห์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เทัญพัทธ์ อูทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางวีรวรรณ รัตนจันทา โทร. 081-613-4676

ที่ ศธ 0512.11/1587



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวีรวรรณ รัตนจันทา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาเสพติด กรมการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอรุณญา แพจ้อย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอรุณญา แพจ้อย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางวีรวรรณ รัตนจันทา โทร. 081-613-4676

ที่ ศธ 0512.11/ 1587



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวีรวรรณ รัตนจันทา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|------------------|
| 1. แพทย์หญิง วรางคณา รักษ์งาน | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 2. แพทย์หญิง สิริวิษา ปิติปัญญากุล | นายแพทย์ชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	แพทย์หญิง วรางคณา รักษ์งาน และแพทย์หญิง สิริวิษา ปิติปัญญากุล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางวีรวรรณ รัตนจันทา โทร. 081-613-4676



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
60 ถ.พหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี โทร 02-5310080-8 ต่อ 499, 492

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่ง
เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สถานบำบัดรักษาเสพติด กรมการแพทย์

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH COGNITIVE IMPAIRMENT
OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE RECEIVING INPATIENT
TREATMENT, DRUG ADDICTION TREATMENT CENTER, DEPARTMENT
OF MEDICAL SERVICES

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....วีรวรรณ รัตนจินทา.....
สาขา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....คณะ.....พยาบาลศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มี
ชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

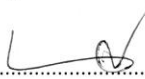
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองโครงการวิจัย

ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง.....6.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ....2557.....

วันที่หมดอายุ5.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ....2558.....

ลงนาม.....

(... นพ.ลำซ่า ... ลักขณาภิชนชัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(..... นางสาวเนมา...นิลบรรพ์.....)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ง
ตารางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนามมาตรา ด้วยค่าการหาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square Coefficient)

1.1. การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรเพศ กับภาวะพร้อมทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	21.338 ^a	21	.438	.		
Likelihood Ratio	22.856	21	.352	.		
Fisher's Exact Test	19.235			.509		
Linear-by-Linear Association	.135 ^c	1	.713	.717	.361	.013
N of Valid Cases	198					

a. 29 cells (65.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .20.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is -.368.

1.2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปร ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว กับภาวะพร้อมทางการรู้คิดของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square Coefficient)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	27.500 ^a	21	.155	.	.	
Likelihood Ratio	25.454	21	.228	.	.	
Fisher's Exact Test	23.612			.157		
Linear-by-Linear Association	1.362 ^c	1	.243	.246	.128	.009
N of Valid Cases	198					

a. 27 cells (61.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .13.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is 1.167.

2. การหาความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ การศึกษา อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนปีที่ดื่ม แอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ กับภาวะพร่องทางการรู้คิดในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

Correlations

		อายุ	จำนวนปีที่ศึกษา	เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุ	ระยะเวลารวมการติดเป็นปี	ดื่ม standard drink ต่อวัน	ดื่มครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารักษา (เป็นวัน)
อายุ	Pearson Correlation	1	-.162*	.249**	.701**	-.040	-.040
	Sig. (2-tailed)		.022	.000	.000	.574	.577
	N	198	198	198	198	198	198
จำนวนปีที่ศึกษา	Pearson Correlation	-.162*	1	.051	-.133	-.085	.104
	Sig. (2-tailed)	.022		.473	.063	.236	.146
	N	198	198	198	198	198	198
เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุ	Pearson Correlation	.249**	.051	1	-.114	-.183**	-.046
	Sig. (2-tailed)	.000	.473		.110	.010	.517
	N	198	198	198	198	198	198
ระยะเวลารวมการติดเป็นปี	Pearson Correlation	.701**	-.133	-.114	1	-.045	-.006
	Sig. (2-tailed)	.000	.063	.110		.527	.935
	N	198	198	198	198	198	198
ดื่ม standard drink ต่อวัน	Pearson Correlation	-.040	-.085	-.183**	-.045	1	.239**
	Sig. (2-tailed)	.574	.236	.010	.527		.001
	N	198	198	198	198	198	198
ดื่มครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารักษา (เป็นวัน)	Pearson Correlation	-.040	.104	-.046	-.006	.239**	1
	Sig. (2-tailed)	.577	.146	.517	.935	.001	
	N	198	198	198	198	198	198

Correlations

		อายุ	จำนวนปีที่ ศึกษา	เริ่มดื่มสุรา ครั้งแรกอายุ	ระยะเวลารวม การติดเป็นปี	ดื่ม standard drink ต่อวัน	ดื่มครั้ง สุดท้ายก่อน เข้ารักษา (เป็นวัน)
คะแนนรวม ซีเมเร้า	Pearson Correlation	-.190**	-.082	-.006	-.180*	-.010	-.077
	Sig. (2-tailed)	.007	.249	.938	.011	.888	.278
	N	198	198	198	198	198	198
คะแนนรวม stais	Pearson Correlation	-.018	.053	.052	-.030	-.131	-.076
	Sig. (2-tailed)	.799	.455	.467	.671	.066	.288
	N	198	198	198	198	198	198
คะแนนรวม stait	Pearson Correlation	-.144*	.106	.015	-.130	-.055	-.039
	Sig. (2-tailed)	.043	.138	.830	.067	.442	.581
	N	198	198	198	198	198	198
คะแนน รวมสนับสนุน	Pearson Correlation	.154*	-.007	.161*	-.003	-.008	.171*
	Sig. (2-tailed)	.031	.923	.024	.965	.913	.016
	N	198	198	198	198	198	198
คะแนนรวม MoCA	Pearson Correlation	-.236**	.465**	-.072	-.228**	.180*	.304**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.315	.001	.011	.000
	N	198	198	198	198	198	198

Correlations

		คะแนนรวม ซีมีเคร้า	คะแนนรวม stais	คะแนนรวม stait	คะแนน รวมสนั่นสนุน	คะแนนรวม MoCA
อายุ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.190** .007 198	-.018 .799 198	-.144* .043 198	.154* .031 198	-.236** .001 198
จำนวนปีที่ ศึกษา	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.082 .249 198	.053 .455 198	.106 .138 198	-.007 .923 198	.465** .000 198
เริ่มดื่มสุราครั้ง แรกอายุ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.006 .938 198	.052 .467 198	.015 .830 198	.161* .024 198	-.072 .315 198
ระยะเวลารวม การติดเป็นปี	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.180* .011 198	-.030 .671 198	-.130 .067 198	-.003 .965 198	-.228** .001 198
ดื่ม standard drink ต่อวัน	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.010 .888 198	-.131 .066 198	-.055 .442 198	-.008 .913 198	.180* .011 198
ดื่มครั้งสุดท้าย ก่อนเข้ารับรักษา (เป็นวัน)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.077 .278 198	-.076 .288 198	-.039 .581 198	.171* .016 198	.304** .000 198
คะแนนรวม ซีมีเคร้า	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .325 198	-.070 .325 198	.080 .262 198	-.180* .011 198	-.108 .130 198
คะแนนรวม stais	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.070 .325 198	1 .325 198	.706** .000 198	.097 .174 198	.068 .342 198

Correlations

		คะแนนรวม ซีเมตรี	คะแนนรวม stais	คะแนนรวม stait	คะแนน รวมสนั่นสนุน	คะแนนรวม MoCA
คะแนนรวม stait	Pearson Correlation	.080	.706**	1	.110	.176*
	Sig. (2-tailed)	.262	.000		.125	.013
	N	198	198	198	198	198
คะแนน รวมสนั่นสนุน	Pearson Correlation	-.180*	.097	.110	1	-.008
	Sig. (2-tailed)	.011	.174	.125		.910
	N	198	198	198	198	198
คะแนนรวม MoCA	Pearson Correlation	-.108	.068	.176*	-.008	1
	Sig. (2-tailed)	.130	.342	.013	.910	
	N	198	198	198	198	198

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางวีรวรรณ รัตนจันทา เกิดเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2509 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัด จันทบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2537 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะพร้อมทางการรู้คิด กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY