

ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF ALCOHOL WITHDRAWAL IN ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS

Miss Amarporn Fangkaew



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา
โดย	นางสาวอมรภรณ์ ฝางแก้ว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

อมรรภรณ์ ผางแก้ว : ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา (PREDICTING FACTORS OF ALCOHOL WITHDRAWAL IN ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 168 หน้า.

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) และเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 4) แบบประเมินความวิตกกังวล ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว 5) แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือชุดที่ 4-6 ได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4, 5 และ 6 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .77, .78, .82 และ .90 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติพีชเชอร์ ไควสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุรา การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกันทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ ร้อยละ 38 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2. อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และความวิตกกังวลไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Z ภาวะถอนพิษสุรา = $.284 * Z_{\text{พฤติกรรมการดื่มสุรา}} + .265 * Z_{\text{การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา}} - .204 * Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .183 * Z_{\text{ภาวะความดันโลหิตสูง}}$

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677227936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ALCOHOL WITHDRAWAL / ALCOHOL DEPENDENCE

AMARAPORN FANGKAEW: PREDICTING FACTORS OF ALCOHOL WITHDRAWAL IN ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 168 pp.

The objective of this descriptive research was to identify factors predicting alcohol withdrawal in alcohol dependence clients including age, alcohol drinking withdrawal history, hypertension, alcohol consumption, anxiety, symptom expectancy and social support. The subjects were alcohol dependence clients diagnosed as alcohol dependence according to the International Classification of Diseases (ICD 10) who attended Outpatient department of Prasrimahabhodi psychiatric hospital, Khonkan psychiatric hospital and Nakhonratchasima psychiatric hospital. A total of 154 clients who met the inclusion criteria of having mild alcohol withdrawal level and agreed to participate in the study were recruited. The research instruments were the personal data record, Alcohol Withdrawal Scale (AWS), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Anxiety including Test State anxiety-ANX-S and Trait-anxiety, Symptom Expectancy and Severity Questionnaire (SAES), and Social support. The 4th to 6th instruments were tested for content validity by five experts. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability of the 4th, 5th and 6th instrument was .88, .77, .78, .82 and .90, respectively. Data were analyzed using Percentage, Mean, Standard deviation, the Fisher exact probability, Chi-Square, Pearson's Product Moment Correlation, and Stepwise multiple regression analysis.

Major findings were as follows:

1. Alcohol consumption, Symptom expectancy, social support and hypertension altogether were able to significantly predict alcohol withdrawal in alcohol dependence clients at 38 percent, at p.05 level.

2. Age, alcohol drinking withdrawal history, and anxiety could not predict alcohol withdrawal in alcohol dependence clients.

The equation derived from the standardized score was:

$$\text{Alcohol withdrawal} = .284 * Z_{\text{Alcohol consumption}} + .265 * Z_{\text{symptom expectancy and severity of alcohol withdrawal}} - .204 * Z_{\text{social support}} - .183 * Z_{\text{hypertension}}$$

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า มาให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อวิชัย และคุณแม่ศรีสว่าง เถาว่าหมอที่ให้ความเอาใจใส่ ห่วงใย และเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบคุณคุณพุงศักดิ์ และเด็กชายกฤตภาส ผางแก้ว รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่รักและเข้าใจ รวมทั้งคอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลในทุกๆด้าน ให้ความสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งให้กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่งเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเสพติดสุรา.....	14
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา	30
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา	51
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	96
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	101
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ.....	120
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
ภาคผนวก จ การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	145
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	147
ภาคผนวก ช ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	153
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	168

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในแต่ละโรงพยาบาล.....	62
ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n=154).....	76
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของพฤติกรรมดื่มสุรา (n=154).....	79
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของระดับ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (n=154)	79
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S)และความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) (n=154).....	80
ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ยของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (n=154).....	81
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=154).....	82
ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัว การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา.....	83
ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปริมาณการดื่มสุราประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และภาวะความดันโลหิตสูงกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา (n=154).....	84
ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง อายุพฤติกรรมการดื่มสุราความวิตกกังวลปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา (n=154) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix).....	85
ตารางที่ 13 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ของตัวแปรต่างๆ กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา.....	86

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุราการคาดการณ์ต่อ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราการสนับสนุนทางสังคม ภาวะความดันโลหิตสูงกับ ภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราที่เข้าสู่สมการถดถอยและค่าอำนาจในการทำนาย (R ²) ภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา	88
ตารางที่ 15 จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมดื่มสุราจำแนกรายข้อ	128
ตารางที่ 16 จำนวน (ร้อยละ) ของภาวะถอนพิษสุราจำแนกรายข้อ	129
ตารางที่ 17 จำนวน (ร้อยละ) ของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) จำแนก รายข้อ.....	130
ตารางที่ 18 จำนวน (ร้อยละ) ของความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) จำแนกรายข้อ	131
ตารางที่ 19 ร้อยละของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราจำแนกรายข้อ	132
ตารางที่ 20 ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ	133

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาจากการบริโภคสุรามีผลกระทบต่อสังคมไทย เป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำลายสุขภาพและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะโรคไปทั่วโลกโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดอันดับ 3 ที่มีผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเป็นอุปสรรคการพัฒนาบุคคลและสังคม(โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์, 2556) ประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีผู้บริโภคสุราติดอันดับที่ 42 ของโลก (WHO, 2004) และเป็นอันดับ 3 ของเอเชีย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553)จากสถานการณ์การบริโภคสุราปี 2557 พบว่าในจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 54.8 ล้านคน เป็นนักดื่มในปัจจุบัน (Current drinker) หรือ ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่แล้วร้อยละ 32.3 โดยเพศชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงถึงร้อยละ 38.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จากการศึกษาภาระโรค(Burden of disease) พบว่าการดื่มสุราทำให้ประชากรไทยมีชีวิตอยู่กับความพิการสะสมถึงร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียจากความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability; YLDs) โดยเฉพาะภาวะติดสุราก่อความสูญเสียร้อยละ 22.6 ของ YLDs ในเพศชาย ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 56 โดยพบนักดื่มในวัยผู้ใหญ่สูงสุดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) โรคที่เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของผู้ป่วยในยาเสพติดคือโรคติดสุราร้อยละ 20.36 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 85.79 (สถาบันธัญญรักษ์, 2557)

สุรา คือ เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในปริมาณที่ไม่เกิน 60 ดีกรีซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถใช้ดื่มได้สุราจัดเป็นสิ่งเสพติดประเภทกึ่งระบบประสาทส่วนกลาง แต่ฤทธิ์การติดยาและฤทธิ์ต่อร่างกายไม่รุนแรงด้วยเหตุนี้สุราและเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์จึงเป็นยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายแต่เมื่อดื่มสุราจนมีการสะสมในระดับหนึ่งจะติดสุรา และเมื่อหยุดการดื่มแล้วจะมีปฏิกิริยาของร่างกาย (สิริกร คำภูไทย, 2550) ปัจจุบันพบว่าค่านิยมและวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญกับสุราว่าเป็นเครื่องดื่มที่ใช้เพื่อเข้าสังคม ช่วยสร้างความสนุกสนาน และสามารถหาซื้อได้ง่าย รัฐบาลเองก็ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการผลิตและซื้อขายกันอย่างเสรี ไม่ผิดกฎหมาย ผู้ผลิตเองก็มีการพัฒนากลยุทธ์ในรูปแบบต่างๆ โฆษณาสินค้าในสื่อโทรทัศน์ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ที่บุคคลทุกระดับตั้งแต่เด็กระดับประถมศึกษา กลุ่มวัยรุ่น จนถึงวัยผู้ใหญ่ที่สามารถรู้ผิดชอบชั่วดีแล้วก็ได้รับรู้ข่าวสารเหล่านี้ ซึ่งก็เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้มองว่าเป็นสิ่งที่ดีเพิ่มความคึกคะนองสนุกสนาน สุราเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่

ไม่ผิดกฎหมาย ซึ่งเมื่อดื่มเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะฟุ้งสุราหรือติดสุรา และอาจทำให้เกิดโรคจิตและความผิดปกติที่เกิดจากสุราได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2544)

American Psychiatric Association (1994) ได้ให้ความหมายของการเสพติดสุร่าว่าเป็นลักษณะของการเสพติดที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุร่าเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุร่าหรือมีอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุร่าภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่ามีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุร่า การดื่มสุร่าจนเกิดการเสพติดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุร่า (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศ (โสภณา จีรวงศ์ นุสรณ์, 2556) ดังนี้ 1) ผลต่อร่างกาย ได้แก่ ดับอึกเสบ ดับแข็ง ดับอ่อนอึกเสบ ภาวะอาหาร อึกเสบ แผลในกระเพาะอาหาร มะเร็งทางเดินอาหารและลำไส้เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ปอดบวม กล้ามเนื้ออึกเสบกระดูกสันหลังพรุน โรคเก๊าท์ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น(Rehm et al., 2009) 2) ผลต่อสมองและระบบประสาท ไปทำลายสมองทำให้ความจำเสื่อม การทรงตัวไม่ดี ปลายประสาทพิการทำให้ชาตามมือตามเท้า ถ้ามารดาที่ตั้งครรภ์ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้ทารกมีความผิดปกติทางสมอง ปัญญาอ่อน ลักษณะใบหน้าผิดปกติ และมีความผิดปกติของหัวใจได้ด้วย 3) ผลต่อครอบครัวและสังคม โดยสุร่าเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้ครอบครัวแตกแยก เด็กขาดความรักความอบอุ่น ทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้แต่งงานเป็นหนี้เป็นสิน อาจถูกจับดำเนินคดีเพราะเมาแล้วขับ หรือเอะอะอาละวาด เป็นที่รังเกียจของชุมชนและสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2548)

การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติปี พ.ศ. 2551 ของกรมสุขภาพจิต พบคนไทยเป็นโรคติดสุร่าประมาณ 3.2 ล้านคนหรือร้อยละ 6.6 (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ, 2556) สอดคล้องกับรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุร่าในปีพ.ศ. 2554-2557 ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกระดับเกือบทุกภูมิภาคแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะถอนพิษสุร่าระดับรุนแรงและซับซ้อนที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนต้องเผชิญ (สถาบันธัญรักษ์ กรมการแพทย์, 2557) จากรายงานสถิติเช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประมาณว่าในผู้ป่วยติดสุร่า 8 ล้านคน จะพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุร่ารุนแรงจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากดื่มสุร่าหนักต่อเนื่องตลอดช่วงเทศกาล จนถึงวันสุดท้ายจึงหยุดดื่มและเกิดภาวะถอนพิษสุร่ารุนแรง (Fuller and Hiller-Sturmhofel, 1999) สำหรับในประเทศไทยพบปรากฏการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุร่าเข้ามารับการรักษามากขึ้นในช่วงก่อนและเริ่มเข้าพรรษาเพราะผู้ติดสุร่าจำนวนหนึ่งจะปฏิบัติตามกิจกรรม

รณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” จึงหยุดดื่มสุราทันทีเมื่อเริ่มเข้าพรรษาแล้วมีอาการของภาวะถอนพิษสุราเกิดขึ้นได้ (สาวิตรี อัจฉนาศึกษ และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้เสพติดสุราลดปริมาณหรือหยุดดื่มหลังจากดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานาน(พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง (Bayard et al., 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถอธิบายกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราด้วยแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) กล่าวว่า เป็นความผิดปกติไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองหลังจากมีการลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา เกิดจากการที่ตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าหรือสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมตามมาได้ จากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นนั้นซ้ำๆทำให้สามารถอธิบายได้ว่าการเกิดภาวะถอนพิษสุรานั้นเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมองส่วนกลางหลังการลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา จนเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทซึ่งอาจจะถูกกีดกันหรือมีตัวกระตุ้นการส่งสัญญาณนำไฟฟ้าของสารสื่อประสาท โดยที่ GABA (A) ทำหน้าที่เป็นตัวรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ Adrenosin โดยมีความผิดปกติของ GABA_A receptors เนื่องจากมีการปรับลดจำนวน receptors ทำให้บทบาทในการยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลงและในขณะเดียวกันมีการส่งผ่านของสารสื่อประสาท N-methyl-D-aspartate (NMDA) โดยมีการปรับเพิ่มจำนวนของ Kainite glutamate receptors เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้น ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความไวสูง (Sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้ เมื่อหยุดดื่มทันที จึงเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ (Rebound stimulatory effect) ส่งผลให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว รวมถึงการรบกวนระบบฮอร์โมนและระบบอื่นในร่างกายทำให้เกิดอาการวิตกกังวล และอาการชัก และขณะที่มีภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน Dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้นได้ (Ballenger and Post, 1978) หากไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงขึ้นเพื่อคลื่น สับสน และ ความคิด ความจำ การรับรู้เสียไป หูแว่ว ประสาทหลอน (Brown,1982; Trevisan et al., 1998; NSW Health Department, 1999; Sadock and Sadock, 2003) ทำให้คลื่นไฟฟ้าในสมองผิดปกติ จนอาจเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มร้อยละ 48 (Becker, 1998; Hughes, 2009) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ30 (Thanyanuwat , 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวังและติดตามอาการถอนพิษสุราที่ได้รับความนิยม และเหมาะสมกับบริบทของสถานบริการทางสุขภาพของประเทศไทยคือ Alcohol Withdrawal scale (AWS) (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557) สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับเล็กน้อย หรือระยะที่ 1 พบมือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมึน ศีรษะ เหนื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ฝืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ โดยอาการจะเกิดขึ้นหลังดื่มครั้งสุดท้าย 6 – 36 ชั่วโมง 2) ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือระยะที่ 2 มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่งมือสั่นมาก ตัวสั่น เหนื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูงมากขึ้น ตรวจสภาพจิต มีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิดกกังวลโดยอาการจะเกิดขึ้นหลังดื่มครั้งสุดท้าย 24 – 72 ชั่วโมง 3) ระดับความรุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งสั่น (Delirium tremens) มีอาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหนื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง โดยอาการจะเกิดขึ้นหลังดื่มครั้งสุดท้าย 48 – 96 ชั่วโมง (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

จากการศึกษาของ ญัฐกฤตา ชันดี (2556) ได้ศึกษาผู้เสพติดสุราในระยะบำบัดด้วยยาจำนวน 208 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับรุนแรงร้อยละ 11.5 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 2.4 ตามลำดับ และจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปีงบประมาณ 2557 จำนวน 311 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราดังนี้ ระดับเล็กน้อย 63 % ระดับปานกลาง 8 % ระดับรุนแรง 13.8 % และระดับรุนแรงมาก 15.2 % (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2557) และสถิติผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,890, 1,619 และ 1,712 คนแต่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับใดเนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2558; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2558; โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ปีงบประมาณ, 2558) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เข้ารับการรักษา คือการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีหลายประการ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ (Kraemer et al., 1997, Hawker and Orford, 1998; ฌัฐกฤตา ชันดี, 2556) เพศ (Hawker and Orford, 1998) 2) ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Becker, 1998; Hawker and Orford, 1998; Veatch and Gonzalez, 1999; Wojnar et al., 1999; Palmstierna, 2001; Kraemer et al., 2003; ฌัฐกฤตา ชันดี, 2556) ประวัติการชัก (Becker, 1998; Trevisan et al., 1998; Veatch and Gonzalez, 1999; Wojnar et al., 1999; Palmstierna, 2001; Kraemer et al., 2003; Bayard et al., 2004) ภาวะความดันโลหิตสูง (Fiellin et al., 2002; Burapakajornpong et al., 2011; ฌัฐกฤตา ชันดี, 2556) 3) ปัจจัยด้านการบริโภคสุรา ได้แก่ แบบแผนการดื่ม พฤติกรรมการดื่มสุรา (Becker, 1998; Hawker and Orford, 1998; Reoux et al., 2002; ฌัฐกฤตา ชันดี, 2556) และ 4) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล (Lepola, 1994; Becker, 1998; Hawker and Orford, 1998; Trevisan et al., 1998; Bayard et al., 2004) ภาวะซึมเศร้า (Lepola, 1994; Trevisan et al., 1998; Weinberger et al., 2009) การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) การสนับสนุนทางสังคม (Thevos et al., 2001; Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczevska, 2006; ฌัฐกฤตา ชันดี, 2556; Sacco, 2014)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยจากแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) โดยตัวแปรคัดสรรตามแนวคิดนี้มี 4 ตัวแปรดังนี้ ปริมาณการดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และความวิตกกังวล และผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเพิ่มเติมพบปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุรา 4 ตัวแปรดังนี้ อายุ การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา และเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษารูปแบบและปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรงของ Burapakajornpong et al. (2011) ที่ศึกษาผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงมาก โดยศึกษาเขตภาคเหนือ และมีการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของ ฌัฐกฤตา ชันดี (2556) ศึกษาในผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสี่ภูมิภาค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก คือ ปัจจัยด้านประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และภาวะความดันโลหิตสูง (Fiellin et al., 2002; Burapakajornpong, Maneeton, Maneeton and Srisurapanont., 2007; ฌัฐกฤตา ชันดี, 2556) และงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะภาวะถอนพิษสุราที่ไม่แบ่งระดับความรุนแรง จึงยังไม่มีการศึกษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุราที่ชัดเจน ซึ่งการให้การพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละสภาพปัญหาของภาวะถอนพิษสุรามีความแตกต่างกัน จึงจำเป็นที่จะต้องค้นหาว่ามีปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราหรือไม่ ด้วยเหตุนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางยังสามารถรับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกได้ ส่วนการรักษารูปแบบผู้ป่วยในนั้นเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลางขึ้นไป เพราะจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการชักร่วมด้วย (สาวิตรี อัจฉนาภกรชัย และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

บทบาทพยาบาลที่ให้การดูแลผู้เสพติดสุรา จำเป็นต้องรู้ถึงปัญหาของภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้เสพติดสุรา ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วยเพื่อการรักษาฟื้นฟูให้หายทุเลาได้เหมาะสม จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา กลุ่มที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะถอนพิษสุราเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นภายใน 6 – 72 ชั่วโมงหลังลดหรือหยุดดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) จึงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เนื่องจากสถิติของผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้นมีจำนวนมากขึ้น อีกทั้งยังมีการรับส่งต่อผู้เสพติดสุราที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจากโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดังนั้นเพื่อให้ทราบปัจจัยเหตุที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ช่วยให้เข้าใจปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือ และพัฒนาแนวทางการดูแล ป้องกันอันตรายจากภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและส่งเสริมให้อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา

คำถามการวิจัย

ปัจจัยในเรื่อง อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะถอนพิษสุราเป็นอาการ อาการแสดง และผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุราหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุราอย่างกะทันหัน ทำให้สมองมีการปรับตัวของระบบสารสื่อประสาทต่างๆ โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนพิษสุรา (พิชีย แสงชาญชัย, 2549) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยใช้แนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) ที่สามารถอธิบายกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุรามาเป็นหลักในการคัดเลือกปัจจัย โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า ภาวะถอนพิษสุราเป็นความผิดปกติไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองหลังจากมีการลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา เกิดจากการที่ตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าหรือสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมตามมาได้ จากการทำผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นนั้นซ้ำๆ ทำให้สามารถอธิบายได้ว่าการเกิดภาวะถอนพิษสุรานั้นเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมองส่วนกลางหลังการลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา จนเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทซึ่งอาจจะถูกกีดกันหรือมีตัวกระตุ้นการส่งสัญญาณนำไฟฟ้าของสารสื่อประสาท โดยที่ GABA (A) ทำหน้าที่เป็นตัวรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ Adrenosin โดยมีความผิดปกติของ GABA_A receptors เนื่องจากการปรับลดจำนวน receptors ทำให้บทบาทในการยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลง และในขณะเดียวกันมีการส่งผ่านของสารสื่อประสาท N-methyl-D-aspartate (NMDA) โดยมีการปรับเพิ่มจำนวนของ Kainite glutamate receptors เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้น ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความไวสูง (Sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้ เมื่อหยุดดื่มทันที จึงเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ (Rebound stimulatory effect) ส่งผลให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว รวมถึงการรบกวนระบบฮอร์โมนและระบบอื่นในร่างกายทำให้เกิดอาการวิตกกังวล และอาการชัก และขณะที่มีภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน Dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้นได้ (Ballenger and Post, 1978) โดยตัวแปรคัดสรรตามแนวคิดนี้ประกอบด้วย ปริมาณการดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเพิ่มเติมพบปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุราดังนี้ อายุ การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา และเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำได้ เพื่อให้

การช่วยเหลือ และพัฒนาแนวทางการดูแล ป้องกันอันตรายจากความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปริมาณการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราโดยพบว่าปริมาณการดื่มที่สูงจะส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้น (Hawker and Orford, 1998) โดยเฉพาะปริมาณการดื่มสุราในช่วง 7 วันก่อนการหยุดดื่มจะสามารถทำนายระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้ (Reoux et al., 2002)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราโดยพบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มในระดับติดขึ้นไปส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น (Hawker and Orford, 1998) โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการประเมินว่าดื่มสุราในระดับติด และมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหลังตื่นนอนในตอนเช้าร่วมด้วย จะเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น และต้องการการรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมากกว่ากลุ่มอื่น (Reoux et al., 2002)

ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา (Becker, 1998; Hawker and Orford, 1998) โดยผู้ที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในครั้ง นี้ และเคยรับการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากกว่า 2 ครั้งนั้นเกิดจากการรู้คิดที่ผิดปกติของผู้เสพติดสุรา (Duka et al., 2003) โดยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรามากขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นและมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Wojnar et al., 1999; ญัฐกฤตา ชันตี, 2556) และมีโอกาสเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มรุนแรงขึ้น (Veatch and Gonzalez, 1999)

ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) โดยพบว่าภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของสารสื่อประสาทหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และรบกวนการนอนของผู้ป่วย (Trevisan et al., 1998; Bayard et al., 2004) และหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลประจำตัวสูง และมีความวิตกกังวลขณะรับการรักษาในระยะถอนพิษสุราสูง จะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้นด้วย (Johnston et al., 1991; Lepola, 1994; Becker, 1998)

อายุ พบว่าอายุของผู้เสพติดสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) โดยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีอายุมากขึ้น ส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาการดื่มสุรานานกว่าผู้เสพติดสุราที่มีอายุน้อย (Kraemer et al., 1997) ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและสมอง (ญัฐกฤตา ชันตี, 2556) ส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุราได้รุนแรงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Kraemer et al., 1999;

Wojnar et al., 1999) ซึ่งส่วนใหญ่จะเห็นได้ชัดในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Wojnar et al., 2001)

การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะนอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะนอนพิษสุราโดยพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยคาดว่าตนจะไม่สุขสบายหลังการหยุดดื่ม จะส่งผลต่ออาการ อาการแสดงของภาวะนอนพิษสุรา และทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะนอนพิษสุราเพิ่มสูงขึ้นได้ (Hawker and Orford, 1998)

ภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะนอนพิษสุรา (Fiellin et al., 2002; Burapakajornpong et al., 2011) โดยพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบน (Systolic blood pressure) สูงกว่า 145 มิลลิเมตรปรอท ขณะแรกเริ่มจะมีโอกาสเกิดภาวะนอนพิษสุรารุนแรงขึ้น (Fiellin et al., 2002) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะนอนพิษสุราที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแรกเริ่มจะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อจากการนอนพิษสุรายาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเพื่อจากการนอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น (Burapakajornpong et al., 2011)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะนอนพิษสุรา (Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczewska, 2006; ณัฐกฤตา ชันดี, 2556) โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยให้ผู้เสพติดสุราลดความเครียด คลายความวิตกกังวล มีกำลังใจ มีความพร้อมขณะบำบัดรักษา และจะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะนอนพิษสุราลดลงได้ (Sacco, 2014)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะนอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะนอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะนอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม จากแนวเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะนอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะนอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะนอนพิษสุราในผู้ติดสุราได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence ; F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรอิสระ คือ ตัวแปรที่คาดว่าจะสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ มีจำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้เสพติดสุรา หมายถึงผู้ที่ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานาน เรื้อรัง ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ และจะมีการดื่มต่อเนื่องไปเรื่อยๆก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายจิตใจการดำเนินชีวิตสังคมและเศรษฐกิจและต้องพึ่งพาสุราเพื่อประคับประคองให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้ หากลดปริมาณหรือหยุดดื่ม จะทำให้เกิดอาการถอนพิษสุราขึ้นได้ และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จากแพทย์ว่าเสพติดสุรา (Alcohol dependence: F 10.2) เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย (AWS 0-4 คะแนน) อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง อาการ อาการแสดง และผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุราหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุราลง จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยอาจมีอาการเล็กน้อย เช่น นอนไม่หลับ มือสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจมีอาการรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมี

ประสาทหลอน ระแวง เพื่อ สับสนหรือซักจากการหยุดดื่มสุราได้ โดยในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2554)

อายุ หมายถึง การนับจำนวนเต็มเป็นปีของผู้เสพติดสุรา นับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ปริมาณการดื่มสุรา หมายถึง จำนวนของสุราที่ผู้เสพติดสุราดื่มเป็นประจำในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อถอนพิษสุรา นำจำนวนที่ได้มาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยให้มีหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน โดย 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม (พันธุธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2554) ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง ข้อมูลย้อนหลังของผู้เสพติดสุราที่รายงานว่าเคยหรือไม่เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราในอดีต ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ สามารถวัดโดยใช้ เครื่องวัดความดัน (Sphygmomano meter) วัดที่ต้นแขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ ค่าความดันโลหิตบนเป็นค่าความดันที่วัดจากการบีบตัวของหัวใจ เรียกว่าความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) และค่าความดันโลหิตล่างเป็นค่าที่วัดจากการคลายตัวของหัวใจ เรียกว่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) ค่าปกติไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้เสพติดสุราที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะเข้ารับการรักษาคือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ประเมินได้จากการตรวจร่างกาย

พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยเสพติดสุรา จำแนกตามปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยหรือเสี่ยงระดับต่ำ (คะแนน 0-7 คะแนน) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (คะแนน 8-15 คะแนน) กลุ่มดื่มแบบอันตราย (คะแนน 16-19 คะแนน) และกลุ่มดื่มแบบติด (คะแนน 20-40 คะแนน) ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) ของ WHO (2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)

ความวิตกกังวล หมายถึง อาการที่ผู้เสพติดสุราตอบสนองต่อเหตุการณ์ โดยการแสดงออกถึงความไม่สุขสบาย ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด กระวนกระวายใจ จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้และพฤติกรรม ประเมินโดยแบบประเมินความวิตกกังวล

ของ Spielberg (1967) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาจร และมาลี นิสสัยสุข(2534) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันดี (2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) และวัดความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-anxiety)

การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง ระดับของการรับรู้ความคิดและความรู้สึกของผู้เสพติดสุรา ที่มีต่อระดับความรุนแรงของอาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง หลังการลดหรือหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ อาการทางกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออก ผุดผื่นบ่อย คลื่นไส้ ท้องเสีย กระจายน้ำ หรือไม่สุขสบายจากการบำบัด เช่น ภาวะเพ้อคลั่ง สับสน หรือชัก ประเมินโดยแบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ของ Hawker and Orford (1998) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุนิสา สุขตระกูล (2013) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันดี (2556)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรู้คิดหรือการรับรู้ของผู้เสพติดสุราต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว บุคคลในสังคม และบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่พัฒนาโดย Daragon Na Ayuttaya (2009) และปรับปรุงโดยเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร(Instrumental support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตนำไปพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา
2. เป็นแนวทางการค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพติดสุราในระยะถอนพิษสุราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ วารสาร และงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเสพติดสุรา
 - 1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเสพติดสุรา
 - 1.3 การวินิจฉัยการเสพติดสุรา
 - 1.4 ผลกระทบจากการเสพติดสุรา
 - 1.5 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา
 - 1.6 การพยาบาลผู้เสพติดสุรา
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.1 ความหมายของภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.2 แนวคิดการเกิดภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.3 การวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.4 พยาธิสรีระวิทยาของภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.5 กลุ่มอาการเนื่องจากภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.6 การประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.7 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.8 รูปแบบการรักษาภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.9 การพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา
 - 2.10 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะถอนพิษสุรา
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเสพติดสุรา

1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา

American Psychiatric Association (1994) อธิบายความหมายของการเสพติดสุราว่าเป็นลักษณะของการเสพติดที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุราภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

Stern & Herman (2004) กล่าวว่า การเสพติดสุราเกิดจากการดื่มในปริมาณที่มากเกินไปและดื่มบ่อยๆ ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ จนทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

WHO (2004) ให้คำนิยามเกี่ยวกับการเสพติดสุราว่าเป็นความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุราในปริมาณและความถี่มากและดื่มมานานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจตลอดจนเศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม

เกษม ต้นติผลาชีวะ (2536) กล่าวว่า การเสพติดสุราเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและบทบาทหน้าที่ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานานเรื้อรัง

พิชัย แสงชาญชัย (2544) กล่าวว่า การเสพติดสุราหรือในอีกความหมายหนึ่งคือโรคติดสุราก็เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งเกิดจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลาต่างๆ จนทำให้เกิดภาวะพึ่งสุรา และอาจมีอาการโรคจิตจากสุราได้

กรมสุขภาพจิต (2547) ให้ความหมายของการเสพติดสุรา (Alcohol Dependence) ว่าหมายถึง อาการทางจิตชีวภาพที่ประกอบด้วยแรงขับภายในที่ทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์ การหมกมุ่นอยู่กับการดื่ม และบางครั้งจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์หรือลงแดง

ธรมินทร์ กองสุข (2547) กล่าวว่า การเสพติดสุรา คือ การดื่มสุราจนถึงระดับติด โดยการติดสุราไม่เป็นเพียงรูปแบบการดื่มสุราบ่อยๆเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรม และแสดงออกทางร่างกาย มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งพร้อมๆกัน มีลักษณะสำคัญคือการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ ความอยากดื่มรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดสุราในบางราย และยังคงดื่มสุราต่อเนื่องแม้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2554) กล่าวว่า การเสพติดสุราเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ โดยพบอาการแสดง เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการ

ขาดสุราหากหยุดดื่มจะมีความรู้สึกลอยๆ ใต้อย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่ามีผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมหรือหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย (2557) ให้ความหมายของการเสพติดสุรา คือ ผู้ที่ต้องมีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ดื่มได้ การเกิดโรคต้องใช้เวลานานเป็นหลายเดือนหรือเป็นปี และถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยมักจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและอาการเลวลงเรื่อยๆ ผู้ติดสุราจะมีลักษณะเฉพาะคือ ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ และอาจจะมีอาการขาดสุราถ้าหยุดดื่มด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งแตกต่างจากคนที่ดื่มแบบอันตรายซึ่งมักจะหยุดหรือลดการดื่มลงได้เอง โดยได้รับความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

สรุปได้ว่า การเสพติดสุรา คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานาน เรื้อรัง ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ และจะมีการดื่มต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายจิตใจการดำเนินชีวิตสังคมและเศรษฐกิจและต้องพึ่งพาสุราเพื่อประคับประคองให้ดำเนินชีวิตได้ หากลดปริมาณหรือหยุดดื่มจะทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราขึ้น

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเสพติดสุรา

การเสพติดสุราสามารถอธิบายได้จากหลายทฤษฎี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเสพติดสุรา สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theories) มีปัจจัยหลายอย่างทางจิตวิทยาที่ทำให้คนดื่มสุรา (ธวัชชัย กฤษณะประกิจ และพันธ์ศักดิ์ วรอำศวปติ, 2536) ได้แก่ ดื่มเพื่อลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกฮึกเหิม มีอำนาจ และช่วยลดความเจ็บปวดผิดหวังทางจิตใจ ช่วยลดความประหม่าตื่นเต้น และช่วยให้เผชิญกับความเครียดในชีวิตจิตใจ บางคนดื่มเป็นครั้งคราวเพื่อเข้าสังคมหรือดื่มในบางวันที่รู้สึกเครียดจากงาน เหตุที่ดื่มเพื่อให้ชีวิตรื่นเริง สนุกสนาน และทำให้ง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น กลุ่มคนพวกนี้จะดื่มปริมาณไม่มากไม่ติดแอลกอฮอล์ ส่วนผู้ที่ดื่มสุรามากๆ จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอนอยู่ไม่สุข และมีความตึงเครียดของจิตใจมากขึ้น ทฤษฎีที่มุ่งความสนใจว่าสุรามีฤทธิ์กระตุ้นให้จิตใจมีความฮึกเหิม และเพิ่มแรงจูงใจทางเพศ จึงเป็นสาเหตุทำให้ดื่มสุราเพื่อกระตุ้นความต้องการทางเพศ (ธวัชชัย กฤษณะประกิจ และพันธ์ศักดิ์ วรอำศวปติ, 2536)

1.2.2 ทฤษฎีทางชีววิทยา (biological theories)

1.2.2.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (genetic theories) มีข้อมูลสนับสนุนถึงอิทธิพลของพันธุกรรมต่อการเสพติดสุราว่า สมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ติดสุรามีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป 4 เท่า พบว่า คู่แฝดที่เป็นแฝดเหมือน (identical twin) ซึ่งการติดสุราจะทำให้แฝดอีกคนหนึ่งมีความ

เสี่ยงต่อการติดสุรกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (fraternal twins) เด็กซึ่งมีบิดาหรือมารดาที่ติดสุรา และถูกขอไปเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมไม่ติดสุรา มีความเสี่ยงต่อการติดสุรารสูงกว่าคนทั่วไป 4 เท่า และยังมีรายงานพบว่าญาติพี่น้องใกล้ชิดในครอบครัวของ ผู้ที่ติดสุราในกลุ่มศึกษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากสุรารสูงกว่าคนทั่วไป 3 - 4 เท่า อัตราของการเกิดปัญหาจากการสุรารจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนญาติ พี่น้องที่ติดสุรา ความรุนแรงของการป่วย และความใกล้ชิดทางสายพันธุ์ การศึกษาในเรื่องอิทธิพลการเลี้ยงดูพบจากเด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ติดสุรา จะมีความเสี่ยงต่อปัญหาติดสุรารสูง แม้จะถูกเลี้ยงดูให้เติบโตในสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยไม่ให้ใกล้ชิด หรือรับรู้ถึงปัญหาเกี่ยวกับสุรารของพ่อแม่ ความเสี่ยงต่อการติดสุราในเด็กกลุ่มนี้ไม่สูงขึ้นกว่าเดิมเมื่อถูกเลี้ยงดู โดยพ่อแม่บุญธรรมที่ติดสุรา การติดสุรารต้องอาศัยปัจจัยหรือตัวกระตุ้นอื่นร่วมด้วย ทำให้มีความเป็นไปได้สูง จำนวนยีนส์ (genes) กลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการติดสุรารนี้มีการถ่ายทอดอย่างไม่สมบูรณ์ (immature penetrance) ดังนั้น ยีนส์จึงต้องการเวลาสำหรับการกระตุ้นจากปัจจัยอื่นอีกเช่นความวิตกกังวล(anxiety)จึงจะแสดงออกมา (ธวัชชัย กฤษณะประภกิจ และพันธ์ศักดิ์ วรอาศวกปติ, 2536)

1.2.2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทางชีววิทยา (relate biological theories) ซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงของการเสพติดสุราร จากการศึกษาเด็กในช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่มีพ่อแม่ติดสุราร มักจะเป็นครอบครัวที่อยู่ใจกลางเมือง หรือครอบครัวที่มีพ่อแม่ ซึ่งมีความผิดปกติของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม พบว่า เด็กเหล่านี้จะให้ผลทดสอบทางประสาทการรับรู้ (neurogenetic test) ที่เป็นตัวบ่งชี้ได้ว่าความเสี่ยงต่อการเสพติดสุราร (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535 อ้างในธวัชชัย กฤษณะประภกิจ และพันธ์ศักดิ์ วรอาศวกปติ, 2536)

1.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกทางจิต (psychodynamic theories) การติดสุรารมีผลจากความกังวลเล็กๆ ที่มีอยู่รอบๆความขัดแย้ง ผู้ที่ติดสุรารจำนวนมากจะมี ความขัดแย้งอย่างรุนแรงอยู่ในใจ และกอดอยู่ในใจนี้อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการดื่มซ้ำๆ เพื่อลดความกังวล ความรู้สึกลึกซึ้งต่อความรับผิดชอบชั่วดี (super ego) ของจิตใจ ทำให้ลดระดับความเครียดได้ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ประจำคือพวกที่มีพัฒนาการช่วงปากชะงักงัน (oral stage fixation) ทำให้ต้องลด ความกระวนกระวาย โดยการดื่มแอลกอฮอล์ และพวกที่ดื่มแอลกอฮอล์ก็อาจมีการใช้ยาหรือสารตัวอื่นร่วมด้วย เพื่อช่วยเพิ่มพลังความฮึกเหิม เห็นได้จากความรู้สึกโกรธ การปฏิเสธ และอาการถอนพิษสุรารออกมาซ้ำๆ (ธวัชชัย กฤษณะประภกิจและพันธ์ศักดิ์ วรอาศวกปติ, 2536)

1.2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral theories) ทฤษฎีนี้จะเน้นไปที่พฤติกรรมต่อต้านสังคมและอาการซึมเศร้า และพฤติกรรมเหล่านี้ มีผลต่อการเสพติดสุรารอย่างรุนแรงได้อย่างไร จากความเชื่อที่ว่า อายุ เพศ และชาติพันธุ์ มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมและอาการซึมเศร้า

ยกตัวอย่าง เช่น นักดื่มอายุน้อยมีแนวโน้มจะติดสุรา ในผู้หญิงจะติดสุราร่วมกับมีอาการซึมเศร้า คนผิวดำ คนกลุ่ม hispanics จะแสดงลักษณะของการติดสุราร่วมกับพฤติกรรมต่อต้านสังคมและอาการซึมเศร้า มีการนำเอาคำว่า “บุคลิกภาพที่เกิดการติดสุราและบุคลิกภาพของคนติดสุรา” มาใช้ นักจิตวิทยาคลินิกและจิตแพทย์ได้อธิบายถึงลักษณะของคนดื่มสุราที่มารับการรักษาว่ามีลักษณะอาการทางประสาท ปรับตัวไม่ได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น อารมณ์และเรื่องทางเพศยังไม่โตเต็มที่ แยกตัวพึ่งพา ไม่สามารถยืนหยัดสู้กับความผิดหวัง หรือความตึงเครียดได้ มีความรู้สึกบาปและไร้ค่าอยู่ลึกๆ แต่ข้อสังเกตเหล่านี้ได้จากลักษณะของกลุ่มคนติดสุราที่แสดงออกเมื่ออยู่ในคลินิก กลุ่มที่มารับการรักษาด้วยการถูกจับมา มีอาการป่วยจนถึงขั้นต้องรักษา มีเงินพอที่จะไปรักษาคลินิกหรือยากจนต้องไปหาแหล่งอื่นแต่ไม่ได้มีการศึกษาลึกลงไปกว่าแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้าง ก่อนที่พวกเขาจะดื่มเหล้า ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้มีความสำคัญที่พยายามนำมาใช้จะปรับพฤติกรรมของผู้ติดสุราจะมาใช้ในการที่จะปรับพฤติกรรมของผู้ติดสุราเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ที่ติดสุรา (ธวัชชัย กฤษณะประภกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราอศวปติ, 2536)

1.2.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning and reinforcement theory) Backer (1996) กล่าวว่า การใช้สุราและการเสพติดสุราในภายหลังมีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน บิดามารดาของคนที่ยึดสุราและคนอื่นๆ จะเป็นรูปแบบที่สอนให้เด็กๆ เห็นว่าการดื่มเป็นเรื่องที่ไม่ผิด ส่วนทฤษฎีการเสริมแรง อธิบายถึงการดื่มสุราว่าเป็นผลมาจากการเสริมแรงทางบวกหรือการได้ประโยชน์จากการดื่มสุราเพื่อนฝูงและสื่อมวลชนเป็นต้นว่า ภาพยนตร์โฆษณาต่างๆ จะช่วยเสริมให้เกิดความคิดที่ว่า การดื่มสุราเป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะทำโดยอาศัยจังหวะเวลา เช่น ในช่วงของการเกิดวิกฤต ความเบื่อ และการเฉลิมฉลอง การดื่มสุราทำให้พวกเขาารู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากสังคมมากกว่า

1.2.6 แนวคิดศีลธรรม (moral model) ตามแนวความคิดนี้ เชื่อว่า การดื่มสุรามากเกินไป เป็นผลมาจากการที่บุคคล นั้นสูญเสียการควบคุมทางสังคม คนที่ติดสุรามากเกินไปก็เป็นเพราะเขาเลือกที่จะดื่มเอง การตัดสินใจดื่มสุรา เกิดขึ้นเพราะแรงบีบบังคับทางศีลธรรมที่ต่อต้านการดื่มสุราอ่อนล้าหรือขาดหายไป ในความรู้สึกจากการดื่มสุราเป็นเสมือนการได้รางวัล และมักจะได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและสังคมบ่อยๆ ดังนั้นการเยียวยาการใช้สุราในทางที่ผิดนี้ จำเป็นจะต้องเพิ่มการทำโทษ ทำให้เห็นว่าการใช้สุราในทางที่ผิดไม่ใช่วิธีการให้รางวัล ประเภทของการทำโทษที่ควรสนับสนุน ได้แก่ การปรับ เสียสิทธิบางอย่าง เช่น ยกเลิกใบอนุญาตขับขี่ บังคับให้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการขับขี่หรือการจำคุก (ธวัชชัย กฤษณะประภกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราอศวปติ, 2536)

1.2.7 แนวคิดทางการแพทย์ (medical model) โดยแนวคิดนี้มองว่า การใช้สุราในทางที่ผิด คือโรคที่เป็นโดยกำเนิด และโดยชีววิทยาของบุคคลทำให้แรงจูงใจที่จะใช้ หรือติดสุราขึ้นอยู่กับร่างกาย และลักษณะทางชีววิทยาของแต่ละคน แนวคิดนี้ถือว่าการติดสุราไม่สามารถจะควบคุมได้ และถ้าการดื่มหยุดลงหรือถูกจำกัดลง คนที่ติดสุราจะถูกมองว่าเป็นการฟื้นฟูแต่ไม่ถือว่าเป็นการรักษา โรคแนวทางนี้เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายโดยจะถือว่าคนติดสุรามีความแตกต่างทางสรีระวิทยาอยู่กับพันธุกรรมและถือว่าเป็นความขัดแย้งระหว่างร่างกายและการติงตูดของสารที่อยู่ในสุราทั้งนี้การตอบสนองต่อการดื่มสุราจะเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับปฏิกิริยานี้ ต่างจากแนวคิด moral model ที่เห็นว่าคนติดสุราเนื่องจากไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมของตนเองได้ ในขณะที่ medical model มองว่าการติดสุราจะขึ้นอยู่กับพันธุกรรม ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในคนติดสุราเป็นความขัดแย้งระหว่างร่างกายกับความสามารถในการติงตูดใจของสารที่มีแอลกอฮอล์ (ธวัชชัย กฤษณะประกิจ และ พันธุ์ศักดิ์ วราอศวปติ, 2536)

สรุปได้ว่าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเสพติดสุรา สามารถอธิบายได้จากหลายทฤษฎี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยนี้พบว่ามึทั้งหมด 7 ทฤษฎี ได้แก่ 1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา 2. ทฤษฎีทางชีววิทยา 3. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับกลไกทางจิต 4. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรม 5. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม 6. แนวคิดทางศีลธรรม 7. แนวคิดทางการแพทย์

1.3 การวินิจฉัยการเสพติดสุรา

คำว่า “Alcohol dependence” เป็นศัพท์การแพทย์ที่ใช้เรียกคน “ติด” สุราในภาษาอังกฤษคนทั่วไปมักจะเรียกโรคนี้อีกว่า “alcoholism” และเรียกคนที่ติดสุราอย่างรุนแรงว่า “alcoholic” ส่วนในภาษาไทย คนไทยอาจเรียกโรคนี้อีกว่า “โรคพิษสุราเรื้อรัง” และเรียกคนที่ติดสุรา หรือที่นิยมเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การเสพติดสุรา คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นี้ต้องมีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ดื่มได้ การเกิดโรคต้องใช้เวลาเป็นหลายเดือนหรือเป็นปี และถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยมักจะมีอาการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและอาการเลวลงเรื่อยๆ ผู้ติดสุราจะมีลักษณะเฉพาะคือ ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้และอาจจะมีอาการขาดสุราถ้าหยุดดื่มโดยไม่ได้บำบัดรักษา ซึ่งแตกต่างจากคนที่ดื่มแบบอันตรายซึ่งมักจะหยุดหรือลดการดื่มลงได้เอง โดยได้รับความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย (WHO, 1994)

คำจำกัดความของโรคติดสุราตาม ICD -10 คือ เป็นกลุ่มของลักษณะสรีระวิทยา พฤติกรรม และการนึกคิดเข้าใจ (cognition) ที่เกิดขึ้นในผู้ดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราได้กลายเป็นสิ่งสำคัญ เหนือกว่า

พฤติกรรมอื่นๆ ที่คนๆ นั้นเคยให้ความสำคัญในอดีต ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้หากกลับมาดื่มสุราอีกหลังจากที่หยุดดื่มมาระยะเวลาหนึ่ง เขาจะกลับมาติดสุราอีกได้เร็วกว่าคนที่ไม่เป็นโรคติดสุรา เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราตามระบบ ICD-10 (WHO, 1994) และระบบ DSM-IV-TR จะค่อนข้างคลาคลึงกัน คือมีลักษณะสำคัญหกประการ ได้แก่ การควบคุมการดื่มบกพร่อง ความอยากดื่มอย่างรุนแรง การดื่มกลายเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ภาวะดื้อสุรา ภาวะถอนพิษสุรา และยังคงดื่มต่อไปถึงแม้จะมีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (American Psychiatric Association, 2013)

ในการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศและวัยของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราในประเทศไทย (Srisurapanont et al., 2012) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของการสำรวจระดับปริญญาโทจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ในผู้ดื่มสุราในปัจจุบัน 3,718 คน พบว่า Mini International Neuropsychiatric Inventory (M.I.N.I.) 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ในหมวดความผิดปกติการดื่มสุรา ซึ่งใช้การวินิจฉัยอิงตาม DSM-IV-TR มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราสามารถใช้ได้ทั้งในผู้ดื่มหญิงและชาย ในผู้ใหญ่และเยาวชน แต่เกณฑ์บางข้อมีอัตราการตอบรับต่างกัน พบผู้หญิงไทยมีอัตราการรายงานอาการแสดงในข้อ “ ปัญหาในการควบคุมการดื่ม ” น้อยกว่าผู้ชาย แต่มีอัตราการตอบข้อ “ ยังคงดื่มแม้รู้ว่ามีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นแล้ว ” มากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังพบว่าเกณฑ์ข้อ “ ใช้เวลามากในการดื่ม ” เป็นข้อที่ดีที่สุดในการคัดแยกความรุนแรงของโรคติดสุราทั้งในผู้ดื่มหญิงและผู้ชายวัยต่างๆ กัน โดยผู้ที่มีโรคติดสุราในระดับรุนแรงปานกลางและรุนแรงมากมีโอกาสที่จะมีอาการในข้อนี้มากกว่าผู้ที่มีโรคในระดับรุนแรงน้อย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาในประชากรอเมริกา การศึกษานี้ช่วยชี้ให้เห็นว่าในการวินิจฉัยโรคติดสุราในผู้ป่วยไทย แพทย์อาจจะต้องคำนึงถึงความแตกต่าง ระหว่างเพศ วัย เชื้อชาติ และความรุนแรงของโรคในการแสดงอาการ แต่ละข้อของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (พันธุ์ภากิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2556)

1.3.1 เกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10 (WHO, 1994)

1.3.1.1 วินิจฉัยโรคติดสุราอย่างแน่นอนจะทำได้ก็ต่อเมื่อ ผู้ติดสุรามีลักษณะต่อไปนี้ อย่างน้อยสามข้อเกิดขึ้นติดกันภายในหนึ่งปีที่ผ่านมาที่มีความต้องการที่จะดื่มสุราอย่างรุนแรงหรือมีความรู้สึกซ้ำๆ ว่าต้องดื่มให้ได้ (sense of compulsion)

1.3.1.2 มีความยากลำบากในการที่จะควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งแต่การเริ่มต้นดื่ม การหยุดดื่มและปริมาณการดื่ม

1.3.1.3 มีอาการทางร่างกายของภาวะถอนพิษสุราเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง ซึ่งแสดงออกโดยมีลักษณะเฉพาะของภาวะถอนพิษสุรา หรือต้องดื่มสุราหรือใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกันเข้าไปเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการดังกล่าว

1.3.1.4 มีภาวะดื้อสุรา มีลักษณะคือ ต้องดื่มปริมาณมากกว่าเดิม เพื่อจะได้รู้สึกมึนเมาเท่าเดิม

1.3.1.5 ละเลยความสนุกสนานหรือความสนใจอื่นเพื่อไปดื่มสุรา เสียเวลาที่ทำเป็นประจำมากขึ้นเกินไป การแสวงหาสุรา ดื่มสุรา หรือพักฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา

1.3.1.6 ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว เช่น ตับถูกทำลาย เพราะการดื่มมากเกินไป

1.3.2 เกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2013) แบบแผนการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์อย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกโดยมีอย่างน้อยสามอาการ เวลาใดก็ได้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1.3.2.1 มีภาวะดื้อสุราซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

1.3.2.1.1 จำเป็นต้องดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา (intoxication) หรือฤทธิ์ตามที่ต้องการ

1.3.2.1.2 ได้รับผลจากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม

1.3.2.2 มีอาการถอนพิษสุราซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

1.3.2.2.1 มีอาการเฉพาะของภาวะถอนพิษสุรา(อาการขาดสุรา)

1.3.2.2.2 ต้องดื่มสุราเพื่อลดหรือกำจัดอาการถอนพิษสุรา

1.3.2.2.3 มักดื่มสุราในปริมาณมากหรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจไว้

1.3.2.2.4 ต้องการดื่มสุราอยู่ตลอดไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มสุราได้

1.3.2.2.5 ใช้เวลาในการแสวงหาสุรามาดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาสุรา

1.3.2.2.6 การดื่มทำให้ต้องยกเลิกหรือลดการเข้าสังคม การงานด้านอื่นๆ

1.3.2.2.7 ยังคงดื่มอยู่แม้ทราบว่า การดื่มมีโอกาskogหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจให้รุนแรงขึ้น เช่น ยังคงดื่มแม้ทราบว่าจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยการเสพติดสุรา (Alcohol dependence) ในบริบทของประเทศไทย มีการแบ่งเกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol dependence ออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1. เกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10 (WHO, 1994) 2. เกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยที่นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ เกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10

(WHO, 1994) เนื่องจากเหมาะสมกับบริบทและแพทย์นิยมใช้ในการวินิจฉัยโรคในหน่วยงานที่ได้รับคัดเลือกมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผลกระทบจากการเสพติดสุรา

สุราเป็นชื่อของเครื่องดื่มที่ประกอบด้วยแอลกอฮอล์โดยมีส่วนผสมของโมเลกุลอินทรีย์ (organic molecules) กลุ่มไฮดรอกซี (hydroxyl group :-OH) ที่จับกับอะตอมของคาร์บอนที่อิ่มตัว (saturated carbon atom) แอลกอฮอล์ที่ใช้ดื่มเรียกว่าเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เพราะมีโครงสร้างทางเคมีของเอทานอล (ethanol) คือ “CH₃-CH₂-OH” รสชาติของแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเพิ่มส่วนผสมประกอบการของเครื่องดื่มและกรรมวิธีการผลิต โดยส่วนประกอบที่เพิ่มในช่วงท้ายของการผลิตได้แก่ เมทานอล (methanol) บิวทานอล (butanol) ออลดีไฮด์ (aldehydes) ฟีนอล (phenols) แทนนิน (tannins) และโลหะอื่น ๆ ที่อาจทำให้มีผลต่อการทำงานของจิตใจได้แตกต่างกัน (Sadock&Sadock, 2003) การดื่มสุราจนเกิดเป็นโรคติดสุรานั้น ต้องใช้เวลานานอย่างน้อย 5-10 ปี ขึ้นอยู่กับสภาพ ปริมาณและความถี่ของการดื่ม

จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2547 พบว่ามีคนไทยที่ใช้แอลกอฮอล์อยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุรามากถึง 7 ล้านกว่าคน (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งถือว่าเป็นสถิติที่สูงและควรได้รับการแก้ไขปัญหอย่างเร่งด่วนเนื่องจากการดื่มสุราจนติดจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเป็นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Stern & Herman, 2004) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อตนเอง อาจแบ่งเป็นผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1.4.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย มีทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ดังนี้

แบบเฉียบพลันนั้นขึ้นอยู่กับระดับ แอลกอฮอล์ในเลือด ได้แก่

30 mg% จะทำให้เกิดอาการสนุกสนานร่าเริง (Euphoria)

50 mg% จะเกิดเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว (Incoordination)

100 mg% แสดงอาการเมาให้เห็น เดินไม่ตรงทาง (Ataxia)

200 mg% จะเกิดอาการสับสน (confusion)

300 mg% จะเกิดอาการง่วงซึม (Stuporous)

400 mg% จะเกิดอาการสลบ และอาจถึงตายได้ (Come)

ส่วนแบบเรื้อรัง (Chronic) มักพบในรายที่ดื่มสุรามานานเป็นระยะเวลานานจนติด

สุราจะเกิดภาวะเป็นพิษและมีผลต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ทำให้เกิดโรคในระบบต่างๆ

(เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ได้แก่

1.4.1.1.1 ผลต่อสมอง แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ยับยั้งการไหลผ่านของโซเดียมไปยังเมมเบรน (membrane) ลดการทำงานของซีโรโตนิน ขณะเดียวกันจะไม่เพิ่มการทำงานของตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA receptor) ยับยั้งการทำงานของตัวรับสารสื่อประสาทกลูตาเมต (glutamate receptor) และไปเพิ่มการทำงานของโดปามีน ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ดื่ม จึงทำให้ผู้ดื่มเกิดความผ่อนคลายและสมาธิลดลงได้ แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดประสาท โดยจะกดศูนย์ควบคุมระบบต่างๆ เช่น ศูนย์กดหัวใจและศูนย์ควบคุมการหมุนเวียนในสมองทำให้ถึงตายได้ (Stem & Herman, 2004) และถ้าดื่มปริมาณมากขึ้นฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติถูกกดด้วย โดยทำให้เสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ สมรรถภาพการเห็นและการได้ยินลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ติดสุราจะมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก ซึ่งจะมีผลต่อการสื่อสารทางจิตด้วย เชื่อว่าการฝ่อลีบของสมองในผู้ติดสุราจะเรื้อรังเกิดการสูญเสียของเหลวออกจากเซลล์ของสมองและพบว่าทำให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำซึ่งอาจมีอาการชักได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

1.4.1.1.2 ผลต่อหัวใจ โดยจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบวมโต การเต้นของหัวใจเต้นผิดปกติเหนื่อยง่าย ใจสั่น อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากแอลกอฮอล์จะทำให้การสังเคราะห์ไขมันพวกไตรกลีเซอไรด์สูง และจะยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.4.1.1.3 ผลต่อดับ แอลกอฮอล์จะถูกเผาผลาญโดยเอนไซม์จากตับให้กลายเป็นอะเซททอลดีไฮด์ (acetaldehyde) ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย อะเซททอลดีไฮด์จะถูกเผาผลาญโดยน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ชนิดดีไฮโดรจีเนส (dehydrogenase) จะกลายเป็นกรดอะซิติก (acetic acid) ซึ่งร่างกายสามารถใช้เป็นแหล่งพลังงานได้ ดังนั้นคนที่มีน้ำย่อยดีไฮโดรจีเนสน้อย จึงไม่สามารถเผาผลาญอะเซททอลดีไฮด์ได้ มักจะไม่ค่อยดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก (Katat, 2004) และพบว่าแอลกอฮอล์ละลายในน้ำได้ดีกว่าในไขมัน ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดสามารถทำให้ร่างกายดูดซึมแอลกอฮอล์ได้เร็วขึ้น เพศหญิงจึงมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าเพศชาย เมื่อมีน้ำหนักปริมาณการดื่มที่เท่ากันเพราะเพศหญิงมีไขมันมากกว่าเพศชายและมีการสร้างน้ำย่อยชนิด แกสติก แอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส (gastric alcohol dehydrogenase) น้อยกว่าเพศชาย (Cook, 2004) ผลต่อดับอ่อนสุราจะมีผลทำให้น้ำย่อยของตับอ่อนที่เพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อนซึ่งจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือระดับสะดือมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง อาจช็อก และตายได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.4.1.1.4 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร Sadock & Sadock (2003) กล่าวว่า แอลกอฮอล์ที่ถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารประมาณร้อยละ 10 และส่วนที่เหลือที่จะดูดซึมที่ลำไส้เล็ก ทำให้ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมีสูงสุด ได้นานตั้งแต่ 30-90 นาที ซึ่งปกติจะมีอยู่นาน 45-60 นาที ขึ้นอยู่กับความว่างของกระเพาะอาหาร หากกระเพาะอาหารมีอาหารอยู่มากจะทำให้มีการดูดซึมแอลกอฮอล์ช้าลง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับวิธีการดื่ม การดื่มอย่างรวดเร็วจะทำให้ลดเวลาการเพิ่มความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดให้สูงขึ้น ตรงกันข้ามหากดื่มช้าๆ จะทำให้เพิ่มความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดให้สูงขึ้นได้เร็วกว่า เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 15-30 จะถูกซึมได้ค่อนข้างเร็ว และร่างกายจะมีการป้องกันไม่ให้แอลกอฮอล์มีปริมาณมากเกินไป เช่น เมื่อปริมาณแอลกอฮอล์มีสูงขึ้นในกระเพาะอาหาร มิวคัส (mucus) จะถูกขับออกมามากขึ้น และหูรูดของกระเพาะอาหารจะปิดส่งผลให้แอลกอฮอล์ถูกดูดซึมช้าลงและทำให้แอลกอฮอล์ถูกขับเคลื่อนไปสู่ลำไส้เล็กช้าลงด้วย นอกจากนี้การหดเกร็งของหูรูดกระเพาะอาหารมักจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

1.4.1.1.5 ผลต่อไต ในรายที่ดื่มสุรามาก แอลกอฮอล์จะลดการผลิตฮอร์โมนชื่อ แอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (antidiuretic hormone) ของต่อมพิทูอิทารี (pituitary) จะทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมออกมามาก ร่างกายจะดูดน้ำเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดทีละมากๆ จนทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้ นอกจากนี้ สุราทำให้กรดแลคติก ในเลือดสูงขึ้นเป็นเหตุให้การขับถ่ายกรดยูริกทางไต น้อยลงระดับกรดยูริกในเลือดสูงขึ้นและตกตะกอนในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไต และไตอักเสบ ข้ออักเสบ ที่เรียกว่า เกาต์ เป็นต้น (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.4.1.1.6 ผลต่อกล้ามเนื้อ ผู้เสพติดสุรามักมีอาการปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียและกล้ามเนื้อตายในที่สุดและผลต่อโรคต่างๆ เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ และพบว่าการบริโภคสุราที่สูงขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งของผู้เสพติดสุรา (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.4.1.1.7 ผลต่อระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ สุราทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง จนถึงกับทำให้หมดสติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์ สกัตกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ ในทางตรงกันข้ามแอลกอฮอล์สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจากการทำลายเซลล์ตับอ่อนซึ่งสร้างอินซูลินให้แก่ร่างกาย (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) นอกจากนี้ยังพบว่าส่งผลกระทบต่อระบบด้านจุลชีพโดยทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง เป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคปอดบวมและติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม แพทย์ผู้รักษาโรคหนองในจึงมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างรักษา

1.4.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ สุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ติดสุรามักพบปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากการดื่มสุรา ทำให้ผู้ที่ดื่มมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ขาดความสามารถในการควบคุมตัวเองและการเผชิญปัญหา ตลอดจนใช้วิธีปรับแก้ความเครียดที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ติดสุราเนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมและไม่นับถือตนเองคิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความรับผิดชอบ การตัดสินใจลดลง สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว กลายเป็นคนโดดเดี่ยวไร้ที่พึ่ง มีความคิดวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (เอี่ยมเดือน เนตรแถม, 2541) ในผู้ติดสุรามักจะพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 (อรัญญา แพ้จ้อย และ นรัญชญา ศรีบุรพา, 2549) นอกจากนี้ในผู้ติดสุราเมื่อหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งเกิดหลังจากการดื่มสุรามานานและดื่มในปริมาณที่มากเกินไปจนไม่สามารถดื่มต่อไปได้อีก หรือลดปริมาณของสุราก็จะทำให้เกิดอาการถอนพิษสุรา (withdrawal symptom) เช่น อาการสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หนาวกระหาย วิตกกังวลซึมเศร้า และในกรณีที่รุนแรง จะมีอาการของโรคติดจากสุรา โดยมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย (พิชัย แสงชัยชาญ, 2544)

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว จากการสำรวจผู้ติดสุราส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ซึ่งในประเทศไทยค่านิยมทางสังคมยังให้ผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัว ดังนั้นการติดสุราย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างแน่นอน ในครอบครัวผู้ติดสุรานั้นมักจะมีปัญหาทางด้านบทบาทหน้าที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวขาดความอบอุ่นและขาดความสุขในครอบครัว มีปัญหาเด็กซึ่งเป็นบุตรของผู้ติดสุราที่ได้รับการปฏิบัติจากผู้ปกครองไม่ถูกต้องจำนวนมากเป็นอันตรายเป็นสาเหตุให้เด็กในความปกครองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดีกลายเป็นปัญหาของสังคม (ศุภย์บาศร์รักษาเยาเสพติดขอนแก่น, 2546) จากการศึกษาของพูนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, และหทัยวัน สนั่นเอื้อ (2549) เกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่าภรรยาของผู้ป่วยโรคติดสุรามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 85.42 ของจำนวนทั้งหมด เช่นเดียวกับการศึกษาของไสยา ตระกูลมูล (2546) ที่ศึกษาสุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่าคู่สมรสเป็นกลุ่มเสี่ยงในระดับต้นที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ผิดปกติและบุคลิกภาพต่อต้านสังคม การติดสุราถือว่าการเจ็บป่วยของครอบครัว กล่าวคือปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการใช้สุราอย่างอย่างไม่เหมาะสมหรือการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มี

ผลกระทบต่อบุคคลอื่น ในครอบครัวอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ของบิดา หรือสามีที่ดีได้ ภรรยาหรือลูกของผู้ป่วยเองก็มีความเครียดอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันการเลิกสูรตต้องอาศัยกำลังใจ และการใส่ใจจากครอบครัวด้วยกัน เช่น ลูกของผู้ป่วยติดสูรตถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดสูรตหรือสารเสพติดในอนาคต ดังนั้น การพูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก และควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (พิชัย แสงชัยชาญ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ino & Hayasida (2000) พบว่า ผลการบังคับจิตใจตัวเอง ในการหยุดดื่มสูรตของกลุ่มผู้ติดสูรตที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสของตัวเองและได้รับการประคับประคองจิตใจจะสามารถบังคับจิตใจในการหยุดดื่มสูรตได้ดีกว่าผู้ติดสูรตที่อยู่โดยลำพัง

1.4.3 ผลกระทบต่อสังคม เดิมปัญหาการติดสูรตเป็นปัญหาที่เกิดเฉพาะผู้ติดสูรตเท่านั้น แต่หากพิจารณา ถึงผลกระทบต่างๆแล้วพบว่า เป็นปัญหาที่ส่งผลขยายขอบเขตเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น

1.4.3.1 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลที่ได้รับจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ในการสำรวจประชากรทั่วไป พบว่าประชากรวัยทำงานมากกว่าร้อยละ 50 ติดสูรต (พินธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ผู้ติดสูรตมักจะมีปัญหายุ่งยากในการทำงานบุคคล เหล่านี้จะขาดงานบ่อย หย่อนสมรรถภาพในการทำงาน โดยทำงานไม่เต็มความสามารถ และไม่สามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ นอกจากนี้การดื่มสูรตมากเกินไปไม่มีความสัมพันธ์กับ อาการป่วยจากโรคต่างๆ หลายโรค ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งในประเทศไทย รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโรคสูรตเรื้อรังปีหนึ่งเป็นจำนวนไม่น้อย จาก การรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสูรตเรื้อรังถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายและค่าสูญเสียความสุขของมนุษย์ เนื่องจากสูรตอีกด้วย

1.4.3.2 ปัญหาทางด้านอุบัติเหตุและความไม่สงบของสังคม เนื่องจากพิษสูรตจะมีผล ทำให้ผู้ที่ดื่มสูรตสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง มักทำอะไรขาดความยั้งคิด ขาดความรับผิดชอบอันเป็นสาเหตุสำคัญของการวิวาทชกต่อย ตลอดจนจนถึงการฆ่ากันตายและเป็นสาเหตุสำคัญ หนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ระดับแอลกอฮอล์มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายโดยจะทำให้ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง การตัดสินใจช้าลง การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพในการเห็นและการได้ยินลดลง เช่น การเห็นสัญญาณไฟจราจร การแข่งรถ การบังคับให้รถอยู่ในช่องทาง (พิชัย แสงชัยชาญ, 2544) จากการวิจัยทั้งในและต่างประเทศยังพบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์

การประกอบอาชีพการงานและฆาตกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราร้อยละ 30-50 (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.4.4 ความผิดปกติทางจิตที่มักพบร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา (Comorbidity with other mental disorders) มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.4.4.1 Other substance-related disorders ลักษณะ Alcohol Dependence และ Abuse มักเกี่ยวข้องกับการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแบบ Abuse ได้แก่ กัญชา โคเคน เฮโรอีน ยาบ้ารวมทั้งยากล่อมประสาทและยานอนหลับชนิดต่างๆ การดื่มสุราร่วมกับการใช้วัตถุดังกล่าวข้างต้นมักจะพบบ่อยมากในวัยรุ่นและผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี การดื่มร่วมกับการใช้ยากล่อม Benzodiazepines จะเป็นข้อห้ามในการรักษาโรคติดสุรา แต่แพทย์มักจะสั่งยาเหล่านี้โดยใช้ความพยายามที่ผิดแนวทางในการที่หยุดยั้งหรือลดการดื่มของผู้ป่วยลง ผู้ป่วยติดสุราจะมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดชนิดอื่นด้วย โดยเฉพาะบุหรี่ จะพบว่าผู้ป่วยติดทั้งบุหรี่และสุรา

1.4.4.2 Antisocial personality disorder ความแปรปรวนของบุคลิกภาพ และความแปรปรวนของอารมณ์ต่างเนื่อง มักจะเกิดขึ้นได้บ่อยๆและอาจจะมีอาการมากขึ้น เช่น บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) จะมีแนวโน้มดื่มสุราเรื้อรังจนเป็นโรคติดสุรา

1.4.4.3 Mood disorders: depression ผู้ติดสุรามักจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ซึมเศร้า ตามปกติอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการดื่มสุรามากกว่าเป็นต้นเหตุใน Bipolar disorder จะดื่มสุรามากขึ้นในระยะ Manic episode มากกว่าในระยะซึมเศร้า

1.4.4.4 Anxiety disorders: Phobias, Panic โดยเฉพาะ agoraphobia ในเพศหญิงและ social phobia ในเพศชาย พบในคนดื่มสุราทั้งแบบ abuse และ dependence จุดเริ่มต้นของความผิดปกติจะมาก่อนการดื่มสุราอย่างหนัก

1.4.4.5 Suicide เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเนื่องจากอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป คือ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 10-15% การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่มีเมามากและไม่เมามาก โดยเฉพาะในกลุ่ม high risk suicide ดังนี้ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ไร้ญาติขาดมิตร (unemployment) อยู่อย่างโดดเดี่ยว (living alone)

สรุปได้ว่าลักษณะการดำเนินของโรคติดสุราเป็นลักษณะเรื้อรังและอาจเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง และภาวะโรคทางจิตเวชร่วมจากการติดสุราทำให้การบำบัดรักษา มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น สูญเสียความสัมพันธ์กับครอบครัว สูญเสียการงาน หรือมีปัญหาทางกฎหมายและเสียชีวิตในที่สุด หากรอให้ผู้ป่วยอาการแย่งถึงขีดสุดและผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ต้องแก้ไข

ก็อาจสายเกินแก้หรือไม่ได้ประโยชน์มากเท่าที่ควร (พิชัย แสงชัยชาญ, 2544) ดังนั้นการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาตั้งแต่เนิ่นๆเป็นสิ่งสำคัญ จะเป็นการช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ตามมาอีกมากมาย

1.5 การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด (พันธุธรรมา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ประกอบด้วย

1.5.1. แนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาการติ่มสุรา ประกอบด้วย

1.5.1.1 การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention) เน้นที่ประชาชนทั่วไป ทั้งผู้ที่ไม่ติ่ม ติ่มแบบมีความเสี่ยง ติ่มแบบอันตรายหรือติ่มแบบติดนั้น มาตรการที่ใช้ประกอบด้วยวิธีการต่างๆ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติ่ม มาตรการในการจัดการปัญหาซับซ้อนเฉพาะตัว รวมทั้งการรณรงค์ทางสื่อมวลชน ดังนี้ (พันธุธรรมา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

1.5.1.1.1 Education การให้ความรู้ และสุขศึกษาเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ระยะเวลาการวินิจฉัย การดำเนินโรค วิธีการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การส่งเสริมสุขภาพ การติ่มสุราอย่างปลอดภัย

1.5.1.1.2 Engineering เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการบำบัดรักษา และช่วยลดภาวะแทรกซ้อน หรือความเสี่ยงของผลกระทบจากการติ่มสุรา

1.5.1.1.3 Enforcement การให้ความรู้เรื่องกฎหมายแก่ผู้ติ่มสุรา และการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากการติ่มสุรา

1.5.1.1.4 Environment manipulation การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การลดสิ่งกระตุ้นเพื่อควบคุมปริมาณการติ่ม การควบคุมขาย การควบคุมการโฆษณา ค่าเดือน

1.5.1.1.5 Empowerment การส่งเสริมพลังอำนาจและความสามารถของบุคคล การส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.5.1.2 การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยเน้นที่การค้นหาและการวินิจฉัยผู้มีปัญหาจากการติ่มสุรา ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นโดยเน้นกลุ่มที่ติ่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinkers) และกลุ่มติ่มแบบอันตราย (Harmful drinkers) แต่ยังไม่มีการเสพยาเสพติดประกอบด้วย การคัดกรองผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการติ่มสุรา และให้การช่วยเหลือด้วยคำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)/ คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) (พันธุธรรมา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

1.5.1.3 การรักษาขั้นตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการรักษาสำหรับผู้ติ่มสุราแล้ว ประกอบด้วย การประเมินและรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol detoxication) การให้การบำบัดทางจิตใจและสังคม เช่น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) หรือการบำบัดโดยหลัก 12 Step เป็นต้น รวมถึงการป้องกันการกลับไปติ่มซ้ำ (Relapse prevention) ทั้งด้วยยาและการบำบัด

ทางจิตใจต่อเนื่อง ร่วมกับการดูแลหลังการรักษา (Aftercare service) ที่หมายรวมถึงกระบวนการกลุ่มดูแลตนเอง หรือเครือข่ายผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก เป็นต้น (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

1.5.2 มาตรการการบำบัดรักษา แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ดังนี้

1.5.2.1 มาตรการจัดการระยะแรก (Early intervention) มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น

1.5.2.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา และโรคร่วมทางกาย เป้าหมายเพื่อป้องกันบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา และโรคทางกายที่พบร่วมในผู้เสพติดสุรา

1.5.2.3 มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด ละ เลิก ดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ อาจพิจารณาการรักษาด้วยยา หากมีความจำเป็น

1.5.2.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (Aftercare service) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุราเลย

สรุปได้ว่าการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุรา จำเป็นจะต้องคำนึงถึงระยะของการดำเนินโรคของภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งพบว่าหากค้นพบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดภาวะถอนพิษสุราและเริ่มดำเนินการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้ผู้เสพติดสุราปลอดภัยจากการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา แต่หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นได้

1.6 การพยาบาลผู้เสพติดสุรา

1.6.1 การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติทางการพยาบาล

เป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความรุนแรงของปัญหาที่พบ ขั้นตอนการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระยะตามมาตรการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา คือ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.6.1.1 การพยาบาลระยะแรก (Early intervention)

เป็นการคัดกรองและให้การพยาบาลในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลทุกคน การให้การพยาบาลในระยะแรก มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการลุกลามต่อไป การพยาบาลระดับนี้สามารถทำได้ในสถานบริการทุกระดับ ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย (Alcohol screening) เพื่อจำแนกว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระดับใด และค้นหาผู้ที่มีปัญหาให้

ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก วิธีการคัดกรองอาจจะอาศัยการตรวจร่างกาย การสัมภาษณ์ทางคลินิก การใช้แบบสอบถามซึ่งมีทั้งแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองการดื่มสุราก็จะทำกับผู้ป่วยทุกคนที่มาที่สถานบริการ ณ จุดบริการทางคลินิกจุดแรกที่พบผู้ป่วย

1.6.1.2 การดูแลเบื้องต้น (Brief Intervention) ตามระดับความเสี่ยงของปัญหาของผู้ป่วย จำแนกโดยการคัดกรอง คือ

1.6.1.2.1 ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเลยหรือดื่มในระดับความเสี่ยงต่ำ (Non-drinker or Low risk drinker) ประเมินพฤติกรรมการเสพยาสุราได้ 0-7 คะแนน ควรให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงจากการดื่มสุรา (Alcohol education) ร่วมไปกับการดูแลรักษาโรคหลักที่นำผู้ป่วยมาสถานบริการด้วย

1.6.1.2.2 ผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงประเมินพฤติกรรมการเสพยาสุราได้ 8-15 คะแนน หรือแบบอันตราย (Hazardous or Harmful drinker) ประเมินพฤติกรรมการเสพยาสุราได้ 16-19 คะแนน ควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice/ Brief Counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยลด - ละ - เลิกดื่มสุราและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ซึ่งสามารถทำได้ทันที ณ จุดบริการทางคลินิกที่พบผู้ป่วยรายนั้น

1.6.1.2.3 ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเสพยาติดสุรา ประเมินพฤติกรรมการเสพยาสุราได้ 20-40 คะแนน หรือผู้ป่วยดื่มสุราที่มีโรคร่วม (Alcohol dependence / Drinker with co morbidity) ควรให้การพยาบาลตามข้อบ่งชี้และควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มของตนและเข้ารับบริการที่เหมาะสมต่อไป หรือเพื่อให้ผู้ป่วยลด-ละ-เลิกดื่มสุรา และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม สามารถทำได้ทันที ณ จุดบริการนั้น ทั้งนี้เพราะอาจเป็นจุดบริการสุขภาพเดียวที่ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษา การตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา ถือเป็นส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และป้องกันปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพการดื่มเครื่องดื่มสุราทุกชนิด

1.6.1.3 การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

หลังผ่านพ้นการพยาบาลระยะถอนพิษสุราแล้ว จะต้องให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม โดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแต่ละสถานที่บำบัด โดยต้องทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

1.6.1.4 การพยาบาลระยะหลังการรักษา (Aftercare)

การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในชุมชนมี

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มหรือมีการดื่มลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ซึ่งอาจให้กระบวนการดูแลตนเองหรือการบำบัดเสริมแรงโดยชุมชน บุคลากรสุขภาพอาจเป็นผู้ริเริ่มงานในระดับนี้โดยได้รับความร่วมมือจากชุมชน หรือญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ขณะที่บางส่วนยังมีการหลงเหลือที่ต้องการการติดตามบำบัดดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้เสพติดสุราสามารถแบ่งขั้นตอนการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ ตามมาตรฐานการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะแรก (Early intervention) 2) การดูแลเบื้องต้น (Brief Intervention) ตามระดับความเสี่ยงของปัญหาของผู้ป่วย 3) การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) 4) การพยาบาลระยะหลังการรักษา (Aftercare) (กรมสุขภาพจิต, 2548)

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา

2.1 ความหมายของภาวะถอนพิษสุรา

Bayard et al. (2004) กล่าวว่า ภาวะถอนพิษสุรา คือ อาการที่ปรากฏขึ้นหลังจากการที่ผู้ป่วยดื่มสุราจนเป็นนิสัยแล้วลดหรือหยุดดื่มสุราหลังจากการดื่มต่อเนื่องอย่างหนักมาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง จะพบอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น สั่น นอนไม่หลับ และอาจพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น เช่น ภาวะชักหรืออาการเพ้อคลั่ง

พิชัย แสงชาญชัยและคณะ (2549) ให้ความหมายของภาวะถอนพิษสุร่าว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุร่าภายใน 6 ถึง 8 ชั่วโมง จากนั้นอาการทางจิตและความผิดปกติของการรับรู้ (Psychosis และ Perceptual disturbance) จะเริ่มเกิดขึ้นใน 8 ถึง 12 ชั่วโมง ซึ่งอาการที่พบอาจจะไม่เกิดเพียงอาการเพ้อ แต่อาการสามารถรุนแรงขึ้นได้จากการชัก และมีภาวะระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป จากการขาดสารน้ำและสารอาหาร โดยการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตเวชจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2554) กล่าวว่าภาวะถอนพิษสุร่าคือ ภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุร่าที่ลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มสุร่าทำให้มีโอกาสเกิดอาการถอนพิษสุร่าได้ ในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องเข้ารับการรักษาก็สามารถหายเองได้ แต่บางรายมีอาการรุนแรงขึ้นจนเกิดอาการถอนพิษสุร่าแบบรุนแรงจนมีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium) หรืออาจชักจากการถอนพิษสุร่าได้ (Alcohol Withdrawal Seizures หรือ Rum Fit) อาการถอนพิษสุร่าจะเริ่มเกิดขึ้น เมื่อระดับ

แอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลง และอาการจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปและระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการเริ่มตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย

มาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่าภาวะถอนพิษสุราเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราลงกะทันหันหลังจากที่ดื่มติดต่อกันมาเป็นเวลานานในระยะเวลานึง

ณัฐกฤตา ขันดี (2556) กล่าวว่า ภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีการดื่มอย่างหนักและต่อเนื่องเป็นเวลานานได้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราอย่างกะทันหัน โดยอาจมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว 2) มีเหงื่อออก 3) นอนไม่หลับ ผื่นร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิดกกังวล กลัว และ 8) ชักทั้งตัว (Grandmal seizure)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง อาการอาการแสดง และผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุราหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุราลง จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยอาจมีอาการเล็กน้อย เช่น นอนไม่หลับ มือสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจมีอาการรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีประสาทหลอน ระแวง เพ้อ สับสน หรือชักจากการหยุดดื่มสุราได้

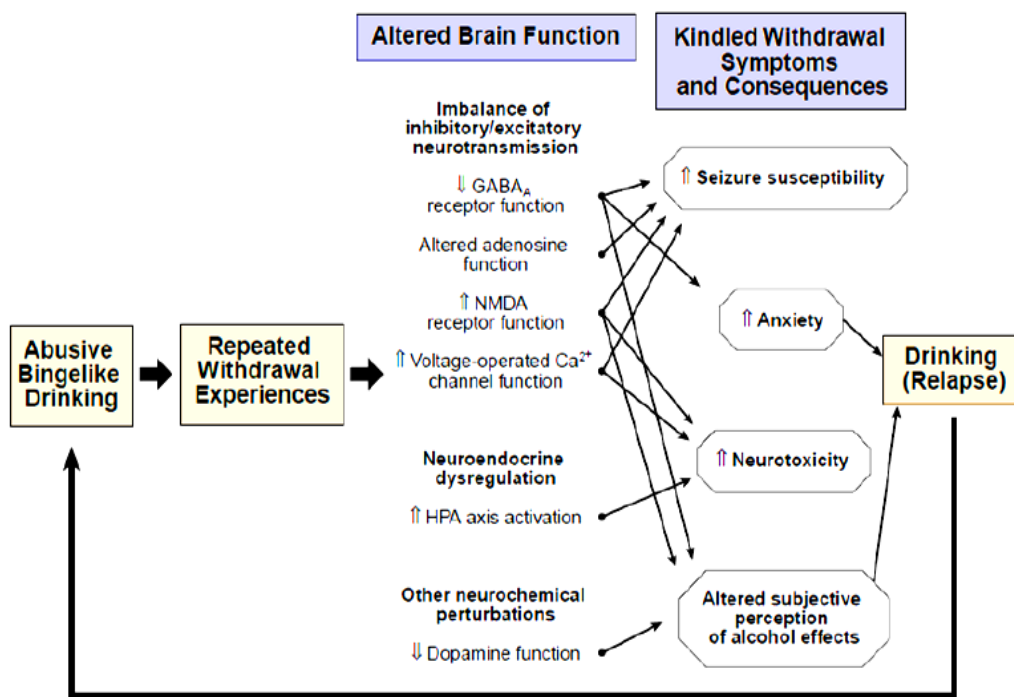
2.2 แนวคิดการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราว่าเป็นผลจากการที่ได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จากฤทธิ์ของสุรา จะทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุรา หรือการชักแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงมากขึ้น (Edwards and Gross, 1976) อาการที่เกิดจะรุนแรงขึ้นเป็นผลจากความไม่สมดุลการนำของแอลกอฮอล์โดยสารเคมีในสมองที่เซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้น หากหยุดดื่มแอลกอฮอล์สมองจะถูกระงับการสื่อประสาทอย่างกะทันหันทำให้เกิดอาการทางคลินิก โดยอาการที่พบได้บ่อยคือ อาการสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน อยู่ไม่นิ่ง หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นสับสน เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน ชัก หรืออาจเสียชีวิต (Caetano, Clark and Greenfield, 1998) ซึ่งกลไกทางสมองที่ทำให้การเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงภายใต้แนวคิด “Kindling Process” เป็นความผิดปกติไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองหลังจากมีการลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา เกิดจากการที่ตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าหรือสารเคมีสามารถส่งผล

กระทบให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมตามมาได้ จากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นนั้นซ้ำๆ (แม้ว่าตัวกระตุ้นที่ได้รับจะมีปริมาณน้อย ซึ่งในภาวะปกติอาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบก็ตาม) ทำให้สามารถอธิบายได้ว่าการเกิดภาวะถอนพิษสุรานั้นเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมองส่วนกลางหลังการลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา จนเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทซึ่งอาจจะถูกกีดกันหรือมีตัวกระตุ้นการส่งสัญญาณนำไฟฟ้าของสารสื่อประสาท โดยที่ GABA (A) ทำหน้าที่เป็นตัวรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ Adenosines โดยมีความผิดปกติของ GABA_A receptors เนื่องจากการปรับลดจำนวน receptors (Down-regulation of GABA_A receptors) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของ GABA_A receptors อย่างรวดเร็วทำให้ความหนาแน่นของ Synapse ลดลง ประกอบกับ GABA_A receptors มีจำนวนลดลงด้วย ทำให้บทบาทในการยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลงและในขณะเดียวกันมีการส่งผ่านของสารสื่อประสาท N-methyl-D-aspartate (NMDA) โดยมีการปรับเพิ่มจำนวนของ Kainite glutamate receptors ทำให้การทำงานของ NMDA glutamate receptors เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด Oxidative stress และ Excitotoxic brain damage ร่วมกับการทะลักของปะจุแคลเซียมเข้าเซลล์กระตุ้นให้หลังสารสื่อประสาทนำประสาท Noradrenaline ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความไวสูง (Sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้ เมื่อหยุดดื่มทันที จึงเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ(Rebound stimulatory effect)ส่งผลให้เกิดการทำงานมากเกินไปของต่อมอะดรีเนอริน (Adrenergic hyperactivity) ทำให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว และต้องดื่มสุรามากเพื่อให้อาการทุเลาลงได้ หากยังมีการดื่มสุรากระตุ้นอยู่ซ้ำๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการยับยั้งและการกระตุ้น รวมถึงการรบกวนระบบฮอร์โมนและระบบอื่นในร่างกายทำให้เกิดอาการวิตกกังวล และอาการชัก และขณะที่มีภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน Dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้นได้ (Ballenger and Post, 1978)

ภาพแสดงกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุราตามแนวคิด Kindling process

(Ballenger and Post, 1978 cited in Hawker and Orford, 1998)



ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุราสามารถอธิบายได้ด้วย 2 ทฤษฎีของ Hawker and Orford (1998) ที่คัดเลือกปัจจัยที่ใช้ในการศึกษามาจากแนวคิด Kindling Process ของ Ballenger and Post (1978) ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎี The Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW Model) (ประวัติในอดีตของการดื่มสุราล่าสุดและการเลิกดื่มสุรา) มีลักษณะตัวแปรที่ถูกเลือกขึ้นเพื่อแสดงถึงความเป็นเหตุเป็นผลกันมากที่สุด การศึกษาประกอบด้วย 1) ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มใน 7 วัน ก่อนหยุด 2) ระยะเวลาของการดื่มและไม่หยุดต่อเนื่องกัน 3) อายุ 4) จำนวนครั้งที่ผู้ดื่มมีประสบการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อหยุดดื่มไปแล้ว 3 วันหรือมากกว่า 5) อาการเจ็บป่วยที่เป็น

2.2.2 ทฤษฎี The Expectation-Anxiety Model (EA Model) หมายถึงความหวังของอาการและจิตใจ สภาวะของความวิตกกังวลประจำวัน (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) มีลักษณะตัวแปรประกอบด้วย 1) ความคาดหวังต่ออาการทางกายและจิตใจช่วงที่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ 2) ระดับความวิตกกังวลโดยปกติของผู้เข้าร่วมศึกษา 3) ความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับช่วงเวลา 1 วันก่อนเลิกดื่มสุรา

2.2.2.1 Trait anxiety เป็นความวิตกกังวลประจำวันเป็นบุคลิกภาพอันยาวนาน (Long-term personality) ที่จะเกิดความวิตกกังวล เมื่อถูกยั่วโดยสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นอาจสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัย (Trait) ของคนๆ นั้น

2.2.2.2 State anxiety เป็นความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ซึ่งเป็นความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น ความกังวล ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งมี 3 ประการ คือ 1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในเหตุผลที่จะหยุดดื่ม 2) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความล้มเหลว 3) การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและประสบการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุรา ผลการทดลองครั้งนี้พบว่าทฤษฎี The Expectation-Anxiety Model (EA Model) สามารถเชื่อถือได้มากกว่าทฤษฎี The Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW Model) ยังพบว่าความสัมพันธ์ของอาการทางกาย ลักษณะของอารมณ์ อาการทางจิตใจและระดับความวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมศึกษามีอิทธิพลกับอาการที่เกิดขึ้น แต่ความวิตกกังวลในช่วงเวลาที่เผชิญกับช่วงก่อนจะเลิกดื่มมีผลสำคัญต่อภาวะถอนพิษสุรา ปัจจัยความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับทุกปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้ โดย The Expectation-Anxiety Model มีความสามารถในการทำนายภาวะถอนพิษสุรามากกว่า The Recent Drinking-Withdrawal History Model

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิด Kindling Process ของ Ballenger and Post (1978) มาเป็นหลักในการคัดเลือกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเพิ่มเติม เพื่อนำมาทำการศึกษาอำนาจในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยตัวแปรคัดสรรตามแนวคิดนี้มี 4 ตัวแปรดังนี้ ปริมาณการดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และความวิตกกังวล และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเพิ่มเติมพบมี 4 ตัวแปรดังนี้ อายุ การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวพบว่ามี ความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา

2.3.1 การวินิจฉัยตามระบบ ICD-10

ในการวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุราตามระบบ ICD-10 ให้คำจำกัดความว่า ภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความรุนแรงที่เกิดหลังจากหยุดดื่มสุราทันที หรือลดปริมาณสุราลงหลังจากดื่มสุราเป็นประจำ อาการเกิดขึ้น คงอยู่ และทุเลาสงบลงตามเวลา โดยขึ้นกับชนิดและ

ปริมาณของสุราที่ดื่ม ก่อนหยุดดื่มหรือลดการดื่มลงทันที ผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรานี้ อาจมีอาการชัก แทรกซ้อนได้ หากภาวะถอนพิษสุรานี้รุนแรงมากจนมีอาการเพ้อร่วมด้วย จะเรียกเป็น Delirium tremens แนวทางการวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุราประกอบด้วยกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงเกิดหลังจากหยุดดื่มสุราทันทีหรือลดปริมาณสุราลงหลังจากดื่มสุราเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง มีอาการแสดงออกอย่างน้อยสามอาการดังนี้ 1) อาการสั่น ของลิ้น หนึ่งตา หรือมือเมื่อยื่นมือออกไปข้างหน้า 2) เหงื่อออก คลื่นไส้หรืออาเจียน 3) หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง 4) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง 5) ปวดศีรษะ 6) นอนไม่หลับ 7) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 8) เห็นภาพหลอน หูแว่ว หรือประสาทสัมผัสหลอนชั่วคราว 9) ชักเกร็งทั้งตัว (สาวิตรี อัชนางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.3.2 การวินิจฉัยตามระบบ DSM

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) และฉบับที่ 5 (DSM-5) ซึ่งมีหลักเกณฑ์คล้ายคลึงกัน และไม่ค่อยแตกต่างกับการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 มากนัก เพียงแต่ตามระบบ DSM-IV-TR มีการระบุระยะเวลาที่เกิดอาการขาดสุราให้ชัดเจนกว่าระบบ ICD-10 โดยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคประกอบด้วยลักษณะ คือ หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราลงหลังจากที่เคยดื่มหนักและเป็นเวลานานมาก่อน และมีอาการแสดงออกอย่างน้อยสองอาการเกิดขึ้นหลังลดหรือหยุดดื่ม ภายในเวลาหลายชั่วโมงถึง 2-3 วัน ดังนี้ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้หรืออาเจียน เห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน หรือหูแว่ว หรือประสาทลวงชั่วคราว กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง วิตกกังวล ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (Grand mal seizures) (สาวิตรี อัชนางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557) อาการดังกล่าวทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความบกพร่องในอาชีพการงาน สังคมหรืออื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก และไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรือจิตเวชอื่นๆ ในการวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุราตามระบบ DSM-IV-TR แพทย์สามารถระบุว่ามีหรือไม่มีภาวะการรับรู้ผิดปกติ (with perceptual disturbances) เช่น เห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน หูแว่ว โดยที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และรู้ว่าเป็นประสาทหลอน โดยอาการเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะ delirium (สาวิตรี อัชนางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.4 พยาธิสรีระวิทยาของภาวะถอนพิษสุรา

2.4.1 ภาวะถอนพิษสุรา เกิดในผู้ดื่มสุราเป็นเวลานานๆ จนสมองมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ไปเพิ่มการทำงานของ GABA_A receptors และยับยั้งการทำงานของ NMDA Glutamate receptors ในระยะเริ่มต้นของการดื่มสุรา ครั้นเมื่อดื่มสุราปริมาณมากขึ้นและเป็นเวลายาวนาน เซลล์ประสาทในสมองจะเกิดการปรับตัวและเสียความยืดหยุ่นของผนังเซลล์ ส่งผล

ให้ลดการทำหน้าที่ยับยั้ง (Inhibitory function) ของ GABA_A receptors เนื่องจากการปรับลดจำนวน receptors (Down-regulation of GABA_A receptors) โดยการลดหน่วยย่อยแอลฟา 1 (α 1) หรือ แกมมา 2 (γ 2) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของ GABA_A receptors และเพิ่มหน่วยย่อยแอลฟา 4 (α 4) อย่างรวดเร็วทำให้ความหนาแน่นของ Synapse ลดลง ประกอบกับ GABA_A receptors มีจำนวนลดลงด้วย ทำให้บทบาทในการยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลง จึงเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักหลังหยุดหรือลดการดื่มสุราลงทันที ในขณะที่เดียวกันมีการปรับเพิ่มจำนวนของ Kainite glutamate receptors ทำให้การทำงานของ NMDA glutamate receptors (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง NR1 และ NR2B subtypes) เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด Oxidative stress และ Excitotoxic brain damage ซึ่งอาจพบร่วมกับการสูบบุหรี่และการขาดสารอาหารอื่น ร่วมกับการทะลักของปะจุแคลเซียมเข้าเซลล์ (Voltage-dependent calcium influx) กระตุ้นให้หลังสารสื่อประสาทนำประสาท Noradrenaline ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ Noradrenergic receptors บริเวณ limbic และก้านสมองเกิดความไวสูง (Sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้ เมื่อหยุดดื่มทันที จึงเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ (Rebound stimulatory effect) ส่งผลให้เกิดการทำงานมากเกินไปของต่อมอะดรีเนอริน (Adrenergic hyperactivity) ที่ Limbic และก้านสมอง ทำให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว และต้องดื่มสุรามากเพื่อทำให้อาการทุเลาลงได้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้อย่างมีเงื่อนไข นอกจากนี้ ขณะที่มึน ภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน Dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน รายงานการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราขั้นเพ้อคลั่ง (Delirium tremens) จะมีระดับ Homovanilic acid (HVA) ในเลือดสูง มี D2 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ Dorsal striatum มี D1 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ Amygdala และพบ Persisting high levels of cGMP ได้ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

หลังจากการอาการถอนพิษสุราบรรเทาลง การนำกระแสประสาทบริเวณ Mesolimbic ภายในวงจรของ Dopamine ลดลง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อ เหงา สมาธิไม่ดี ขาดแรงจูงใจ และมีอารมณ์อยากดื่มสุรา (Pietrzykowski and Treistman, 2008) นอกจากนี้ผลจากการดื่มสุราเป็นเวลานานทำให้ขาดวิตามินบี 1 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมตาบอลิซึมพลังงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนกลาง และการนำกระแสประสาท จึงมีผลกระทบต่อปลายประสาท หัวใจ และสมอง ทำให้เกิดภาวะ Cardiomyopathy, Wernicke's encephalopathy และ Korsakoff's syndrome (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัยและสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557) โดยสรุป

ภาวะการขาดสุราเกิดจากกลไกการทำงานของ $GABA_A$ ลดลง การทำงานของ glutamate receptors ชนิด NMDA เพิ่มขึ้น และการทำงานของ dopamine เพิ่มขึ้นในระยะแรก แต่มาปรับลดลงในระยะท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการอยากสุรา (Craving) (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.4.2 กลไกการเกิดอาการชักจากการถอนพิษสุรา สามารถอธิบายได้จากการทดลองในหนู (Rogawski, 2005) ดังนี้

2.4.2.1 Neuronal networks ในก้านสมองและ Inferior colliculus ถูกกระตุ้น

2.4.2.2 ประสบการณ์ที่เคยมีภาวะการขาดสุราซ้ำ จะเพิ่มความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดอาการชักครั้งต่อไป เนื่องจาก เกิดการเปลี่ยนแปลงของศูนย์กำเนิดอาการชัก (Epileptogenic) ถาวรในสมองและมี kindling effect ที่ inferior colliculus ทำให้ถูกกระตุ้นได้ง่าย

2.4.2.3 $GABA_A$ receptors มีการเปลี่ยนแปลงภายใน โดยเพิ่มแอลฟา 4 ($\alpha 4$) ขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ความหนาแน่นของ Synapse ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการยับยั้งลดลง

2.4.2.4 Glutamate receptors ชนิด NMDA, Kainite และ Calcium channels ปรับการทำงานเพิ่มมากขึ้น (Compensatory up-regulation) ดังนั้นเมื่อหยุดดื่มสุราทันที จึงเกิด Rebound stimulation effect ทำให้เกิดอาการชัก

2.5 กลุ่มอาการเนื่องจากภาวะถอนพิษสุรา

2.5.1 โดยทั่วไปภาวะถอนพิษสุราจะไม่เกิดอาการแพ้ แต่สามารถทำให้เกิดอาการรุนแรงได้จากอาการชักและมีภาวะระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป โดยการขาดสารน้ำ สารอาหาร การเจ็บป่วย ทางร่างกายและจิตเวช จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น โดยทั่วไปภาวะถอนพิษสุรา จะเกิดภายใน 6 ถึง 8 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่ม จากนั้นอาการทางจิต (Psychosis and Perceptual disturbance) จะเริ่มเกิดขึ้นใน 8- 12 ชั่วโมงแบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ (พิษช้ำ แสงชาอุจจาระ, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) ดังนี้

2.5.1.1 ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal seizure) อาการชักมักจะเกิดขึ้นใน 12 ถึง 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังจากหยุดดื่ม โดยเป็นอาการชักลักษณะ Stereotyped, Generalized และ Tonic – Clonic ซึ่งโดยทั่วไปมักจะหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยากันชัก แต่ต้องทำการสืบค้นหาสาเหตุของการชักอื่น

2.5.1.2 ภาวะถอนพิษสุราขั้นเพื่อคลั่ง (Alcohol withdrawal delirium) เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Delirium tremens (DTs) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20 ภาวะถอน

พิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่ง พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้มารับการบำบัดรักษา เรื่องแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปจะเกิดภายใน 72 หลังจากหยุดหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ก็อาจเกิดขึ้นหลังจากนี้ได้ (ภายใน 1 สัปดาห์) แพทย์ผู้รักษา ควรเฝ้าดูอาการต่อแม้ว่าจะเกิน 72 ชั่วโมงแล้ว การเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งมักพบในผู้อายุ 30 ปีขึ้นไปและไม่เกิน 50 ปี โดยมีการดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นเวลา 5 ถึง 15 ปี และหากมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งเพิ่มขึ้น แนวทางการวินิจฉัย Alcohol withdrawal delirium ตาม DSM-IV TR จะอยู่ในหมวด Substance withdrawal delirium สำหรับอาการทางจิตเวชที่สำคัญ คือมีความผิดปกติของ Sensorium ที่สำคัญคือ ความตั้งใจ และการรับรู้วันเวลา สถานที่ และมีการสูญเสีย ในขณะที่การรับรู้ต่อบุคคลมักจะไม่เสีย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น และมีความผิดปกติของการรับรู้ได้ซึ่งที่พบบ่อยคือ การแปลสิ่งเร้าทางการเห็น เช่น เห็นเงาเป็นผีหรือเห็นคนจะมาทำร้าย ในบางรายอาจมีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง และ อาการประสาทหลอนทางหูร่วมด้วยทำให้ การวินิจฉัยแยกโรคกับ Alcohol – induced psychosis อื่นๆ ซึ่งบางครั้งก็ยากพอสมควร อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญ ในการใช้วินิจฉัยแยกโรคคือ Alcohol withdrawal delirium มีมากขึ้นในตอนกลางคืน หรือที่เรียกว่า “ Sun downing”

2.5.1.3 ความผิดปกติทางจิตจากการดื่มสุรา (Alcohol – induced psychosis disorder) ตามแนวทางการวินิจฉัยของ DSM-IV IV อาการทางจิต ประกอบด้วยอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน ซึ่งเกิดได้ทั้งช่วงเมาหรือถอน สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ แต่มักพบในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มานาน อาการประสาทหลอนที่พบมักเป็นอาการประสาทหลอนทางหู อย่างไรก็ตาม อาการประสาทหลอน พบได้น้อยในช่วงถอน และโดยทั่วไปแล้วอาการทางจิตมักไม่นานเกิน 1 สัปดาห์ ดังนั้นหากพบว่ามีอาการทางจิตนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ และเกิดในช่วงของถอนสาร แพทย์ผู้รักษาควรพิจารณาการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคจิตชนิดอื่นๆ ด้วย เช่น Brief psychosis disorder, Schizophreniform disorder หรือ Organic psychosis เป็นต้น นอกจากนี้ในบางครั้งก็ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งเนื่องจากภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่ง อาจพบอาการทางจิตได้ โดย Alcohol withdrawal– related hallucination จะมี Sensorium ปกติ ในขณะที่ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งจะมีความผิดปกติของ Sensorium

2.5.1.4 ความผิดปกติทางอารมณ์จากสุรา (Alcohol–induce mood disorder) แม้ว่าแอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิด อาการได้ทั้ง Depression และ Mania แต่โดยส่วนใหญ่แล้วพบว่าทำให้เกิด Depression ได้มากกว่า แม้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM –IV TR จะเกิดอาการได้

ทั้งขณะเมาสารหรือถอนสาร แต่ส่วนใหญ่มักจะเกิดในช่วงของอาการถอนสาร มีอาการไม่รุนแรง และมักจะหายเป็นปกติใน 2 ถึง 3 สัปดาห์หลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ จึงไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่หากเป็นนานกว่า 2 สัปดาห์ และ/หรือมีอาการรุนแรงก็จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการให้ยาแก้อาการเมาสาร ขณะเดียวกันก็ต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคกับ Primary mood disorder ซึ่งพบได้บ่อยว่าเป็น Comorbidity กับ Alcohol dependence

2.5.2 ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา

ภาวะถอนพิษสุราสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบทางคลินิกออกเป็น 3 ระดับ (สาวิตรี อัจฉรงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557) ดังนี้

2.5.2.1 ระดับต่ำ หรือ ระยะที่ 1 มีอาการเกิดขึ้นหลังจากการหยุดดื่มสุรา 6-36 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการ มือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ฝะอืดฝะอมอาเจียน นอนไม่หลับ สภาพจิตมักเป็นปกติ

2.5.2.2 ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือระยะที่ 2 มีอาการเกิดหลังจากหยุดดื่มสุรา 24-72 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการกระสับกระส่ายมาก กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูงขึ้นมา ตรวจสภาพจิตพบอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิดกกังวลมาก

2.5.2.3 ระดับรุนแรงมากถึงขั้นเพื่อคลั่งสั้นหรือ DTs หรือ ระยะที่ 3 มีอาการเกิดหลังการหยุดดื่มสุรา 48 - 96 ชั่วโมงได้แก่ กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่รู้วันเวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว หูแว่วภาพหลอน หลงผิด หวาดระแวง

สรุปได้ว่า ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง อาการ อาการแสดง และผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุราหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุราโดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) กลุ่มที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย 2) กลุ่มที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลางถึงรุนแรง 3) กลุ่มที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมากถึงขั้นเพื่อคลั่งสั้นหรือ DTs

2.6 การประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

เมื่อแพทย์พบผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มสุรามานาน เป็นเวลานาน ที่มารับการรักษาด้วยโรคหรือภาวะทั้งทางจิตเวชและทางกาย แพทย์ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการถอนพิษสุราหรือไม่ และความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจจะเพิ่งดื่มสุราเข้าไป และยังมีอาการเมาสุราอยู่ ทำให้ยากต่อการตรวจดูอาการ ในกรณีเช่นนี้หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนมาก มีความบกพร่องของระดับการนึกคิดเข้าใจ หรืออาการโรคจิต การตรวจ

ประเมินอย่างละเอียดอาจจะยังทำไม่ได้ ควรเฝ้าติดตามอาการ และตรวจดูอาการของการเมาสุรา อาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรา และตรวจดูปัญหาหรือโรคทางกายอื่นๆ ที่อาจจะพบร่วมด้วย ในการซักประวัติ ควรจะถามให้ครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้ ชนิดของสุราและสารเสพติดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ ปริมาณ ความถี่และระยะเวลาของการใช้ เวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ครั้งสุดท้าย และประวัติของการเกิดภาวะถอนพิษสุราซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรา ควรประเมินดังต่อไปนี้ (พันธันภากิตติรัตน์ไพบูลย์, 2554.)

2.6.1 การซักประวัติ จากผู้ป่วยและญาติ โคนซักประวัติการดื่มสุรา เช่น ชนิดของสุรา ระยะเวลา ปริมาณและลักษณะการดื่ม เวลาและปริมาณที่ดื่มครั้งสุดท้าย อาการถอนพิษสุรา การซักประวัติโรคร่วมทางกายและโรคจิต ประวัติการเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการที่นำส่ง อาการปัจจุบัน ธรรมเนียมปฏิบัติ รวมทั้งประวัติการแพ้ยา เป็นต้น

2.6.2 การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการบวม ท้องมาน มีบาดแผล การผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น เช่น CBC with differential count, Liver Function Test, Electrolyte, BUN, Cr และ Chest X-Ray

2.6.3 การประเมินสภาพจิตใจ อาการทางจิตอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุรา ภาวะถอนพิษสุรา หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตร่วม ซึ่งพบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังกลับดื่มซ้ำบ่อยๆ ทั้งนี้มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น ในผู้ดื่มเรื้อรังมักมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคจิตเวช มักมีการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดอื่นเพื่อบรรเทาอาการทางจิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุรา ควรได้รับการตรวจประเมินสภาพจิตร่วมด้วยทุกราย

2.6.4 การประเมินทางด้านจิตสังคม ประเมินตัวผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ภัยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น เชื่อว่าดื่มสุราไม่เป็นอันตรายต่อตัวเองและสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดดื่มสุรา หรือการดื่มสุราคือการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยบำรุงร่างกาย บำรุงโลหิต รักษาอาการปวดเมื่อย ทำให้เจริญอาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยที่ยังมีความเชื่อนี้มักจะกลับไปดื่มซ้ำ

2.6.5 ประเมินครอบครัว ชุมชน เช่น ในผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา และมีความเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัวมีปัญหา ทะเลาะเบาะแว้ง มีการเลียนแบบคนในครอบครัวที่ดื่มสุรา หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจจนเครียดต้องดื่มสุรา เป็นต้น ส่วนในชุมชนมีความเชื่อว่าสุราเป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์และงานประเพณีต่างๆ ในหมู่บ้านจะต้องมีสุราร่วมด้วยเสมอ มีร้านขายสุราในหมู่บ้านหลายแห่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำได้ง่าย

ดังนั้นเพื่อเป็นการประเมินผู้เสพติดสุราที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราตามรายละเอียดที่ได้กล่าวมาข้างต้นด้วยตนเองทุกราย

2.7 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.7.1 ยาที่ใช้ในการสงบอาการถอนพิษสุรา

ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ยาในกลุ่มนี้เป็นยาหลักที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากที่สุด และเป็นช่วงความปลอดภัยที่กว้าง ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยา Diazepam, Lorazepam, Chlordiazepoxide, และ Oxaxepam วัตถุประสงค์การใช้ยาเพื่อรักษาอาการถอนพิษสุราฉับพลัน (Acute withdrawal syndrome) โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยซึมหรือง่วงนอนมากเกินไป (Over sedating) โดยมีหลักการสำคัญ คือ ปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย ไม่ควรให้ยาสงบอาการในผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะเมาสุรา และไม่มีอาการจำเป็นที่จะต้องให้ยาเพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุรา ในขณะที่ยังไม่เกิดอาการ (Prophylactic sedation) โดยทั่วไปควรให้ยาในกลุ่มนี้ไม่เกินสองสัปดาห์ เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะติดยาเหล่านี้เป็นไปได้สูง ข้อเสียของยาในกลุ่มนี้คือ ทำให้เกิดการเสพติดได้ง่าย มีฤทธิ์กดประสาทมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับสุรา มีอาการข้างเคียงด้านการนึกคิดและเข้าใจ ได้แก่ ความจำบกพร่อง (สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.7.2 วิธีการบริหารยา 4 รูปแบบ คือ

2.7.2.1 รูปแบบ Fixed dose regimen ให้กินยาตามตารางเวลากำหนดแน่นอน และให้ยาเติมอีกได้ในกรณีที่อาการถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดและพบว่าได้ผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการถอนพิษสุรารุนแรง

2.7.2.2 รูปแบบ Symptom triggered regimen ให้กินยาตามอาการ เริ่มใช้ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2533 และเป็นที่ยอมรับแพร่หลายจนในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการให้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการถอนพิษสุราให้เห็นชัดเจน ใช้เวลารักษาสั้นและขนาดยาดต่ำกว่า มีงานวิจัยสองชิ้นที่เปรียบเทียบการรักษาภาวะถอนพิษสุราโดยการให้ยาแบบ Fixed dose กับ Symptom triggered ในงานแรกใช้

ยา Chlordiazepoxide อีกงานใช้ Oxaxepam พบว่าการใช้ยาทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิภาพผลไม่แตกต่างกัน

2.7.2.3 รูปแบบ Front loading regimen ให้กินยาขนาดสูงมากในวันแรก เป็นการให้ยา Long acting benzodiazepine เช่น Diazepam หรือ Chlordiazepoxide ขนาดสูงมากพอที่จะลดอาการได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรารุนแรงโดยไม่ต้องเติมยา

2.7.2.4 รูปแบบ Intravenous loading regimen ให้ยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เหมาะกับผู้ป่วยที่มีการชักจากการถอนพิษสุราและ DTs เพราะยาออกฤทธิ์เร็ว ยาได้ระดับสูงตามต้องการ ตัวอย่างของวิธีการให้ยาแบบนี้คือ ให้ Diazepam 5-10 มก. เข้าเส้นเลือดดำ ทุก 5-10 นาที จนกว่าอาการสงบ ให้ได้ถึงขนาด 600 มก. ต่อวัน

สรุปได้ว่า รูปแบบ Fixed dose regimen และ Symptom triggered regimen เหมาะกับการรักษาภาวะถอนพิษสุราระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง และการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปที่บุคลากรมีความชำนาญน้อย ในการดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา รูปแบบ Front loading regimen และ Intravenous loading regimen เหมาะกับการรักษาภาวะถอนพิษสุรารุนแรงถึงรุนแรงมากที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.7.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย การให้ยา การรักษาแบบประคับประคอง และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย รวมเป็น 5 องค์ประกอบ ซึ่งเขียนเป็นตัวย่อภาษาอังกฤษว่า “5S” (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัยและสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557) ได้แก่

2.7.3.1 Sedation คือ การทำให้อาการสงบด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepine รูปแบบการให้และขนาดยาควรพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราของแต่ละบุคคล

2.7.3.2 Supportion การดูแลประคับประคอง และป้องกันอุบัติเหตุการณ์เสี่ยง เช่น กรดตกเตียง การทำร้ายตนเองหรือการทำร้ายคนอื่นจากอาการประสาทหลอน การให้น้ำเกลือแร่ กรณีที่ผู้ป่วยมีโพแทสเซียมต่ำ หรือโซเดียมต่ำ ให้อาหารเสริม เพิ่มวิตามินบี 1 กรดโพลีค และวิตามินรวม ปลอดภัยผู้ป่วยให้ลดความหวาดกลัว และรับรู้สภาพความเป็นจริง

2.7.3.3 Supplement เป็นการเสริมด้วยยาที่จำเป็น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงและประสาทหลอนรุนแรง หรือตอบสนองยาในกลุ่ม Benzodiazepine ได้ไม่ดี ยาที่ใช้เสริมได้แก่ยา Haloperidol, Carbamazepine, Clonidine, Propranolol

2.7.3.4 Surrounding เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เช่น การจัดเตียงให้อยู่ใกล้กับโต๊ะทำงานของพยาบาล ให้พยาบาลได้ดูแลอย่างใกล้ชิด เปิดไฟหัวเตียง พุดคุยกับผู้ป่วยอย่างสุภาพนุ่มนวล ป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง

2.7.3.5 Standard care เป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งทางกายและจิตเวช และรีบแก้ไข

สรุปได้ว่าสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย การให้ยา (Sedation) การรักษาแบบประคับประคอง (Supportion) การเสริมด้วยยาที่จำเป็น (Supplement) การจัดการสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย (Surrounding) และการดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ (Standard care) รวมเป็น 5 องค์ประกอบ ซึ่งเขียนเป็นตัวย่อภาษาอังกฤษว่า “5S” (สวิตรี อัจฉรงค์กรชัยและสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.8 รูปแบบการรักษาภาวะถอนพิษสุรา (พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

2.8.1 รูปแบบการดูแลรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก

2.8.1.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราเริ่มต้นด้วยการประเมินระดับแอลกอฮอล์ในเลือด โดยใช้ เครื่องตรวจวัดลมหายใจ (Breathalyzer) หรือการตรวจจากเลือดหรือปัสสาวะ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต จนได้การวินิจฉัยโรค อาจส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อประเมินโรคทางกายและโรคทางจิต ภาวะแทรกซ้อน (เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด การตั้งครัมภ์ ความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย อาการโรคจิต และภาวะบกพร่องของการนึกคิดและเข้าใจ เป็นต้น) นอกจากนั้น ควรประเมินความเสี่ยง ของอาการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง การมีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย และประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยใช้ CIWA-Ar หรือ AWS ประเมินจิตพยาธิสภาพ โดยใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา ประเมินระดับความรุนแรงของความรู้สึกรอยากตี้นสุรา โดยอาจจะใช้เครื่องมือประเมิน เมื่อได้การวินิจฉัยแน่นอน รวมทั้งระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ควรให้ข้อมูลกระบวนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

2.8.1.2 ถ้าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย โดยมีคะแนน CIWA-Ar น้อยกว่า 8 คะแนน หรือ AWS น้อยกว่า 5 คะแนน อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการถอนพิษสุรา อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยเพิ่งตี้นสุราภายใน 6-8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีโอกาสถอนพิษสุราได้ จึงควรติดตามเฝ้าระวังต่อไป ถ้าได้ประวัติว่าผู้ป่วยตี้นหนักในแต่ละครั้งบ่อยๆ หรือมีประวัติอาการถอนพิษสุรามาก่อน ควรเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด และประเมินด้วย CIWA-Ar หรือAWS ซ้ำหลังจากระดับ

แอลกอฮอล์ต่ำกว่า 02 กรัมต่อเดซิลิตร อาจใช้ยาสงบอาการถอนพิษสุราแบบ Symptom triggered ได้โดยใช้เวลาอาการมาก

2.8.1.3 ถ้าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง หรือประหม่นด้วย CIWA-Ar ได้คะแนน 8-15 คะแนน หรือ AWS ได้ 5-9 คะแนน ยังสามารถให้การรักษาดถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอกได้ การให้ยาสงบอาการถอนพิษสุราควรให้รูปแบบ Fixed schedule ยกเว้นผู้ป่วยที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง ในอีกไม่กี่ชั่วโมงข้างหน้า หรือมีประวัติติ่มแบบหนักต่อครั้งตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ และติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ จำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินอาการถอนพิษสุรา ไม่เหมาะที่จะเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2.8.1.4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล และกระวนกระวาย อาจจะให้ Doxepine 25 มก. 1-3 เม็ดต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง (ขนาดสูงสุด 100 มก.ต่อวัน) หรือ Trazodone 50-100 มก. ต่อวันก่อนนอน และกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการชัก อาจจะให้ Oxcarbamazepine 600-800 มก. ต่อวัน หรือ Valproate 20มก. ต่อกก. เพื่อป้องกันอาการชักได้ ควรให้ Thiamine 100 มก. ต่อวัน ร่วมกับวิตามินรวม และกรดโฟลิก ให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ตั้งแต่ในช่วงรักษาอาการถอนพิษสุรา ติดตามการหยุดติ่มโดยนัดหมายให้ผู้ป่วยมาทุกวัน เพื่อตรวจร่างกาย ควรวัดระดับแอลกอฮอล์ ตรวจสภาพจิตและระบบประสาท วัดสัญญาณชีพให้ยาสงบอาการ แนะนำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาขั้นต่อไป และควรเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

2.8.2 รูปแบบการดูแลรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน

การรักษาแบบผู้ป่วยในเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลางและรุนแรง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชกจากการถอนพิษสุรา แนวทางการดูแลรักษาประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ (พันธู์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

2.8.2.1 การประเมิน ขั้นแรกต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ อุบัติเหตุ Metabolic disturbances การรับประทานยาเกินขนาด Hepatic failure เลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยอาจจะต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจคอมพิวเตอรส์สมอง หรือ การตรวจน้ำไขสันหลังกรณีสงสัยว่ามีการติดเชื้อของระบบประสาทหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

2.8.2.2 การรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

2.8.2.2.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม คือ เจียบสงบ ปลอดภัยจากการตกเตียง หรืออุบัติเหตุอื่น มีแสงสว่างเพียงพอ พยายามให้มีพยาบาลหรือผู้ดูแลประจำเพียง 1-2 คนเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมี Interpersonal contact กับคนจำนวนน้อยที่สุดในระยะแรก ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยนไม่คุกคาม แต่พูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงที่ฟังชัด ใช้คำพูดที่ง่ายชัดเจน หลีกเลี่ยง Confrontation และการโต้แย้ง มีการสบตาต่อเนื่อง ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบอาการว่าอาการต่างๆ จะหายไปในที่สุด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเวลาจะให้การรักษาหรือการตรวจทุกชนิด พยายาม Re orientate ผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วย อยู่ในโลกแห่งความจริง

2.8.2.2.2 ใช้อุปกรณ์ผูกมัดตรึงชั่วคราวเมื่อจำเป็น และเมื่ออาการสงบให้เลิกมัดตรึงทันที เพราะการผูกมัดนานเกินไป หากผู้ป่วยตื่นมากจะมีผลให้เกิดอาการไข้สูง และอาจเกิด Thombomyolysis ได้

2.8.2.2.3 ควรให้ Thiamine ให้ผู้ป่วยทุกราย โดยให้ขนาด 100 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน Thiamine จะดูดซึมได้ดีกว่าถ้าให้โดยฉีด เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคดีดิสรัสมักจะดูดซึม Thiamine ได้ไม่เต็มที่ถ้าให้รับประทาน หากไม่สามารถให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้ ก็อาจให้รับประทานแทนได้ และควรให้กินก่อนอาหารหรือก่อนให้กลูโคส

2.8.2.2.4 การให้ยาหรืออาหารเสริมอื่นๆ ควรพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำมาก อาจให้สารน้ำ และเกลือแร่ (Isotonic fluid) ทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ เพื่อชดเชยน้ำตาลปริมาณน้ำที่ขาดไป ในผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังแบบรุนแรง (Severe alcohol dependence) อาจต้องให้โพแทสเซียมเสริมในขนาดที่เหมาะสมหากพบว่า มีภาวะ Hypokalemia โดยพิจารณาจากผลการตรวจ Plasma electrolyte ภาวะขาดสารอาหารอื่นๆ ที่อาจพบได้แก่ ภาวะขาดแมกนีเซียม และ โฟเลต ส่วนสารอื่นๆ ที่อาจพบไม่บ่อยนัก ได้แก่ ภาวะขาดสังกะสีและวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ A, D, E ในวันแรกที่ผู้ป่วยยังมีอาการไม่สงบ ควรให้ส่งน้ำงดอาหารทางปากเอาไว้ก่อนเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด ในวันต่อมาจึงค่อยให้อาหารในปริมาณที่จำเป็นกับภาวะทางเมตาบอลิซึมของผู้ป่วย

2.8.2.2.5 การให้ยาสงบอาการถอนพิษสุรา ควรให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยประเมินจาก CIWA-Ar หรือ AWS ในรายที่มีอาการรุนแรงมากหรือมีภาวะเพ้อ (Delirium) หรือไม่สามารถให้ยาโดยการรับประทาน ควรให้ Diazepam 5-10 มก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ โดยฉีดซ้ำได้ทุก 5-10 นาที หรือ ให้

Lorazepam 2-4 มก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ เข้าได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบหรืออาการ Delirium หายไป ในรายที่มีอาการรุนแรงมากอาจใช้ยาขนาดสูง เช่น Diazepam 20 มก. กินทุก 2 ชั่วโมงจนอาการสงบ หรือ Diazepam 10 มก. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำซ้ำๆ ฉีดซ้ำได้อีกหลัง 30 นาที หากจำเป็น (ขนาดสูงสุด Diazepam ไม่ควรเกิน 120 มก. ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หากจำเป็นต้องให้และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคอยเฝ้าระวัง ก็สามารถให้ขนาดสูงเกินกว่านั้นได้ด้วยความปลอดภัย)

2.8.2.2.6 การดูแลและติดตามผลการรักษา โดยใช้เครื่องมือ CIWA-Ar หรือ AWS ประเมินทุก 5-30 นาที ตามระดับความรุนแรงของอาการ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการแบบรุนแรงซับซ้อน (Complicated withdrawal) การดูแลผู้ป่วยโดยอิงตามคะแนนของ AWS หรือ CIWA-Ar เพียงอย่างเดียว อาจจะไม่ถูกต้องนัก ควรจะใช้การตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

สรุปได้ว่า รูปแบบการรักษาภาวะถอนพิษสุราในบริบทของประเทศไทย แบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งจะมีการประเมินชีพจรวัดใจ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยดูแลรักษาตามอาการของผู้เสพติดสุราที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง 2) รูปแบบการดูแลรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน จะมีการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการ และอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราที่มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรง และรุนแรงมากขึ้นเพื่อคั้งที่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่นร่วมด้วย

2.9 การพยาบาลผู้เสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้เสพติดสุรา (พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในทุกรายควรได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา หากพบว่ามีปัญหาการดื่มแบบเสี่ยงสูงหรือแบบอันตราย ควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นเพื่อลด ละ เลิกดื่ม ส่วนในผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราหรือผู้ป่วยที่ทราบว่าติดสุราแต่เข้ามาได้รับการรักษาด้วยอาการทางกาย ควรจะได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการถอนพิษสุรา ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ที่จะเกิดอาการถอนพิษสุรา ควรเฝ้าระวังอาการถอนพิษสุราภายใน 7 วันแรกหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา เช่น AWS หรือ CIWA-AR หากพบว่าเริ่มมีอาการถอนพิษสุราให้การบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติสุราหรือตามแผนการรักษาและการรักษาภาวะโรคร่วม การให้การพยาบาลในระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย/ทางจิตเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูง จัดเป็นการดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute phase) พยาบาลต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด

ครอบคลุม แล้วนำผลการประเมินมาวางแผนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การพยาบาลระยะนี้ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ

2.9.1 การประเมินอาการด้านร่างกาย (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

2.9.1.1 โรคแทรกซ้อนทางกาย (Medical complication) ระยะเวลาที่ดำเนินของโรคเป็นช่วงสั้น อาจเกิดในขณะที่ผู้ป่วยเมาสุราอย่างหนักก่อนเข้ามาบำบัดรักษา หรือเกิดขณะมีอาการขาดสุรา โรคกลุ่มนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ทีมที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตามแนวเวชปฏิบัติของแต่ละโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.9.1.2 โรคร่วมทางกาย (Medical comorbidity) เป็นภาวะโรคร่วมที่มีมาแต่เดิมของผู้ป่วย ทั้งเกิดจากการดื่มสุราระยะยาว หรือเป็นโรคที่พบร่วมกัน ผู้ป่วยบางรายตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและรักษาต่อเนื่อง แต่บางรายอาจไม่ทราบว่าตนมีปัญหาสุขภาพอยู่ หรือไม่ยอมรักษา โรคร่วมทางกายจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อดื่มสุราหนักหรือระหว่างการรักษาภาวะถอนพิษสุรา

2.9.1.3 ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพกายมักสัมพันธ์กับปริมาณ ความถี่ของสุรา ยิ่งดื่มหนักและนาน ยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายสูงได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จะต้องประเมินด้านร่างกายอย่างละเอียด เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันท่วงทีดังนี้

2.9.1.3.1 สัญญาณชีพ: เป็นการประเมินอาการทางกายที่สำคัญมาก ที่สามารถช่วยให้พยาบาลค้นหาความผิดปกติของร่างกายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา อุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้นเล็กน้อย ความดันโลหิตสูง ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ภาวะดังกล่าวอาจเกิดจากการสูญเสียเหงื่อ เลือดออกในกระเพาะ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย

2.9.1.3.2 Glasgow coma score เพื่อประเมินอาการผิดปกติทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงอาจมีอาการสับสน เพื่อได้ ซึ่งต้องประเมินแยกจากผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมอง ที่พบบ่อยคือ การได้รับอุบัติเหตุทางสมองของผู้ป่วยในช่วงเมาสุรา หรือจากการชัก หากเกิดเลือดคั่งในสมองอาจทำให้เสียชีวิตได้

2.9.1.3.3 Intake/ Output ประเมินการรับประทานอาหารและน้ำของผู้ป่วยเพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงที่อาจพบโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงร่วม

2.9.1.3.4 บาดแผล ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ การติดเชื้อ และสามารถให้การรักษาอย่างทันท่วงที

2.9.1.3.5 ผลทางห้องปฏิบัติการ ที่สำคัญ ได้แก่ CBC ดูการติดเชื้อ ภาวะชิต ความผิดปกติของเกลือดีเลือด, ประเมินภาวะ Electrolyte imbalance, LFT ประเมินความผิดปกติของตับ มีผลต่อการเลือกใช้ยาที่เหมาะสม (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544)

2.9.1.3.6 ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย มักพบบ่อยในช่วงเมาสุราและช่วงถอนพิษสุรา ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่วงนี้ คือ ภาวะขาดน้ำ (Dehydration), น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia), เลือดคั่งในสมอง (Subdural hematoma), เลือดออกในกระเพาะอาหาร (Gastrointestinal hemorrhage) และภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา คือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (Cardiomyopathy), การหายใจผิดปกติ (Breathing pattern, Risk for ineffective ยากลุ่ม Benzodiazepines), ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte imbalance), ปอดบวม (Pneumonia) และการชัก (Seizure)

2.9.1.3.7 ประเมินภาวะโรคร่วมทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น และทำให้การดูแลบริบาลมีความยากลำบากมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาของร่างกายต่อยารุนแรง เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยารุนแรง ง่วงมาก แต่ไม่เพียงพอในการลดอาการถอนพิษสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสับสน มึนงง นานมากขึ้น โรคร่วมทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะทางสมองที่มีสารพิษคั่งจากตับ, ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis), ภาวะขาด Thiamine ในสมอง (Vitamin B deficiency syndrome), ตับแข็ง (Cirrhosis), ภาวะไข้ (Fever)

2.9.1.3.8 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ปัจจัยเสี่ยงที่ควรคำนึงถึง คือ อายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐาน เหล้าขาวมากกว่า ครึ่งขวดต่อวัน ดื่มมานานมากกว่า 5 ปี เคยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรง แบบเพ้อคลั่ง สั่นทั้งตัว มีอาการชักจากการถอนพิษสุรา มีอาการถอนพิษสุราขณะที่ระดับสุราในเลือดยังสูง ดื่มครั้งสุดท้าย 1-2 วันก่อน มีโรคทางกาย ไข้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง

2.9.1.3.9 ประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน AWS หรือ CIWA – Ar มีประโยชน์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม และให้การรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ อาการที่พบบ่อยคือ วิดกกังวล กระสับกระส่าย ใจสั่น หวาดกลัว หูแว่ว ประสาทหลอน สับสน เพ้อ และชักได้ ส่วนใหญ่มักจะมีอาการในช่วงเย็น และกลางคืน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงอาจเกิดอาการตั้งแต่เช้า

2.9.2 การประเมินอาการด้านจิตใจ (พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

ผู้ป่วยที่ดื่มสุราจะพบปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ ความรุนแรงของอาการทางจิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และเหมาะสมอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ ได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม และต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การประเมินด้านจิตใจ มีดังนี้

2.9.2.1 การเสพสารเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา กาว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการทางจิตจะมีความก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าปกติ

2.9.2.2 ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการใช้สารเสพติด ปัจจุบันยังมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ

2.9.2.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พร้อมการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2.9.2.4 ประเมินภาวะซึมเศร้า

2.9.2.5 ประเมินความรู้สึกลึกซึ้ง ละเอียด และความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย

2.9.2.6 การประเมินระดับอาการทางจิต เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าวทำลายสิ่งของทำร้ายคนอื่น อาการหูแว่วประสาทหลอน ระแวงกลัว คิดจะทำร้ายตนเอง และงุนงง สับสน หลงลืม

2.9.3 การประเมินอาการด้านจิตสังคม

2.9.3.1 ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย

2.9.3.2 ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการบำบัดรักษา

2.9.3.3 ประเมินระดับความเชื่อ ทศนคติต่อการใช้สุราของผู้ป่วย

2.9.3.4 ประเมินระดับของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2.9.3.5 ประเมินปัญหาความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

2.9.3.6 ประเมินและค้นหาปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน

2.9.3.7 ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการดำเนินโรค การรักษา และ

ทัศนคติการดูแลผู้ป่วย

2.10 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะถอนพิษสุรา

เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวัง ติดตามอาการถอนพิษสุราที่ได้รับความนิยมใช้ในทางคลินิก มี 2 ชุด ได้แก่ (สาวิตรี อัจฉนาภกรชัยและสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

2.10.1 Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

นำมาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกโดย John B. Suanders แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2554) มี 7 ข้อ คะแนนรวม 27 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนน 0-4	รุนแรงน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
คะแนน 5-14	รุนแรงปานกลางควรให้ยา
คะแนน 15 ขึ้นไป	รุนแรงมาก ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ต้องรีบให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดทันที

2.10.2 Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar)

ผู้พัฒนาคนแรก คือ Shaw et al. (1981) ให้ชื่อว่า CIWA-A และมีการปรับปรุงใหม่โดย Sullivan et al. (1989) มี 10 ข้อ คะแนนรวม 67 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-10	รุนแรงน้อย ไม่ต้องให้ยา
คะแนน 10-20	รุนแรงปานกลาง อาจจำเป็นต้องให้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยง
คะแนน 20-67	รุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา

นอกจากนั้น ยังมีเครื่องมืออื่นอีกสองชนิดที่มีการใช้ในสถานพยาบาลบางแห่ง ได้แก่

2.10.3 Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) มี 9 ข้อ ผู้พัฒนาคนแรกคือ

องค์กร Minneapolis Detoxification Center ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เพื่อนำมาใช้ในหอผู้ป่วยภาวะวิฤติ คะแนนรวม 46 แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-14	รุนแรงน้อยไม่ต้องให้ยา
คะแนน 15-19	รุนแรงปานกลาง อาจจำเป็นต้องให้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยง
คะแนน 20-46	รุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา

2.10.4 Modified Severity Assessment Scale (SAS) มี 8 ข้อ คะแนนรวม 23

คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-7	รุนแรงน้อยไม่ต้องให้ยา
คะแนน 8-14	รุนแรงปานกลาง อาจจำเป็นต้องให้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยง
คะแนน 15-23	รุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา

สาวิตรี อัชฌางค์กรชัยและสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล (2557) ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง 2555 พบว่ามีการใช้เครื่องมือ CIWA-Ar มากกว่า AWS และมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่คือ SAS ที่น่าสนใจ ครอบคลุมอาการขาดสุราที่พบได้บ่อยในคนไทย แต่เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้ และไม่พบบทความที่กล่าวถึงการใช้เครื่องมือ MINDS เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาในแบบประเมินทั้ง 4 ชุด พบว่า CIWA-Ar มีข้อประเมินที่แตกต่างจาก AWS ตรงที่ CIWA-Ar มีการประเมินอาการเริ่มต้นของภาวะขาดสุราด้วย เช่น ปวดศีรษะ วิดกกังวล ซึ่งเป็นอาการที่ประเมินยาก และมีความเป็นอัตนัย(subjective) สูง ส่วน AWS

ประเมินอุณหภูมิจีพจร ซึ่งเป็นการประเมินที่มีความเป็นปรนัย (objective) มากกว่า AWS จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการทางสุขภาพในประเทศไทยมากกว่า เพราะใช้ได้ง่าย และสะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และรูปธรรมมากกว่า (สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2557)

จากการทบทวนแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา ดังกล่าวข้างต้น การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมิน AWS เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะถอนพิษสุราที่เกี่ยวกับการประเมินอาการที่มีความเป็นปรนัย (Objective) สามารถประเมินได้ชัดเจน ใช้ได้ง่าย สะดวก จำนวนข้อน้อย และเป็นรูปธรรมมากกว่าเครื่องมือรูปแบบอื่น เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการทางสุขภาพในประเทศไทย และเป็นเครื่องมือเฝ้าระวังติดตามอาการถอนพิษสุราที่ได้รับความนิยมใช้ในทางคลินิก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดอันตรายจากภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราโดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชได้อย่างเต็มความสามารถ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุของผู้เสพติดสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) โดยพบว่าผู้เสพติดสุราที่มีอายุมากส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาการดื่มสุรานานกว่าผู้เสพติดสุราที่มีอายุน้อย (Kraemer et al, 1997) ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและสมอง (ณัฐกฤตา ชันตี, 2556) ส่งผลให้มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนทางกายได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Kraemer et al, 1999; Wojnar et al, 1999) ซึ่งส่วนใหญ่จะเห็นได้ชัดในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Wojnar et al, 2001)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Hawker and Orford (1998) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 64 คน โดยทำการศึกษาในผู้เสพติดสุรา พบว่าอายุเป็นประวัติส่วนบุคคลที่สามารถทำนายการเกิดอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราได้

Kraemer et al (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุในผู้ติดเชื้อ จำนวน 248 คน โดยพบว่าอายุ มากกว่า 40-70 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา ผู้ที่อายุมากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรงและยาวนานกว่า

Wojnar et al (1999) ศึกษาการประเมินพยาธิสภาพของกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ตามแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากจะเกิดภาวะถอนพิษสุราและอาการแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

Wojnar et al (2001) ศึกษาความแตกต่างด้านอายุในผู้เสพติดสุราที่มีผลต่อการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 321 คน โดยพบว่าผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอายุมากกว่า 40 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะชักและความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.2 ปัจจัยด้านการบริโภคแอลกอฮอล์

3.2.1 ปริมาณการดื่มสุรามาจากการศึกษาพบว่าปริมาณการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราโดยพบว่าปริมาณการดื่มในระดับติดขึ้นไปส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) โดยเฉพาะปริมาณการดื่มสุราในช่วง 7 วันก่อนสามารถทำนายระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนอื่นเช่น การเกิดภาวะชักหรือภาวะเพื่อคลั่งจากการถอนพิษสุราได้ (Reoux et al., 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มสุรากับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Hawker and Orford (1998) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 64 คน พบว่าปริมาณการดื่มสุราใน 7 วันก่อนที่จะหยุดดื่มจะทำให้สามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้ โดยผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักจะมีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามากกว่า

Reoux et al. (2002) ศึกษาการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ในการทำนายภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ติดเชื้อจำนวน 118 คนที่ไม่มีประวัติชัก พบว่าปริมาณการดื่มสุราในช่วง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลสามารถทำนายระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิดภาวะชักหรือภาวะเพื่อคลั่งจากการถอนพิษสุราได้

3.2.2 พฤติกรรมการดื่มสุรามาจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Becker, 1998) โดยพบว่าพฤติกรรมการดื่มในระดับติดขึ้นไปส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการประเมินว่าดื่มสุราในระดับ

ติด และมีพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มอื่นในตอนเช้า จะเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรา และต้องการการรักษาด้วยยามากกว่ากลุ่มอื่น (Reoux et al., 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรากับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Reoux et al. (2002) พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับติดขึ้นไปส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุรา โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการประเมินว่าดื่มสุราในระดับติด และมีพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มอื่นในตอนเช้า เป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรา และต้องการการรักษาด้วยยามากกว่า

3.3 ปัจจัยด้านคลินิก

3.3.1 ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา จากการศึกษาพบว่าประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา (Becker, 1998; Hawker and Orford, 1998) โดยผู้ที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Kraemer et al., 2003) และเคยรับการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากกว่า 2 ครั้งนั้นเกิดจากการรู้คิดที่ผิดปกติของผู้เสพติดสุรา (Duka et al., 2003) โดยจะทำให้มีโอกาสเกิดอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Wojnar et al, 1999; Palmstierna, 2001; ณัฐกฤตา ชันดี, 2556) และมีโอกาสเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มรุนแรงขึ้น (Veatch and Gonzalez, 1999)

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรากับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Wojnar et al. (1999) ศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดจากกระบวนการ Kindling process โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1,179 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราและภาวะชักจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในครั้งต่อไปถึงร้อยละ 22.5 ส่วนผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราครั้งแรกมีโอกาสเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 11

Duka et al. (2003) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และเคยรับการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากกว่า 2 ครั้งนั้นเกิดจากการรู้คิดที่ผิดปกติของผู้เสพติดสุรา และเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งต่อไปและเพิ่มความรุนแรงมาก

3.3.2 ภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Fiellin et al., 2002; Burapakajompong et al., 2011) โดยพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure) สูงกว่า 145 มิลลิเมตรปรอท ขณะแรกรับจะมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่า (Fiellin et al., 2002) และมีโอกาสเกิดภาวะแพ้จากการถอนพิษสุรายาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงภาวะความดันโลหิตสูงและการเฝ้าติดตามให้การรักษาภาวะแพ้จากการถอนพิษสุรา (Burapakajompong et al., 2011)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความดันโลหิตสูงแรกเริ่มกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Fiellin et al. (2002) ศึกษาในผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาระยะถอนพิษสุราในโรงพยาบาล พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนมากกว่า 145 มิลลิเมตรปรอท จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงถึงขั้นเพื่อคั่งมากกว่าและยาวนานกว่าผู้ที่มีค่าความดันโลหิตปกติ

Burapakajornpong et al. (2011) ศึกษาศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเพื่อคั่ง (Delirium) จากการถอนฤทธิ์สุราที่ซับซ้อนและยาวนาน ในผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในเพื่อเลิกดื่มสุรา พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะเพื่อคั่งจากการถอนฤทธิ์สุราค่อนข้างสูงถึงผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้ว แต่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนสูงกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ขณะแรกเริ่มจะมีภาวะเพื่อคั่งจากการถอนฤทธิ์สุรายาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหา

3.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม

3.4.1 ความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Hawker and Orford, 1998) โดยพบว่าภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของสารสื่อประสาทหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และรบกวนการนอนของผู้ป่วย (Trevisan et al., 1998; Bayard et al., 2004) และหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะรับการรักษาในระยะถอนพิษสุราจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้น (Johnston et al, 1991; Lepola, 1994; Becker, 1998)

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Becker (1998) ศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะรับการรักษาในระยะถอนพิษสุราจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้น

Hawker and Orford (1998) ศึกษาผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดที่มีความวิตกกังวลมากขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามากขึ้น

Trevisan et al. (1998) ศึกษาพบว่าภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของสารสื่อประสาทหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และรบกวนการนอนของผู้ป่วย

3.4.2 การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา จากการศึกษาพบว่า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราโดย

พบว่าคนที่ผู้ป่วยคิดว่าตนจะไม่สุขสบายหลังการหยุดดื่มจะส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้ (Hawker and Orford, 1998)

ความสัมพันธ์ระหว่างการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรากับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Hawker and Orford (1998) พบว่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองจะไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดขึ้นในการบำบัดจะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้น

3.4.3 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะถอนพิษสุรา (Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczevska, 2006; ณัฐกฤตา ชันดี, 2556) โดยจะช่วยให้ผู้เสพติดสุราลดความเครียดและจะช่วยให้มีความพร้อมขณะรับการบำบัดด้วยยา (Sacco, 2014)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczevska (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนที่ดี จะช่วยลดความวิตกกังวลต่ออาการแสดงและความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาระยะถอนพิษสุราได้

Sacco (2014) ศึกษาความแตกต่างระหว่างความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเครียด และการดื่มสุราในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลจากการดื่มสุราจะมีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันและขาดการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา

สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพยาเสพติดสุรา

ปัจจัย		แนวคิด Kinding Precess	ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม
ปัจจัยส่วนบุคคล	อายุ		Kraemer et al., 1997, Hawker and Orford, 1998 ณัฐกฤตา ชันดี, 2556
ปัจจัยด้านการ บริโภคน แอลกอฮอล์	ปริมาณการ ดื่ม	Ballenger and Post, 1978 Becker, 1998 Hawker and Orford, 1998 Reoux et al.,2002 ณัฐกฤตา ชันดี, 2556	
	พฤติกรรมการ ดื่ม	Ballenger and Post, 1978 Becker, 1998 Hawker and Orford, 1998 Reoux et al.,2002 ณัฐกฤตา ชันดี, 2556	
ปัจจัยด้าน คลินิก	ประวัติการ เกิดภาวะ ถอนพิษสุรา	Ballenger and Post, 1978 Becker, 1998 Hawker and Orford, 1998 Veatch and Gonzalez, 1999 Wojnar et al, 1999 Palmstierna, 2001 Kraemer et al., 2003 ณัฐกฤตา ชันดี, 2556	
	ภาวะความ ดันโลหิตสูง		Fiellin et al., 2002 Burapakajornpong et al., 2011 ณัฐกฤตา ชันดี, 2556

ปัจจัย		แนวคิด Kinding Precess	ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม
ปัจจัยด้านจิต สังคม	ความวิตกกังวล	Ballenger and Post, 1978 Lepola, 1994 Becker, 1998 Hawker and Orford, 1998 Trevisan et al., 1998 Bayard et al., 2004	
	การ คาดการณ์ ต่อระดับ ความรุนแรง ของภาวะ ถอนพิษสุรา		Hawker and Orford, 1998)
	การ สนับสนุน ทางสังคม		Thevos et al., 2001 Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczevska, 2006 ณัฐกฤตา ชันดี, 2556 Sacco, 2014

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

Burapakajornpong, Maneeton and Srisurapanont (2011) ศึกษาารูปแบบและปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุรา โดยศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเพ้อคลั่ง (Delirium) จากการถอนฤทธิ์สุราที่ซับซ้อนและยาวนาน ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และศูนย์ บำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยชายที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะเพ้อจากการถอนฤทธิ์สุราค่อนข้างสูงถึงผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้ว ไม่พบปัจจัยเสี่ยง แต่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure) สูงกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทขณะแรกรับมีภาวะเพ้อจากการถอนฤทธิ์สุรายาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ซึ่งจากผลการศึกษาทำให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการเฝ้าติดตามและรีบให้การรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีนในขนาดที่เพียงพอ

ณัฐกฤตา ชันดี (2556) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา โดยศึกษาภาวะถอนพิษสุราและศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเสพติดสุรา (Alcohol dependence: F 10.2) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ จำนวน 208 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้เสพติดสุราในระยะบำบัดด้วยยามีภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลางมากที่สุด อายุการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านอารมณ์ แบบแผนการดื่ม ความดันโลหิตแรกรับ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โรคแทรกซ้อนทางกาย (ความดันโลหิตสูง) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา ส่วนเพศ ประวัติการใช้สารเสพติดร่วม ประวัติการชัก โรคหัวใจไม่มีความสัมพันธ์

4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Ballenger and Post (1978) ศึกษากระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุรา พบว่าซึ่งกลไกทางสมองที่ทำให้การเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงภายใต้แนวคิด “Kindling Process” เป็นความผิดปกติไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เกิดจากการที่ตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าหรือสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมตามมาได้ จากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นนั้นซ้ำๆ (แม้ว่าตัวกระตุ้นที่ได้รับจะมีปริมาณน้อย ซึ่งในภาวะปกติอาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบก็ตาม) ทำให้สามารถอธิบายได้ว่าการเกิดภาวะถอนพิษสุรานั้นเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมอง จนเกิดความไม่สมดุลซึ่งอาจจะถูกกีดกัน หรือมีตัวกระตุ้นการส่งสัญญาณนำไฟฟ้าของสารสื่อ

ประสาท โดยที่ GABA (A) ทำหน้าที่เป็นตัวรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ Adenosin และการส่งผ่านของสารสื่อประสาท N-methyl-D-aspartate (NMDA) หากยังมีการดื่มสุรากระตุ้นอยู่ซ้ำๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการยับยั้งและการกระตุ้น รวมถึงการรบกวนระบบฮอร์โมนและระบบอื่น ในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น รวมทั้งอาการวิตกกังวล และอาการชัก

Hawker and Orford (1998) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (The expectations and anxiety predict under test; the EA model) และความวิตกกังวล (Recent drinking and withdrawal history predictors; the DW model) มีผู้เข้าร่วมทำการศึกษ จำนวน 64 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ความวิตกกังวลประจำตัวและความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสามารถทำนายความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้มากกว่า

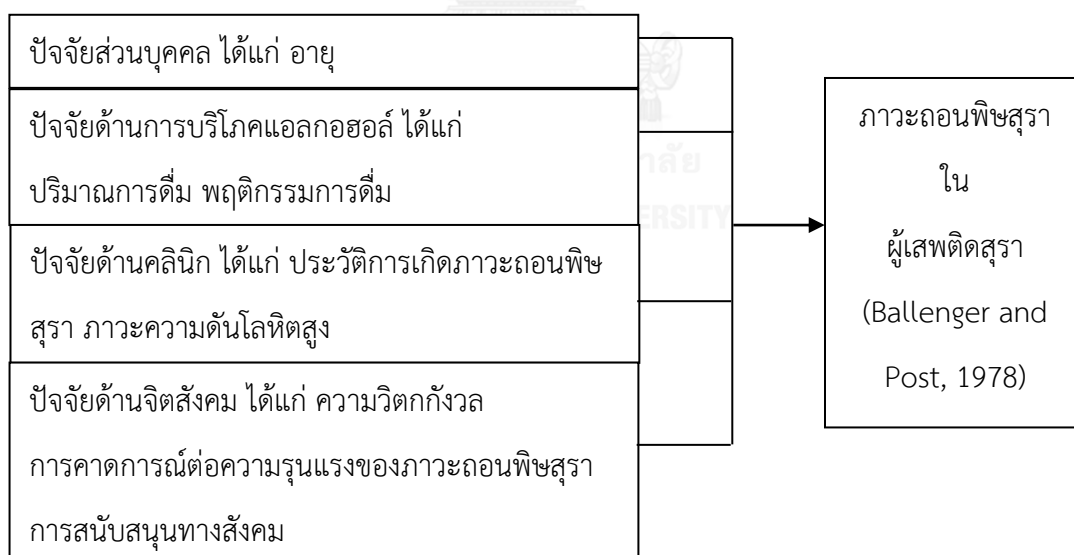
Palmstierna (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุรารุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อถอนพิษสุรา โรงพยาบาลเซนต์โกรันในประเทศสวีเดน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-VI จำนวน 334 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้เสพติดสุรา หลังเข้ารับการรักษา คือ 1) มีการติดเชื่อในร่างกายขณะรับการรักษา 2) หัวใจเต้นเร็ว มากกว่า 120 ครั้ง/นาที่ 3) มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง 4) มีประวัติการชัก และ 5) มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งก่อน

Kraemer, Mayo-Smith and Calkins (2003) ได้ศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล Veterans Affairs มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 คน ผลการศึกษาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ดังนี้ 1) การดื่มสุราหลังตื่นนอนในตอนเช้า 2) เคยมีประวัติรับประทานยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน 3) มีประวัติการเกิดภาวะเพื่อคลั่งจากการถอนพิษสุรารุนแรง 4) มีคะแนนความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar score) ≥ 10 5) Serum aspartate aminotransferase ≥ 80 U/L 6) เคยรับการบำบัดรักษาด้วยปัญหาการดื่มสุรามากกว่าสองครั้ง

Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczevska (2006) ได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อภาวะถอนพิษสุราในผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเกิดจากความไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ความรู้สึกและทางด้านร่างกาย หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การรับรู้ความทรมานและระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้น้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา พบว่าภาวะถอนพิษสุราเป็นอาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้เสพติดสุราที่เข้ามาใช้บริการในระบบบริการสุขภาพ จึงควรศึกษาภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราเพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลได้เหมาะสมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่พบว่าจะสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ซึ่งตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ คือ อายุ ปริมาณการติ่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการติ่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม และแสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence ; F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 9) + 50 = 140 \text{ คน}$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 154 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้ามาในการศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี เพศหญิงและเพศชาย
2. ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (AWS) ขณะให้ข้อมูลอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild alcohol withdrawal) คะแนน AWS อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

3.สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทยอ่านออกเขียนได้

4.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออกจากการศึกษา(exclusion criteria) มีดังต่อไปนี้

1.ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวอกวามสับสน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. คัดเลือกโรงพยาบาลโดยการสำรวจโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีทั้งหมด 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จากนั้นเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลที่มีการวินิจฉัยผู้เสพติดสุรา และมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน จากการสำรวจกลุ่มประชากรที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ตามรายงานประจำปีงบประมาณ2558 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	1,890	56
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	1,619	48
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	1,712	50
รวม	5,221	154

3. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยคัดเลือกผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria)ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น คือ 154 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

แบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น.

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น.

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ อายุที่เริ่มดื่มสุรารั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ความดันโลหิตแรกรับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา(AUDIT) ของ WHO (2001) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันญา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุราลักษณะคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ การตอบคำถาม ผู้ตอบสามารถเลือกตามระดับการดื่มหรือพฤติกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. การดื่มแบบเสีียง ประเมินปริมาณที่ดื่มเป็นประจำและความถี่ในการดื่มหนัก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3

2. การดื่มแบบติด ประเมินความสามารถในการควบคุมการดื่มหนัก ปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การดื่มเพื่อถอนอาการเมาค้างในตอนเช้า จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 6

3. การดื่มแบบอันตราย ประเมินความรู้สึกหลังการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์ในช่วงคืนที่ผ่านมาหลังการเมาสุรา การได้รับบาดเจ็บของตนเองหรือคนอื่นจากการดื่มสุรา และการมีบุคคลแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุราของตน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 8, 9, 10

การให้คะแนนมีเกณฑ์กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เคยเลย	0 คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	1 คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	2 คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	3 คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยคิดค่าคะแนนรวมที่ได้ มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

คะแนน	ความหมาย
คะแนนระหว่าง 0 - 7 คะแนน	หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)
คะแนนระหว่าง 8 - 15 คะแนน	หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker)
คะแนนระหว่าง 16 - 19 คะแนน	หมายถึง ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use)
คะแนนระหว่าง 20 - 40 คะแนน	หมายถึง ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์(2554) ประกอบด้วย 7 หัวข้อได้แก่ เหงื่อ สั่น วิดกกังวล กระสับกระส่าย อุดหนุมิ ประสาทหลอน และการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์ การให้คะแนนมีเกณฑ์กำหนดไว้ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
หัวข้อที่ 1 เหงื่อ	0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเหงื่อ 1 คะแนน หมายถึง ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 คะแนน หมายถึง ฝ่ามือขึ้น มีเหงื่อเม็ดเหงื่อตามใบหน้าตามตัว 3 คะแนน หมายถึง เหงื่อเปียกขึ้นไปทั้งตัว 4 คะแนน หมายถึง เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก
หัวข้อที่ 2 สั่น	0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการสั่น 1 คะแนน หมายถึง สั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของ 2 คะแนน หมายถึง มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 คะแนน หมายถึง มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา
หัวข้อที่ 3 วิดกกังวล	0 คะแนน หมายถึง สงบ ไม่มีอาการวิดกกังวล

- 1 คะแนน หมายถึงรู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- 2 คะแนน หมายถึงรู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
- 3 คะแนน หมายถึงวิตกกังวล กลัวสงบได้ยาก
- 4 คะแนน หมายถึงควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้ panic
- หัวข้อที่ 4 กระทบกระส่าย
- 0 คะแนน หมายถึงปกติ
- 1 คะแนน หมายถึงง่วงงอน อยู่ไม่นิ่ง
- 2 คะแนน หมายถึงพลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆได้
- 3 คะแนน หมายถึงกระทบกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ
- 4 คะแนน หมายถึงกระทบกระส่ายมาก
- หัวข้อที่ 5 อุณหภูมิ
- 0 คะแนน หมายถึงอุณหภูมิ 37.0 °C หรือน้อยกว่า
- 1 คะแนน หมายถึงอุณหภูมิ 37.1 °C ถึง 37.5°C
- 2 คะแนน หมายถึงอุณหภูมิ 37.6 °C ถึง 38.0°C
- 3 คะแนน หมายถึงอุณหภูมิ 38.1 °C ถึง 38.5°C
- 4 คะแนน หมายถึงอุณหภูมิ 38.6 °C หรือมากกว่า
- หัวข้อที่ 6 ประสาทหลอน
- 0 คะแนน หมายถึงไม่มี
- 1 คะแนน หมายถึงมีบ้าง แต่รู้ตัว
- 2 คะแนน หมายถึงมีเป็นบางช่วงสั้นๆ เชื่อบ้าง
- 3 คะแนน หมายถึงมีบ่อยๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน
- 4 คะแนน หมายถึงไม่รับรู้ความเป็นจริง
- หัวข้อที่ 7 การรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่
- 0 คะแนน หมายถึงรับรู้ได้ดี
- 1 คะแนน หมายถึงไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา
- 2 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลาและสถานที่
- 3 คะแนน หมายถึงไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่ และบุคคล
- 4 คะแนน หมายถึงเสียการรับรู้

การแปลผลคะแนนAWS กำหนดไว้ดังนี้

คะแนน AWS

1-4 คะแนน

5-9 คะแนน

การแปลความหมาย

ภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย

ภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลาง

10-14 คะแนน ภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรง

15-27 คะแนน ภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก

การแปลผลคะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของภาวะถอนพิษสุราที่ระดับเล็กน้อย ค่าคะแนน 1-4 คะแนน แปลผลได้ว่าไม่มีอาการรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล ของ Spielberger (1967) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาธร และมาลี นิสสัยสุข (2534) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันตี (2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกปัจจุบัน และการวัดความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะส่วนตัว จำนวน 20 ข้อ ความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

ความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ

การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ไม่เคยเลย	4 คะแนน	1 คะแนน
รู้สึกบางครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
รู้สึกบ่อยๆ	2 คะแนน	3 คะแนน
รู้สึกเกือบตลอดเวลา	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผล คะแนนทั้งหมดกระจายอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้ค่าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวสูง ถ้าได้ค่าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ มีผู้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงที่สุด (นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาธร และมาลี นิสสัยสุข, 2534) ตามช่องคะแนน ดังนี้

คะแนน

ความหมาย

20 – 40	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย
41 – 60	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
61 – 70	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง
71 – 80	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ของ Hawker and Orford (1998) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุนิศา สุขตระกูล(2556) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันตี(2556) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม โดยแต่ละข้อประกอบด้วยข้อความที่ใช้

บรรยายอาการทั่วไปของภาวะขาดสุราที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุรา มีจำนวน 24 ข้อ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0	คิดว่าอาการต่างๆจะไม่เกิดขึ้นเลย
1 – 60	มีอาการเกิดขึ้นเล็กน้อย
61 – 120	มีอาการเกิดขึ้นปานกลางแต่ไม่รุนแรง
121 – 180	มีอาการเกิดขึ้นมากและรุนแรง
181 – 240	มีอาการมากที่สุดและรุนแรงจนทนไม่ได้

การแปลผลคะแนนทั้งหมดกระจายอยู่ระหว่าง 0-240 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้ค่าคะแนนรวมมาก แสดงว่ามีความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่ระดับมีอาการเกิดขึ้นเล็กน้อย ค่าคะแนน 1-60 คะแนน แปลผลได้ว่ามีอาการเกิดขึ้นเล็กน้อย มีผู้แบ่งระดับความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับคิดว่าอาการต่างๆจะไม่เกิดขึ้นเลยถึงระดับมีอาการมากที่สุดและรุนแรงจนทนไม่ได้ (ณัฐกฤตา ชันตี, 2556)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ที่พัฒนาโดย Daragon Na Ayuttaya (2009) และปรับปรุงโดยเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ(2555) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และการบริการ 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 ข้อ เป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1 คะแนน	น้อยที่สุด
2 คะแนน	น้อย
3 คะแนน	ปานกลาง
4 คะแนน	มาก
5 คะแนน	มากที่สุด

การแปลผลคะแนน โดยคิดค่าคะแนนรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม แล้วประเมินคะแนนรวมตามเกณฑ์การพิจารณาคะแนน (Pender, 1996) ดังนี้

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่า 33
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 33-45
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	คะแนนมากกว่า 45

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 ท่าน (ตั้งรายชื่อในภาคผนวก ก) หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1	คำถามในข้อนั้นๆไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
2	คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามน้อย
3	คำถามในข้อนั้นๆค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
4	คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามมาก

ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 5 ไม่มีการปรับเนื้อหา แต่มีการปรับในส่วนที่ 6 โดยเปลี่ยนคำแทนตัวผู้ตอบแบบสอบถามจากคำว่า “ผู้ป่วย” เป็นคำว่า “ท่าน” เพื่อความเหมาะสมและไม่เป็นตราบาปของผู้ตอบแบบสอบถาม ให้แบบสอบถามมีความชัดเจนและเข้าใจง่ายดังนี้

การคำนวณหาค่าความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำผลการประเมินค่าความตรงของเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามที่คุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้อง

กัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ $CVI \geq 0.80$ (Polit & Hungler, 2006) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้(บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

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

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน รายละเอียดของค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
แบบประเมินความวิตกกังวล	
ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	1.0
ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว	1.0
แบบประเมินความคาดหวังต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	0.89
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	1.0

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบสอบถามทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้เสพติดสุรา

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านร่วมกับข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้โครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามยังคงอยู่ครบถ้วนและครอบคลุมตามคำจำกัดความจนได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จากนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาได้อนุญาตให้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้เสพติดสุราที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

2.3 วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของแบบประเมินความวิตกกังวล ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราฉบับแปลเป็นภาษาไทย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละชุดจากการทดลองใช้เครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งถือว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้มีความเที่ยงในระดับที่เชื่อถือได้ ดังรายละเอียดที่นำเสนอในรูปแบบดังตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง ฉบับทดสอบ (N=30)	ค่าความเที่ยง ฉบับจริง (N=154)
แบบประเมินความวิตกกังวล	0.88	0.87
ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	0.77	0.75
ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว	0.78	0.75
แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะ ถอนพิษสุรา	0.82	0.90
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	0.90	0.90

ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มและแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรานั้นไม่ได้นำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา และค่าความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาแล้วถือว่าเป็น gold standard ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือนี้เป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองทุกราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์แล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมทั้งการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทั้งสิ้น 154 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ ดังนี้

4.1.1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 56คน โดยกำหนดรหัสเป็น A โดยเรียงลำดับรหัสเป็นตัวเลข A 0 1 – A 5 6

4.1.2 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 48คนโดยกำหนดรหัสเป็น B โดยเรียงลำดับรหัสเป็นตัวเลข B 0 1 – B 4 8

4.1.3 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 50คน โดยกำหนดรหัส เป็น C โดยเรียงลำดับรหัสเป็นตัวเลข C 0 1 – C 5 0

4.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้ามีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป สามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผล หากไม่สะดวกใจ และการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และจะไม่มีผลเสียใดๆ แต่หากกลุ่มตัวอย่างวิจัยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวุ่นสับสน หรือมีความคิดอยากตาย อาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับแล้วนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้เสพติดสุรา (Informed Consent) ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 101ข้อ โดยในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบประเมินให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจและเรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น

5. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 154 ฉบับ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยโดยผ่านการเห็นชอบเกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2559 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากนั้นผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับได้แก่การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราในอนาคต และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาลข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการทำต่อสามารถบอกเลิกได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่มนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ
2. คะแนนปริมาณการดื่ม พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมและภาวะถอนพิษสุรานำมาคำนวณหาความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) และไคส์แควร์ (Chi-Square Test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้ติดสุรา โดยใช้การวิเคราะห์การ

ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) การแปลผลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Salkind, 2000 อ้างใน อวยพร เรืองตระกูล, 2548) ใช้เกณฑ์ดังนี้

- 0.8 - 1.0 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
- 0.6 - 0.8 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
- 0.4 - 0.6 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- 0.2 - 0.4 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
- 0.0 - 0.2 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

เครื่องหมาย +, - หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะบอกถึงทิศทางของความสัมพันธ์โดยที่หาก

r มีเครื่องหมาย + หมายถึงการมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน

r มีเครื่องหมาย - หมายถึงการมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้าม

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จำนวน 56 คน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำนวน 48 คนและโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์จำนวน 50 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพติดสุรานำมาวิเคราะห์ โดยแสดงผลการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปริมาณการดื่ม พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมและภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา นำมาวิเคราะห์ โดยแสดงผลการหาความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5 - 9

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยใช้สถิติไค์สแควร์ (Chi-Square Test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10ถึงตารางที่ 11

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 12 - 14

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพติดสุรา ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะ
ถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่มมาวิเคราะห์ โดยแสดงข้อมูลการแจกแจง
ค่าความถี่ ค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n=154)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	8	5.2
ชาย	146	94.8
อายุ (ปี)		
≤ 30	27	17.5
31 -50	92	59.7
> 50	35	22.7
Mean±S.D.	41.40 ±10.18	
Min-Max	19-59	
สถานภาพสมรส		
โสด	48	31.2
คู่	80	51.9
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	16.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.6
ประถมศึกษา	77	50
มัธยมศึกษา	45	29.2
อนุปริญญา	20	13
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	7.1
อาชีพ		
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	15	9.7
พนักงานบริษัท	2	1.3

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	57	37
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	5.8
ทำสวน/ทำไร่/ทำนา	61	39.6
อื่นๆ	10	6.5
เริ่มดื่มสุรครั้งแรกอายุ (ปี)		
13 – 20	128	83.1
21-30	18	11.7
31-50	8	5.2
Mean±S.D.	19.76 ± 6.21	
Median (Min-Max)	13- 50	
ระยะเวลาที่ดื่มมานาน (ปี)		
1 – 10	23	14.9
11 – 20	56	36.4
21 – 30	45	29.2
> 30	30	19.5
Mean±S.D.	21.53 ± 9.87	
Median (Min-Max)	20 (2 -44)	
ชนิดที่ดื่ม		
สุราขาว 40 ดีกรี	128	83.1
สุราสี	12	7.8
เบียร์	11	7.1
สปาย	3	1.9
1-2 กั๊ก	19	12.3
1-2 แก้ว	30	19.5
ครึ่งขวด	30	19.5
1 ขวดกลม	70	45.5
อื่นๆ	5	3.2

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เวลาการดื่ม วัน/สัปดาห์		
1-2	14	9.1
เวลาการดื่ม วัน/สัปดาห์		
3-4	28	18.2
5-6	12	7.8
เวลาการดื่ม วัน/สัปดาห์		
ทุกวัน	100	64.9
ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา		
เคยเกิดอาการ	42	27.3
ไม่เคยเกิดอาการ	112	72.7
ความดันโลหิตแรกจับ		
ต่ำกว่า 140/90 mmHg	116	75.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg	38	24.7

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 94.8 มีอายุเฉลี่ย 41.40 ปี (S.D.=10.18) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน ทำไร่ ทำนา จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุ 13 - 20 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุเฉลี่ย 19.79 (S.D.=6.21) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดื่มมานานเฉลี่ย 21.53 ปี (S.D.=9.87) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11 - 20 ปี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ชนิดที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสุราขาว 40 ดีกรี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 ปริมาณที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวันส่วนใหญ่เป็น 1ขวดกลม จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 เวลาที่ดื่มส่วนใหญ่ดื่มทุกวันต่อสัปดาห์ จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอาการถอนพิษสุรา จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 ความดันโลหิตสูงแรกจับส่วนใหญ่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปริมาณการดื่ม พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมและภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา นำมาวิเคราะห์ โดยแสดงข้อมูลการหาความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5 ถึงตารางที่ 9

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของพฤติกรรมการดื่มสุรา (n=154)

ระดับพฤติกรรม การดื่มสุรา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	SD
ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	0-7	35	22.7	4.80	1.32
ผู้ดื่มแบบเสี่ยง	8-15	31	20.1	9.55	2.01
ผู้ดื่มแบบอันตราย	16-19	14	9.1	17.71	1.14
ผู้ดื่มแบบติด	20-40	74	48.1	28.28	4.58
รวม	0-40	154	100	18.21	10.80

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความรุนแรงของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้เสพติดสุรา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับผู้ดื่มแบบติด จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาคือผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของระดับ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (n=154)

ระดับภาวะถอนพิษสุรา (1 - 4 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย ระดับ 1 คะแนน	35	22.7
เล็กน้อย ระดับ 2 คะแนน	18	11.7
เล็กน้อย ระดับ 3 คะแนน	24	15.6
เล็กน้อย ระดับ 4 คะแนน	77	50
รวม	154	100

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้เสพติดสุรา ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 4 คะแนน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 1 คะแนน จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 3 คะแนน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 และระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 2 คะแนน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 2.93 คะแนน (S.D.=1.24)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S)และความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) (n=154)

ระดับความวิตกกังวล	คะแนน	ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน		ความวิตกกังวลประจำตัว	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย	20-40	46	29.9	43	27.9
ปานกลาง	41-60	108	70.1	110	71.4
สูง	61-80	-	-	1	0.6
รวม	20-80	154	100	154	100

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้เสพติดสุรา ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S)อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และความวิตกกังวลประจำตัวในระดับสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ยของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (n=154)

คาดการณ์ต่อความรุนแรงของ ภาวะถอนพิษสุรา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
คาดคิดว่าอาการเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นเลย	0	-	-	-	-
คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเล็กน้อย	1-60	117	76	37.50	10.10
คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นปานกลาง	61-120	29	18.8	88.52	14.77
คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากและ รุนแรง	121-180	7	4.5	133.43	10.11
อาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากที่สุดและรุนแรงจน ทนไม่ได้	180-240	1	0.6	195	-
รวม	0-240	154	100	52.49	31.17

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้เสพยาติสุรา ส่วนใหญ่มีการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับที่คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเล็กน้อย จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือคาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากและรุนแรงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และคาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากที่สุดและรุนแรงจนทนไม่ได้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=154)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ต่ำ	10-33	19	12.3	26.68	5.15
ปานกลาง	33-45	111	72.1	39.36	2.85
สูง	45-50	24	15.6	48.54	1.74
รวม	10-50	154	100	39.23	6.53

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้เสพติดสุรา ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ตามลำดับ



ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยใช้สถิติไค์สแควร์ (Chi-Square Test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10 ถึงตารางที่ 11 ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัว การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับ
อายุ	0.003	0.972	ไม่มี
พฤติกรรมการดื่มสุรา	0.445	<0.001*	ปานกลาง
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	-0.040	0.619	ไม่มี
ความวิตกกังวล ประจำตัว	0.089	0.275	ไม่มี
การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	0.440	<0.001*	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-0.361	<0.001*	ต่ำ

p<0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า

พฤติกรรมการดื่ม และการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=.445$, $p\text{-value} = <0.001$)และการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=.440$, $p\text{-value} = <0.001$)กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r=-.361$, $p\text{-value} = <0.001$)กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

อายุ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปริมาณการดื่มสุราประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และ
ภาวะความดันโลหิตสูงกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา (n=154)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	df	p-value
ปริมาณการดื่มสุรา	10.797		0.505 (Fisher)
ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา	3.949	3	0.267 (Chi square)
ภาวะความดันโลหิตสูง	21.123	3	<0.001*(Chi square)

p<0.05

จากตารางที่ 11 พบว่า

ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ปริมาณการดื่ม และประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา
ในผู้เสพติดสุรา

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 12-14

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง อายุ พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล ปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัว การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา (n=154) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ปัจจัย	อายุ	พฤติกรรมการดื่มสุรา	ความวิตกกังวลปัจจุบัน	ความวิตกกังวลประจำตัว	การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	การสนับสนุนทางสังคม	ภาวะถอนพิษสุรา
อายุ	1.00						
พฤติกรรมการดื่มสุรา	-0.117	1.00					
ความวิตกกังวลปัจจุบัน	0.074	-0.038	1.00				
ความวิตกกังวลประจำตัว	0.051	0.110	0.587**	1.00			
การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	-0.083	0.288**	0.168*	0.212**	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	0.128	-0.157	0.174*	0.048	-0.295**	1.00	
ภาวะถอนพิษสุรา	0.003	0.445	-0.040	0.089	0.440**	-0.361**	1.00

*p<0.05 , **p<0.01

จากตารางที่ 12 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความวิตกกังวลประจำตัว กับ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .587 โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ไม่มากกว่า .65 (Burns and Grove, 2001) จึงพออนุมานได้ว่าไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา (Multicollinearity)

ตารางที่ 13 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ของตัวแปรต่างๆ กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

ตัวแปรทำนาย	B	SE.B	Beta	t	p-value
พฤติกรรมการดื่มสุรา	.032	.008	.284	4.076	<.001
การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	.011	.003	.265	3.785	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.039	.013	-.204	-2.985	.003
ความดันโลหิตสูง	-.524	.195	-.183	-2.682	.008
CONSTANT	3.694	.597	-	6.186	<.001

จากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณสามารถนำมาสร้างเป็นสมการอธิบายความสัมพันธ์ดังนี้

สมการทำนาย คือ

ภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา = $3.694 + 0.032 * (\text{พฤติกรรมการดื่มสุรา}) + 0.011 * (\text{การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา}) - 0.039 * (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - 0.524 * (\text{ความดันโลหิตสูง})$

จากตารางที่ 13 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีค่า Beta สูงสุด คือ พฤติกรรมการดื่มสุรา (Beta = .284) รองลงมา คือ การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะความดันโลหิตสูง (Beta = .265, -.204 และ -.183) ตามลำดับ โดยพฤติกรรมการดื่มสุรา และการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราทางบวก ส่วนการสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราทางลบ

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{ภาวะถอนพิษสุรา}} = 3.694^* + .032^*_{\text{พฤติกรรมการดื่มสุรา}} + .011^*_{\text{การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา}} \\ - .039^*_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .524^*_{\text{ภาวะความดันโลหิตสูง}}$$

จากสมการคะแนนดิบแปลความหมายว่า พฤติกรรมการดื่มสุราที่เปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้คะแนนภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .032 หน่วย การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่เปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้คะแนนภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .011 หน่วย การสนับสนุนทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้คะแนนภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .039 หน่วย และภาวะความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้คะแนนภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .524 หน่วย

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาวะถอนพิษสุรา}} = .284^*Z_{\text{พฤติกรรมการดื่มสุรา}} + .265^*Z_{\text{การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา}} \\ - .204^*Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .183^*Z_{\text{ภาวะความดันโลหิตสูง}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐาน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .284 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา คะแนนการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .265 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา คะแนนการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .204 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา และคะแนนภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .183 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างพฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราการสนับสนุนทางสังคม ภาวะความดันโลหิตสูงกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราที่เข้าสู่สมการถดถอยและค่าอำนาจในการทำนาย (R^2) ภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	Adj R^2	F	p-value
1.พฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	.445	.198	.192	37.452	.000
2.พฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	.551	.304	.295	23.004	.000
3.พฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	.592	.350	.337	10.791	.001
4.พฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	.617	.380	.364	7.193	.008

p<0.05

จากตารางที่ 14

ในขั้นที่ 1 พบว่าพฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ร้อยละ 19.8 ($R^2=.198$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเข้าไป พบว่าพฤติกรรมการตีมูลค่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา สามารถร่วมกันทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.4 ($R^2=.304$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเข้าไป พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ($R^2=.350$)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะความดันโลหิตสูงเข้าไป พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38 ($R^2=.380$)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้ติดสุราได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence ; F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวนทั้งหมด 154 คน ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี เพศหญิงและเพศชาย ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (AWS) ขณะให้ข้อมูลอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild alcohol withdrawal) คะแนน AWS อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทยอ่านออกเขียนได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยไม่มีลักษณะอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวุ่นวาย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร $N = (10 \times 9) + 50 = 140$ คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประชากรทั้งสิ้นจำนวน 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 6 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของ WHO (2001) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธู์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุราลักษณะคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
3. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธู์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2554) ประกอบด้วย 7 หัวข้อ
4. แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger (1967) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาจร และมาลี นิสสัยสุข (2534) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันดี (2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกปัจจุบัน และการวัดความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะส่วนตัว จำนวน 20 ข้อ
5. แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ของ Hawker and Orford (1998) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุนิศา สุขตระกูล (2556) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันดี (2556) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม โดยแต่ละข้อประกอบด้วยข้อความที่ใช้บรรยายอาการทั่วไปของภาวะขาดสุราที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เสพติดสุรา มีจำนวน 24 ข้อ
6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ที่พัฒนาโดย Daragon Na Ayuttaya (2009) และปรับปรุงโดยเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของ

สังคม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และการบริการ 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 ข้อ เป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินส่วนที่ 4-6 ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้เสพติดสุรา จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินทั้ง 3 ส่วน เท่ากับ 1.0, 1.0, 0.89, 1.0 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้เสพติดสุราที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลจริงนำไปหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินส่วนที่ 4, 4.1, 4.2, 5 และ 6 เท่ากับ .88, 0.77, 0.78, 0.82 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 9 กันยายน – 31 ตุลาคม 2558
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่มนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ
2. คะแนนปริมาณการดื่ม พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคมและภาวะถอนพิษสุรานำมาคำนวณหาความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) และไคว์สแควร์ (Chi-Square Test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้ติดสุรา โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะถอนพิษสุราและปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 94.8 มีอายุเฉลี่ย 41.40 ปี (S.D.=10.18) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน ทำไร่ ทำนา จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุ 13-20 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุเฉลี่ย 19.79 (S.D.=6.21) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดื่มมานานเฉลี่ย 21.53 ปี (S.D.=9.87) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-44 ปี ชนิดที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสุราขาว 40 ดิกรี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 ปริมาณที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวันส่วนใหญ่เป็น 1ขวดกลม จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 เวลาที่ดื่มส่วนใหญ่ดื่มทุกวันต่อสัปดาห์ จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอาการถอนพิษสุรา จำนวน 112 คน คิด

เป็นร้อยละ 72.7 ความดันโลหิตสูงแรกรับส่วนใหญ่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้เสพติดยา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราระดับผู้ดื่มแบบติด จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาคือผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราระดับผู้ดื่มแบบเสี้ยมต่ำ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7

3. ภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดยา ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 4 คะแนน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 1 คะแนน จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 3 คะแนน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 และระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 2 คะแนน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 2.93 คะแนน (S.D.=1.24)

4. ความวิตกกังวลของผู้เสพติดยา ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และความวิตกกังวลประจำตัวในระดับสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ตามลำดับ

5. การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดยา ส่วนใหญ่มีการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับที่คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเล็กน้อย จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือคาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากและรุนแรงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และคาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากที่สุดและรุนแรงจนทนไม่ได้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราคือ 52.49 (S.D.=31.17)

6. การสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดยา ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ตามลำดับ

7. ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดยา พบว่า

7.1 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .003$, $p\text{-value} = .972$)

7.2 พฤติกรรมการดื่ม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.445$, $p\text{-value} = <0.001$)

7.3 ความวิตกกังวลประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.089$, $p\text{-value} = .275$)

7.4 การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.440$, $p\text{-value} = <0.001$)

7.5 ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.040$, $p\text{-value} = .619$)

7.6 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.361$, $p\text{-value} = <0.001$)

7.8 ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=21.123$, $p\text{-value}<0.001$)

7.9 ปริมาณการดื่ม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=12.209$, $p\text{-value} = .429$)

7.10 ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=3.949$, $p\text{-value} = .267$)

8. ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ร้อยละ 38 ($R^2 = .380$) และพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ($Beta = .284$) รองลงมา คือ การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะความดันโลหิตสูง ($Beta= .265$, $-.204$ และ $-.183$) ตามลำดับ โดยพฤติกรรมการดื่มสุรา และการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราทางบวก ส่วนการสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราทางลบ ส่วนอายุ ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล และประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราไม่มีอำนาจในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายในรูปแบบมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} Z_{\text{ภาวะถอนพิษสุรา}} = & .284 * Z_{\text{พฤติกรรมกรดืมสุรา}} + .265 * Z_{\text{การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา}} \\ & - .204 * Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .183 * Z_{\text{ภาวะความดันโลหิตสูง}} \end{aligned}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐาน พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรดืมสุรา เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .284 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา คะแนนการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .265 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา คะแนนการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .204 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา และคะแนนภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อเปลี่ยนไป 1 หน่วย ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนมาตรฐานภาวะถอนพิษสุราเปลี่ยนไป .183 เท่า ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะถอนพิษสุรา

อภิปรายผลการวิจัย

ตามสมมติฐานการวิจัย ที่กล่าวว่าอายุ ปริมาณการดืมสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมกรดืมสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้ติดสุรานั้น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราข้างต้น สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ 2 ข้อ ดังนี้

1. ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความดันโลหิตสูงสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งอธิบายได้ว่าผู้เสพติดสุราที่มีความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้นกว่าผู้เสพติดสุราที่มีค่าความดันโลหิตปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fiellin et al. (2002) กล่าวว่า ผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาล พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนมากกว่า 145 มิลลิเมตรปรอท จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงถึงขั้นเพื่อคั่งมากกว่าและยาวนานกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Burapakajornpong et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิด

อาการเพ้อคลั่ง (Delirium Tremens) จากการถอนฤทธิ์สุราที่ซับซ้อนและยาวนาน ในผู้ป่วยที่เข้ามา
รับบริการในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในเพื่อเลิกดื่มสุรา พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะเพ้อจากการถอน
ฤทธิ์สุราค่อนข้างสูงถึงผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้ว แต่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนสูงกว่า 120
มิลลิเมตรปรอท ขณะแรกรับจะมีภาวะเพ้อจากการถอนฤทธิ์สุรายาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาจาก
การถอนพิษสุรา ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงภาวะความดันโลหิตสูงและการเฝ้าติดตาม
ให้การรักษามารวมเพื่อจากอาการถอนพิษสุราสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maldonado et al. (2014)
ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งจาก
การศึกษาพบว่า การค้นพบภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้
รวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย จะช่วยให้สามารถลดค่าใช้จ่าย
ในการบำบัดรักษาและลดจำนวนวันนอนในการรักษาในโรงพยาบาลได้

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มและการใช้สุราในประเทศไทยได้แฝงอยู่กับ
ประเพณีไทยมาช้านาน ในปัจจุบันสุราเป็นเครื่องดื่มที่ทำให้เกิดการเสพติดที่มีอิทธิพลต่อเศรษฐกิจ
และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม (สาวิตรี อัจฉนาภกรชัย, 2552) โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือที่มีวัฒนธรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อคลายเครียด ช่วยให้เจริญอาหาร และเพื่อต้อนรับผู้
มาร่วมงานบุญประเพณีต่างๆ หากบุคคลขาดการควบคุมปริมาณการดื่มจนถึงขั้นมีพฤติกรรมกรรมการดื่ม
จนกลายเป็นผู้เสพติดสุราจะทำให้เกิดปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามมา ซึ่งผู้เสพติดสุราส่วน
ใหญ่เป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ (สมภพ
เรืองตระกูล, 2548) ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง มีความลำบากใจในการแสดงความคิดเห็นต่าง
จากผู้อื่นซึ่งเอื้อต่อการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มจนถึงขั้นติดสุราได้ง่าย เพราะไม่กล้าปฏิเสธคำชักชวนของ
ผู้อื่นในการดื่มและต้องพึ่งการดื่มเพื่อให้สามารถเข้าร่วมสังคมได้ (Bandura, 1997; ภาวดี โตท่าโรง
และคณะ, 2551; วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554) ซึ่งเป็นปัจจัยเหตุสำคัญที่ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการ
ดื่มแอลกอฮอล์ และส่วนหนึ่งดื่มหนักจนป่วยเป็นโรคติดสุรา (Hasking and Oei, 2002) หากยังเสพ
ติดสุราเป็นระยะเวลาช้านาน จะมีผลเสียต่อสุขภาพ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) รวมทั้งเป็นตราบาปต่อ
ตนเองในผู้ติดสุราที่มีทักษะปฏิเสธในระดับต่ำ (Georg Schomerus et al., 2011) ซึ่งอาจเป็น
อุปสรรคต่อการบำบัดรักษา (วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554) โดยทำให้การหยุดสุรายากขึ้น มี
แนวโน้มที่จะหยุดการรักษา ทำให้การดูแลรักษาขาดความต่อเนื่องและเป็นผลเสียในระยะยาว (บุญศิริ
จันศิริมงคล และคณะ, 2556) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hawker and Orford (1998) พบว่าผู้เสพ
ติดสุราที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับติดขึ้นไป เมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงจะส่งผลให้เกิด
ภาวะถอนพิษสุราขึ้นรุนแรงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มในระดับอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Reoux
et al. (2002) พบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับติดขึ้นไปส่งผลต่อภาวะถอนพิษสุรา โดยเฉพาะผู้ที่

ได้รับการประเมินว่าตีมีสุราในระดับติด และมีแบบแผนการตีมีสุราหลังตื่นนอนในตอนเช้าเพื่อถอนฤทธิ์การเมาค้างเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรา และต้องการการบำบัดรักษาด้วยยามากกว่า

การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้เสพติดสุรารับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เป็นอาการนำก่อนที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อตนเองได้ลดปริมาณหรือหยุดตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราได้รุนแรงขึ้นซึ่งเป็นไปตามแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) ที่ใช้เป็นแนวเหตุผลในการวิจัยในครั้งนี้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hawker and Orford (1998) พบว่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราโดยผู้ป่วยที่คาดว่าตนเองจะไม่สุขสบายจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา จะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้นอีกทั้งยังค้นพบว่าผู้ที่เคยมีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรา จะมีความวิตกกังวลและคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราสูงกว่าคนที่ไม่มีประสบการณ์ ดังนั้นค่าคะแนนการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่เพิ่มขึ้นจึงสามารถทำนายระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้เสพติดสุราได้รับสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ House (1981) ขณะเข้ารับการรักษาสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bargiel-Matusiewicz and Ziebaczevska (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการตีมีสุรา โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนที่ดีจะช่วยลดความวิตกกังวลต่ออาการแสดงและความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราระหว่างเข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราได้อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sacco (2014) ที่ทำการศึกษาความแตกต่างระหว่างความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเครียด และการตีมีสุราในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา โดยผู้ที่มีความผิดปกติจากการตีมีสุราจะมีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันและขาดการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่ตีมีสุรา การพูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก และควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (พิชัย แสงชัยชาญ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ino&Hayasida (2000) พบว่า

ผลการบังคับจิตใจตัวเอง ในการหยุดดื่มสุราของกลุ่มผู้ติดสุราที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสของตัวเองและได้รับการประคับประคองจิตใจจะสามารถบังคับจิตใจในการหยุดดื่มสุราได้ดีกว่าผู้ติดสุราที่อยู่โดยลำพัง

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อายุ ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรอายุไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีงานวิจัยที่ระบุชัดเจนว่าอายุสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในบริบทของประเทศไทย อีกทั้งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุกับภาวะถอนพิษสุรายังมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรที่ไม่เหมาะในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในบริบทของคนไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wetterling ,Driessen , Kanitz and Junghanns (2001) ที่ทำการศึกษาในระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 723 คน พบว่าอายุไม่สามารถบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Hawker and Orford (1998) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 64 คนพบว่าอายุเป็นประวัติส่วนบุคคลที่สามารถทำนายการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราได้อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับ Kraemer et al (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุในผู้ติดสุรา จำนวน 248 คน โดยพบว่าอายุ มากกว่า 40-70 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา ผู้ที่อายุมากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรงและยาวนานกว่าและจะเกิดอาการแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (Wojnar et al, 1999) จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ทั้งหมดและส่วนใหญ่ยังเริ่มดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุ 13-20 ปี ถึงร้อยละ 83.1 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีความแตกต่างของช่วงวัยจึงไม่สามารถใช้ปัจจัยด้านอายุมาทำนายภาวะถอนพิษสุราในบริบทของประเทศไทยได้

ปริมาณการดื่มสุรา ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรปริมาณการดื่มสุราไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา อีกทั้งยังพบว่าตัวแปรปริมาณการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่สามารถนำตัวแปรนี้มาเข้าสมการในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่มเฉลี่ย 1 ขวดกลมต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มร่วมกับผู้อื่น จึงให้ข้อมูลแบบคาดการณ์ปริมาณว่าตนอาจจะดื่มในปริมาณนี้ ซึ่งอาจไม่ใช่ปริมาณที่ดื่มจริง และเป็นการถามข้อมูลย้อนหลังที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่หยุดดื่มก่อนมารับการรักษามากกว่า 7 วัน จึงทำให้ข้อมูลอาจจะคาดเคลื่อน จนไม่สามารถนำมาทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราในสถานการณ์ปัจจุบันได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hawker and Orford (1998) ศึกษาปัจจัยทำนาย

ภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 64 คนพบว่าปริมาณการดื่มสุราใน 7 วันก่อนที่จะหยุดดื่มจะทำให้สามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้ โดยผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักจะมีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามากกว่า อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Reoux et al. (2002) ศึกษาการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในการทำนายภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ติดสุราจำนวน 118 คนที่ไม่มีประวัติชัก พบว่าปริมาณการดื่มสุราในช่วง 7 วันก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถทำนายระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิดภาวะชักหรือภาวะเพื่อคลั่งจากการถอนพิษสุราได้

ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา อีกทั้งยังพบว่าตัวแปรประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่สามารถนำตัวแปรนี้มาเข้าสมการในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุราคิดเป็นร้อยละ 72.7 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wojnar et al. (1999) ศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดจากกระบวนการ Kindling process โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1,179 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราและภาวะชักจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในครั้งต่อไปถึงร้อยละ 22.5 ส่วนผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราครั้งแรกมีโอกาสดีกภาวะชักหลังหยุดดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 11 และDuka et al. (2003) กล่าวว่าผู้ที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และเคยรับการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากกว่า 2 ครั้งนั้นเกิดจากการรู้คิดที่ผิดปกติของผู้เสพติดสุรา และเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งต่อไปและเพิ่มความรุนแรงมาก ซึ่งทั้ง 2 งานนี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ อาจจะไม่เข้ากับบริบทของประเทศไทย อีกทั้งจากการศึกษาของ ณัฐกฤตา ชันตี (2556) ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในระดับต่ำ ทำให้เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถนำมาทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราในสถานการณ์ปัจจุบันได้

ความวิตกกังวล ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรความวิตกกังวลไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา เนื่องจากพบว่าตัวแปรความวิตกกังวลประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .089$, $p\text{-value} = .275$) ส่วนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.040$, $p\text{-value} = .619$) จึงทำให้ไม่สามารถนำมาเป็นตัวแปรในการทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของสารสื่อประสาทหลังลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล

ซิมเศร่า และรบกวนการนอนของผู้ป่วย (Trevisan et al., 1998; Bayard t al., 2004) และหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะรับการรักษาในระยะถอนพิษสุราจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงขึ้น (Johnston et al, 1991; Lepola, 1994; Becker, 1998)แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรเป็นอย่างดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งใจและมีความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อให้หายทุเลาจากการเสพติดสุรา จึงอาจทำให้ไม่มีความวิตกกังวล จนเป็นผลให้ตัวแปรความวิตกกังวลไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราในสถานการณ์ปัจจุบันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านความดันโลหิตสูงสามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะต้องมีการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงที่จะเกิดกับผู้ป่วยเมื่อมีภาวะถอนพิษสุราในผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติจากการดื่มสุราโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยควรเพิ่มการคัดกรองและซักประวัติอย่างละเอียดโดยเฉพาะเกี่ยวกับประวัติโรคทางกาย ประวัติการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติการดื่ม ระยะเวลาที่ดื่มและหยุดดื่มในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราทุกราย ซึ่งทำให้การคัดกรองมีความถูกต้องและสามารถวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการรักษาอาการทางจิต สามารถเฝ้าระวังและป้องกันภาวะวิกฤตก่อนที่จะเกิดอาการรุนแรงจากภาวะถอนพิษสุรา

2. จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราสามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบอันตรายขึ้นไปถึงระดับการดื่มแบบติดทุกราย ในเรื่องการดำเนินโรค การดูแลตนเองที่เหมาะสมขณะรับการรักษาด้วยยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง ฤทธิ์ข้างเคียงของการใช้ยา และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดสุรา และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม

3. จากผลการวิจัยพบว่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราสามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้ ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรที่จะวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้เสพติดสุรา เรื่องอาการและอาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้หรืออาการนำในการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพและเข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดระดับความรุนแรงหรืออันตรายที่อาจเกิดจากการรับการรักษาภาวะถอนพิษสุราที่ไม่เหมาะสมได้

4. จากผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษในผู้เสพติดสุราได้ ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรมีการวางแผนการสนับสนุนเพิ่มศักยภาพของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักให้มีความรู้ความเข้าใจการดำเนินโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูผู้ป่วย โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพติดสุราในระยะถอนพิษสุราได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านของปัจจัยจำแนกภาวะถอนพิษสุราในแต่ละระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากปัญหาการดื่มสุรา เพื่อให้สามารถทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราให้ชัดเจน เพื่อที่จะสามารถพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมในการจัดการเพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้เสพติดสุราในระยะถอนพิษสุราเช่นโปรแกรมการจัดการกับอาการถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มในผู้เสพติดสุราหลังพ้นระยะถอนพิษสุรา เป็นต้น

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราในระบบสุขภาพในประเทศไทย เช่นนำผลวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไปพัฒนาระบบโดยเฉพาะการยกระดับความสำคัญด้านการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรและระบบการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการสร้างแรงจูงใจและความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพทั้งด้านการคัดกรอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพติดสุรา ให้สามารถผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยให้บุคลากรที่ดูแลผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา ได้เข้าใจถึงสภาพปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือ และพัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันอันตรายจากภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและส่งเสริมให้อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2547). **การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). **คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). **การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 7 : ภาควิชา สถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2547). **สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต**. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ. (2536). **ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการติดยาในคู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป**. โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท: ขอนแก่น
- ณัฐกฤตา ชันดี. (2556). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพยาติดยาแอลกอฮอล์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โครงการแต่งตำรา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญศิริ จันศิริมงคลและคณะ.(2556). **โรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการติดยาสุรา**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. (21)2. 76-87.
- ปัทมพร ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). **AUDIT แบบประเมินปัญหาการติดยาสุรา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์จำกัด.
- เปรมฤทัย ไชยชนะ. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการติดยาในผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช**. เชียงใหม่: ไอแอมอออกไกเนเซอร์ แอนดแอ็ดเวอร์ไทซิง.

- พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ. (2550). เอกสารประกอบการบรรยายการใช้เครื่องมือ
วินิจฉัยโรคจิตเวช(M.I.N.I.)และ BPRS ฉบับภาษาไทย. ศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่ม
สุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น
สำหรับบุคลากรสุขภาพ. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มี
ปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา. แผนงานการพัฒนาระบบ
รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). เชียงใหม่:
วนิดาการพิมพ์.
- พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ.(2556). ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย:การศึกษา
ระดับชาติ ๒๕๕๑. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. (21)1. 1-14.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด:โรคติดแอลกอฮอล์และความ
ผิดปกติที่เกี่ยวข้อง.กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์การติด
สารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. หจก.บางกอกบลิ๊ก. กรุงเทพฯ.
- พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจจนสุนทร, และหทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2549).ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรส
ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
,51(3), 14-24. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- ภาวดี โดท่าโรง. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา.วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2(2): 45-61.
- มานิช หล่อตระกูล &ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ). (2548). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2558). รายงานประจำปี 2558 โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชนครินทร์. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. (2558). รายงานประจำปี 2558 โรงพยาบาลจิตเวชนคร
ราชสีมาราชนครินทร์. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2558). รายงานประจำปี 2558 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2558). **สถิติเวชระเบียนประจำปีงบประมาณ 2558** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

วิชชุดา ยะคินธ์, สุชีราภัทรายุทธวรรธน, กนกรัตน์สุขะตุงคะและเจียรชัยงามทิพย์วัฒนา. (2554).

ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 56(2): 167-178.

วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. (2544). **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: วชิระอินเตอร์พรีนติ้ง.

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. (2546). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดยาสุรา**. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.]

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.(2556). **สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556**. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). **เวชศาสตร์การติดยาเสพติด**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สถาบันวิจัยร้กษั กรมการแพทย์. (2557). **จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสุราปีงบประมาณ 2554-2557**. (ออนไลน์)แหล่งที่มา:www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=61. 3 มีนาคม 2558

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2553). **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf. 22 กุมภาพันธ์ 2558

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2547-2557**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: www.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/Issue%2010_58.pdf. 22 กุมภาพันธ์ 2558

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: Review of Alcohol Screening**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล. (2557). **ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สิริกร คำภูไทย. (2550). **สุราสิ่งเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.hiso.or.th/hiso/tonkit/tonkits_20.php. 19 เมษายน 2558
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา**. แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.). เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- โสภณา จีรวงศ์สุรณ. (2556). **แอลกอฮอล์กับสังคมไทย**. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.(3)3: 1-7.
- ไสยา ตระกูลมูล. (2546). **สุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา**. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อวยพร เรื่องตระกูล. (2548). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัญญา แพจ้อย และ นรัญชญาศรีบูรพา. (2549). **ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่**. [ม.ป.พ.]: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก็อปปี.
- เอี่ยมเดือน เนตรแหม. (2541). **ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association (APA). (1994). **Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders**, 4th edition. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder:DSM-IV-TR (4th ed, text-revised)**. Washington DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder:DSM-V (5th ed)**. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bandura A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman.
- Bargiel-Matusiewicz, K. and Ziebaczevska, M. (2006). The Influence of Social Support on The Withdrawal Syndrome in Alcohol Abused Patients. **Journal of Physiology and Pharmacology**. 57(4): 23-31.
- Ballenger, J.C., and Post, R.M. (1978). **Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes**. British Journal of Psychiatry. 133: 1-14.
- Bayard, M., McIntyre J., Hill K.R., and Woodside J. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome. **American Family Physician**. 15(6). 1443-1450.
- Becker, H.C. (1998). **Kindling in Alcohol Withdrawal**. Alcohol Health & Research World. 22(1): 25-33.
- Boatman, A. M. (2007). **Education theory handbook**. Retrieved May 7, 2007, from <http://www.Theshop.net/aboyman/edtheory.htm>
- Burapakajornpong, N., Maneeton, B. and Srisurapanont, M. (2011). Pattern and Risk Factors of Alcohol Withdrawal Delirium. **J Med Assoc Thai**. 94(8): 991-997.
- Brown, C.G. (1982). The Alcohol Withdrawal Syndrome. **Annals of Emergency Medicine**. 11(5): 276-280.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2001). **The Practice of nursing research: Conduct, Critique, & Utilization**. 4th ed. New York: W.B. Saunders Company.
- Caetano, R., Clark, C.L. and Greenfield, T.K. (1998). Prevalence, Trends, and Incidence of Alcohol Withdrawal Symptoms. **NIAAA's EPIDEMIOLOGIC BULLETIN NO.38**. 22(1): 73-80.
- Cook, L. J. (2004). Educating women about the hidden dangers of alcohol. **Journal of Psychosocial Nursing**, 42(6), 24-31.
- DaragonNa Ayuttaya, P. (2009). **FactorsInfluencing Alcohol Dependence Relapse Behavior in Psychiatric Patients with Comorbid Alcohol Dependence at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric**. The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

- Dillman, D.A. (2000). Mail and internet survey. **The tailored design method**. (2nd ed). New York: John Wiley & Sons.
- Duka, T., Townshend, J.M., Collier, K. and Stephens, D.N. (2003). Impairment in Cognitive Functions After Multiple Detoxifications in Alcoholic Inpatients. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. (27)10. 1563-1572.
- Edwards, G. and Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **BRITISH MEDICAL JOURNAL**. (1): 1058-1061.
- Fiellin, D.A., O'Connor, P.G., Holmboe, E.S. and Horwitz, R.I. (2002). Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. **Substance Abuse**. 23(2): 83-94.
- Fuller, R.K. and Hiller-Sturmhofel, S. (1999). **Alcoholism treatment in the United States: an overview**. *Alcohol Res Health*. 23. 69-77.
- Gelder, M., Mayou, R., & Coven, P. (1996). **Psychiatry** (3rd ed), New York: Great Britain.
- Georg Schomerus et al. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. **Drug and Alcohol Dependence**. 114: 12-17.
- Hashimoto, J.G. and Wren, K.M. (2008). Neurotoxic consequences of chronic alcohol withdrawal expression profiling reveals importance of gender over withdrawal severity. **Neuropsychopharmacology**. 33: 1084-1096.
- Hasking P.A. and Oei T.P.S. (2002). The Differential Role of Alcohol Expectancies, Drinking Refusal Self-Efficacy and Coping Resources in Predicting Alcohol Consumption in Community and Clinical Samples. **Addiction Research & Theory**. (10)5: 465-494.
- Hawker, R., and Orford, J. (1998). Predicting alcohol withdrawal severity support for the role of expectation and anxiety. **Addiction Research**. 6(3): 265-281.
- House, J. (1981). **Work, stress and social support**. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hughes, J.R. (2009). Alcohol withdrawal seizures. **Epilepsy & Behavior**. (15). 92-97.
- Ino, A., & Hayasida, M. (2000) Before-discharge intervention method in the treatment of alcohol dependence. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, 24(3), 373-376.

- Johnston, A.L., Thevos, A.K., Randall, C.L. and Anton R.F. (1991). Increase severity of alcohol withdrawal in in-patient alcoholics with a co-existing anxiety diagnosis. **British Journal of Addiction**. (86). 719-725.
- Katat, J.W. (2004). **Biological psychology**. Australia: Wadsworth.
- Kraemer, K.L., Mayo-Smith, M.F. and Calkins, D.R., (1997). Impact of age on the severity, course and complications of alcohol withdrawal . **Archives of Internal medicine**. (157): 2234-2241.
- Kraemer, K.L., Conigliaro, J. and Saitz, R. (1999). Managing alcohol withdrawal in the elderly. **Drugs and Aging**. (14). 409-425.
- Kraemer, K.L., Mayo-Smith, M.F. and Calkins, D.R., (2003). Independence clinical correlates of severe alcohol withdrawal. **Substance Abuse**. 24(4): 197-209.
- Lepola, U. (1994). Alcohol and depression in panic disorder. **Psychiatric Research Clinic**. 377: 33-35.
- Maldonado, J.R., Sher, Y., Ashouri, J.F., Evans, H., Swendsen, H., Lolak, S. and Miller, C. (2014). The “Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. **Alcohol**. 48: 375-390.
- Maneeton, B., Maneeton, N., Srisurapanont M., An open-label study of quetiapine for delirium. **Medical journal of the Medical Association of Thailand** :90(10). Thailand.
- NSW Department of Health. (1999). **NSW detoxification clinical practice guidelines**. State Health Publication Number (DTPU). Sydney: NSW Department of Health. 21-26.
- Palmstierna, T. (2001). A Model for Predicting Alcohol Withdrawal Delirium. **PSYCHIATRIC SERVICES**. 52(6): 820-823.
- Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. (3rd ed). Stanford, CT: Appleton and Lenge.
- Pietrzykowski, A. and Treistman, S. (2008). The molecular basis of tolerance. **Alcohol Res Health**. (31): 298-309.
- Polit, D. F. (1999). **Data Analysis and Statistics for Nursing research**. Singapore: Simon&Schuster.

- Reloux, J.P., Malte, C.A., Kivlahan, D.R. and Saxon, A.D. (2002). The alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Predicts Alcohol Withdrawal Symptoms During Inpatient Detoxification. **Journal of ADDICTIVE Diseases**. 21(4): 81-91.
- Rehm, J., Maters, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, M., Teerawattananon, Y. and Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol – use disorders. **Alcohol and Global Health**1. (373). 2223-2233.
- Rogawski, M.A. (2005). Update on the neurobiology of alcohol withdrawal seizures. **Epilepsy Curr** 2005. 5: 225-230.
- Sacco, P., Bucholz, K.K. and Harrington, D. (2014). Gender difference in Stressful Life Events, Social Support, Percieved Stress, and Alcohol Use Among Older Adults: Resulta From a National Survey. **Substance Use & Misuse**. 49: 456-465.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). **Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry**. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spielberger, D.D, Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1967). **Manuul,f;w the State – Trait Aniiery hiiwitory**. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.
- Srisurapanont, M., Klittiratanapaiboon, P., Likhitsathian, S., Kongsuk, T., Suttajit, S. and Junsirimingkol, B. (2012). Pattern of alcohol dependence in Thai drinkers: a differential item functioning analysis of gender and age bias. **Addict Behav** 2012. 37: 173-181.
- Stern, T.A. & Herman, J.B. (2004). **Massachusetts general hospital psychiatry update and board preparation: Alcoholism and alcohol abuse**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Company.
- Thanyanuwat, R. (2013). Patients Who Suffers from Alcohol Withdrawal and Disoriented. **UTARADIT HOSPITAL MEDICAL JOURNAL**. 28(2). 2013.
- Thevos, A.K., Thomas, S.E. and Randall, C.L. (2001). Social Support in Alcohol Dependence and Social Phobia: Treatment Comparisons. **Research on Social Work Practice**. 11(4): 458-472.

- Thorndike, B. M. (1978). **Correlation procedure for research**. New York: Gardner Press. 183-184.
- Trevisan L.A., Boutros N., Petrakis I.L. and Krystal J.H. (1998). Complications of Alcohol Withdrawal Pathophysiological Insights. **Alcohol Health & Research World**. 22(1). 61-66.
- Veatch, L.M. and Gonzalez, L.P. (1999). Repeated Ethanol Withdrawal Delays Development of Focal Seizures in Hippocampal Kindling. **Alcoholism: Clinical And Experimental Research**. 23(7): 1145-1150.
- Weinberger, A.H., Maciejewski, P.K., McKee, S.A., Reutenauer, E.L. and Mazure, C.M. (2009). Gender Difference in Associations between Lifetime Alcohol, Depression, Panic Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder and Tobacco Withdrawal. **The American Journal on Addiction**.18: 140-147.
- Wetterling, T.,Driessen, M., Kanitz, R.D. and Junghanns, K. (2001). The severity of alcohol withdrawal is not age dependent. **Alcohol and Alcoholism**. 36(1). 75-78.
- Wojnar, M.,Bizon, Z. and Wasilewski, D. (1999). Assessment of the Role of Kindling in the Pathogenesis of Alcohol Withdrawal Seizures and Delirium Tremens. **Alcoholism: Clinical AND Experimental RESEARCH**. 23(2): 204-208.
- Wojnar, M., Wasilewski, D., Zmigrodzka, I and Grobel, I. (2001). Age-Related Differences in the Course of Alcohol Withdeawal in Hospitalized Patients. **Alcohol & Alcoholism** . 36(6). 577-583.
- World Health Organization. (1994). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidalines**. Geneva: World Health Organization..
- World Health Organization. (2004). **WHO Global Status Report on Alcohol 2004**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.who.int/alcohol>.Young R.M., Connor J.P., Ricciardelli L.A., & Saunders J.B.(2006). The role of alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy beliefs in university student drinking. **Alcohol & Alcoholism**. 41(1). 70-75. สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม 2558



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

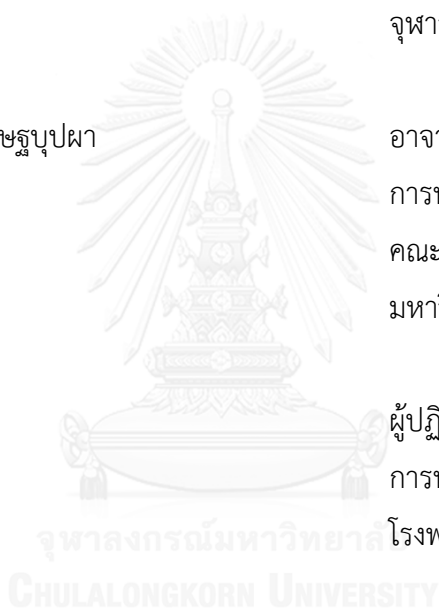
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. ทรรษา เศรษฐบุปผา	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชา การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา



ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1118



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพยาเสพติด” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. แพทย์หญิง กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 2. นายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และนายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว โทร. 08-4758-9498

ที่ ศธ 0512.11/118



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปล่งยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมมุทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา


ชื่อนิสิต

นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมมุทร์ โทร. 0-2218-1152

นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว โทร. 08-4758-9498



ที่ คธ 0512.11/ 1119

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2558

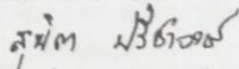
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ทรรษา เศรษฐบุปผา อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักเรียน
 ฝ่ายวิชาการ
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. ทรรษา เศรษฐบุปผา
 โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
 อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
 นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว โทร. 08-4758-9498



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11/118 วันที่ 27 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

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

เนื่องด้วย นางสาวอมรรภรณ์ ผางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

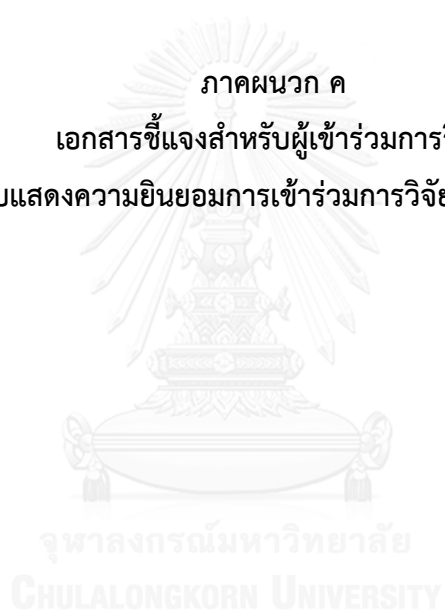
สุนิศา สุขตระกูล

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอมรรภรณ์ ผางแก้ว โทร. 08-4758-9498

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
แบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ



เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้เสพติดสุรา

(Research Subject Information Sheet)

--	--	--

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

วันที่ชี้แจง.....เดือน..... พ.ศ. 2558

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ชื่อผู้ร่วมวิจัย:อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและ ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อ ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัคร ใน โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนใน เอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การบริโภคสุรามีผลกระทบต่อสังคมไทย โดยเฉพาะภาวะติดสุราเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตโดยพบนักดื่มในวัยผู้ใหญ่สูงสุดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในปริมาณที่ไม่เกิน 60 ดีกรีเป็นสิ่งเสพติดประเภทกดระบบประสาทส่วนกลาง การเสพติดสุราเป็นลักษณะของการที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรารายใน 4-12

ชั่วโมงหลังหยุดดื่มและไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเสพติด ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพติดสุรา การสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบคนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคติดสุราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงและซับซ้อนที่บุคคลทางการแพทย์ทุกคนต้องเผชิญ ภาวะถอนพิษสุราคืออาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้เสพติดสุราลดปริมาณหรือหยุดดื่มหลังจากดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานานเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง การพยาบาลผู้เสพติดสุรา จำเป็นต้องรู้ถึงปัญหาของภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้เสพติดสุรา ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา เพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือผู้เสพติดสุราที่เข้ามารับบริการ และพัฒนาแนวทางการดูแล ป้องกันอันตรายจากภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุราให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและส่งเสริมให้อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือ 1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ปริมาณการดื่มสุรา ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดื่มสุรา ความวิตกกังวล การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เสพติดสุรา

มีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำการวิจัยหรือเก็บข้อมูลที่กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 3 แห่ง มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 154 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 56 คน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำนวน 48 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์จำนวน 50 คน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ลักษณะของกลุ่มประชากรในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราขณะให้ข้อมูลอยู่ในระดับเล็กน้อย
3. สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทยอ่านออกเขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวกวนสับสน มีความคิดอยากตาย

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ท่านจะได้รับเอกสารเป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามทั้งหมด 101 ข้อ โดยมีระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านจะได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามที่ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนแบบประเมินภาวะถอนพิษสุราผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง โดยในกรณีที่ท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมินหรือไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบประเมินให้ฟังและอธิบายจนท่านเข้าใจโดยเรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น

2. การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจะดำเนินการในห้องที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับในกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

3. ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 94 ข้อ และผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองอีก 8 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 101 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของท่าน ขณะดำเนินการท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ และหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่นมีความรู้สึกลำบากใจ กังวล มีความคิดฆ่าตัวตายหรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแล พร้อมรายละเอียดอาการที่เกิดขึ้นขณะเก็บข้อมูล เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านคือ

1. ท่านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ภาวะถอนพิษสุรา ความวิตกกังวล ความคาดหวังต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาของท่าน

2. เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตนำไปพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพยาเสพติด

3. เป็นแนวทางการค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะถอนพิษสุราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น เนื่องจากการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเท่านั้น

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึก คือ กระเป๋าผ้ามูลค่า 30 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 115 หมู่ที่ 2 ตำบลเชียงใน อำเภอเชียงใน จังหวัดดубลราชธานี 34150 โทรศัพท์ (มือถือ) 084-7589498 หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 115 หมู่ที่ 2 ตำบลเชียงใน อำเภอเชียงใน จังหวัดดубลราชธานี 34150 โทรศัพท์ (มือถือ) 084-7589498

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้

ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาล

พระศรีมหาโพธิ์ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์ 094-2672502 หรือ 045-352500 ต่อ 61-597, 61-599

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยแยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจถือไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่านและจะไม่มีผลเสียใดๆ แต่หากผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ก้าวร้าว ความคิดวุ่นวาย สับสน หรือมีความคิดอยากตาย อาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยได้

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที
ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้เสพติดสุรา (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

วันที่ลงนามเดือน พ.ศ. 2558

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ พยาน

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ พยาน

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)



ตารางที่ 15 จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมดื่มสุร่าจำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการดื่มสุร่า	\bar{x}	SD
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	2.26	1.75
2. เวลาที่คุณดื่มสุร่า โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	1.88	1.62
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	1.05	1.46
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุด ดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	1.67	1.63
5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำ ตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุร่าเสีย	1.63	1.58
6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุร่าทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	1.39	1.60
7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำอะไรบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุร่า	1.47	1.55
8. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้น ในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุร่าเข้าไป	1.47	1.54
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	1.75	1.66
10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุร่าของคุณ	3.65	0.86

จากตารางที่ 15 พบว่า ข้อคำถามที่ 10 “เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุร่าของคุณ” มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} = 3.65, S.D. = 0.86) ส่วนข้อคำถามที่ 3 “บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป” มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{x} = 1.05, S.D. = 1.46)

ตารางที่ 16 จำนวน (ร้อยละ) ของภาวะถอนพิษสุราจำแนกรายข้อ

ภาวะถอนพิษสุรา	0	1	2	3
1. เหงื่อ	127 (82.5)	26 (16.9)	1 (0.6)	
2. สั่น	76 (49.4)	70 (45.5)	8 (5.2)	
3. วิดกกังวล	41 (26.6)	110 (71.4)	3 (1.9)	
4. กระสับกระส่าย	130 (84.4)	23 (14.9)	1 (0.6)	
5. อุดหนุมิ	150 (97.4)	4 (2.6)		
6. ประสาทหลอน	93 (60.4)	51 (33.1)	9 (5.8)	1 (0.6)
7. การรับรู้	52 (33.8)	83 (53.9)	17 (11.0)	2 (1.3)

จากตารางที่ 16 พบว่า ข้อที่ 4 อาการกระสับกระส่าย แบบง่วงนอนอยู่ไม่นิ่ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (ร้อยละ 84.4) ส่วนข้อที่ 4 กระสับกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ และข้อที่ 6 อาการประสาทหลอน มีบ่อยๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.6)

ตารางที่ 17 จำนวน (ร้อยละ) ของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S)
จำแนกรายข้อ

ความรู้สึกในขณะนี้	\bar{x}	SD
1.ฉันรู้สึกสงบ	2.52	0.85
2.ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต	2.56	0.83
3.ฉันรู้สึกตึงเครียด	1.75	0.71
4.ฉันรู้สึกเศร้าใจ	1.38	0.62
5.ฉันรู้สึกสบายใจ	2.58	0.84
6.ฉันรู้สึกหงุดหงิด	1.79	0.74
7.ฉันรู้สึกกังวลใจอย่างไม่รู้สาเหตุ	1.71	0.73
8.ฉันรู้สึกได้พักผ่อน	2.75	0.77
9.ฉันรู้สึกวิตกกังวล	1.84	0.71
10.ฉันรู้สึกสะดวกสบาย	2.66	0.84
11.ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.58	0.96
12.ฉันรู้สึกตื่นเต้นง่าย	1.69	0.77
13.ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย	1.62	0.74
14.ฉันรู้สึกอึดอัด	1.60	0.73
15.ฉันรู้สึกผ่อนคลาย	2.68	0.75
16.ฉันรู้สึกพึงพอใจ	2.71	0.86
17.ฉันรู้สึกหวาดหวั่น	1.55	0.72
18.ฉันรู้สึกตื่นตระหนก	1.52	0.74
19.ฉันรู้สึกรำเริงเบิกบาน	2.76	0.80
20.ฉันรู้สึกแจ่มใส	2.79	0.80

จากตารางที่ 17 พบว่า ข้อคำถามที่ 20 “ฉันรู้สึกแจ่มใส” มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} = 2.79, S.D. = 0.80) ส่วนข้อคำถามที่ 18 “ฉันรู้สึกตื่นตระหนก” มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{x} = 1.52, S.D. = 0.74)

ตารางที่ 18 จำนวน (ร้อยละ) ของความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) จำแนกรายข้อ

ความรู้สึกในขณะนี้	\bar{x}	SD
1.ฉันรู้สึกสงบ	2.48	0.75
2.ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต	1.77	0.67
3.ฉันรู้สึกดีใจ	1.27	0.60
4.ฉันรู้สึกเศร้าใจ	2.41	0.93
5.ฉันรู้สึกสบายใจ	1.91	0.76
6.ฉันรู้สึกหงุดหงิด	2.65	0.82
7.ฉันรู้สึกกังวลใจอย่างไม่รู้สาเหตุ	2.67	0.84
8.ฉันรู้สึกได้พักผ่อน	1.85	0.77
9.ฉันรู้สึกวิตกกังวล	1.74	0.77
10.ฉันรู้สึกสะดวกสบาย	2.64	0.83
11.ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	1.97	0.80
12.ฉันรู้สึกตื่นตัวง่าย	1.86	0.74
13.ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย	2.73	0.84
14.ฉันรู้สึกอึดอัด	1.94	0.71
15.ฉันรู้สึกผ่อนคลาย	1.65	0.67
16.ฉันรู้สึกพึงพอใจ	2.71	0.80
17.ฉันรู้สึกหวาดหวั่น	2.15	0.80
18.ฉันรู้สึกตื่นตระหนก	1.71	0.81
19.ฉันรู้สึกรำแริงเบิกบาน	2.75	0.97
20.ฉันรู้สึกแจ่มใส	2.03	0.76

จากตารางที่ 18 พบว่า ข้อคำถามที่ 19 “ฉันรู้สึกรำแริงเบิกบาน” มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (\bar{x} = 2.75, S.D. = 0.97) ส่วนข้อคำถามที่ 9 “ฉันรู้สึกวิตกกังวล” มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{x} = 1.74, S.D. = 0.77)

ตารางที่ 19 ร้อยละของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราจำแนกรายข้อ

อาการ	\bar{x}	SD
1. มือสั่น	2.74	2.33
2. ตัวสั่น	1.68	1.67
3. เหงื่อออก	1.97	1.83
4. กระจายน้ำมาก	2.69	2.60
5. ท้องเสีย	1.51	1.33
6. คลื่นไส้/อาเจียน	1.48	1.51
7. โหยหิว	2.01	2.15
8. นอนไม่หลับ	3.96	3.16
9. ชัก	1.35	1.13
10. ประสาทหลอน	2.34	2.30
11. มึนงง	2.62	2.12
12. มีอาการคันตามร่างกาย	1.75	1.67
13. เบื่อหน่าย	2.23	2.08
14. หงุดหงิด ฉุนเฉียว	2.53	2.23
15. ตึงเครียดมาก	2.03	2.01
16. กระสับกระส่ายมาก	2.03	2.24
17. พุดมาก	2.21	2.50
18. อายากตี๋มสุรา	4.05	3.19
19. ทุกข์ทรมาน	1.88	2.08
20. ตื่นตระหนกใจสั่น	1.82	2.08
21. ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้	2.15	2.26
22. อยู่นิ่งไม่ได้	2.14	2.39
23. ซึมเศร้า	1.70	1.83
24. เชื่องซึม	1.60	1.61

จากตารางที่ 19 พบว่า ข้อคำถามที่ 18 “อายากตี๋มสุรา” มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (\bar{x} = 4.05, S.D. = 3.19) ส่วนข้อคำถามที่ 9 “ชัก” มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{x} = 1.35, S.D. = 0.13)

ตารางที่ 20 ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ

ข้อความ	\bar{x}	SD
การสนับสนุนด้านอารมณ์		
1. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่อย่างดีเพื่อให้เลิกดื่มสุรา	4.11	0.86
2. บุคคลต่างๆรับฟังปัญหาและปลอบใจเมื่อท่านกลับมาดื่มสุราอีก	3.10	1.26
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร		
3. ท่านได้รับความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของสุรา	3.79	0.93
4. ท่านมักได้รับการตักเตือนและแนะนำวิธีปฏิบัติในการที่จะเลิกและไม่กลับไปดื่มสุราอีก	3.90	0.92
5. ท่านได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องที่จะเลิกดื่มสุรา	3.90	0.86
การสนับสนุนด้านทรัพยากร		
6. ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านต่างๆที่จะเลิกดื่มสุรา	4.04	0.89
7. ท่านต่างๆให้เวลากับผู้ป่วยเสมอในการที่จะเลิกสุรา	4.08	0.81
8. ท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือให้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับเรื่องการติดสุรา	4.03	0.86
การสนับสนุนด้านการประเมินเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
9. บุคคลต่างๆชี้แนะว่าการเลิกสุราได้จะทำให้เป็นบุคคลที่น่ายกย่อง	4.10	0.86
10. บุคคลต่างๆพูดเตือนและแนะนำว่าสุราทำลายสุขภาพถ้าเลิกดื่มได้จะทำให้มีสุขภาพดี	4.18	0.88

จากตารางที่ 20 พบว่า ข้อคำถามที่ 10 “บุคคลต่างๆพูดเตือนและแนะนำว่าสุราทำลายสุขภาพถ้าเลิกดื่มได้จะทำให้มีสุขภาพดี” มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (\bar{x} = 4.18, S.D. = 0.88) ส่วนข้อคำถามที่ 2 “บุคคลต่างๆรับฟังปัญหาและปลอบใจเมื่อท่านกลับมาดื่มสุราอีก” มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{x} = 3.10, S.D. = 1.26)

Correlations

		AWS	Age	Audit	Anxno	Anxln	Expect	Soc
AWS	Pearson Correlation	1	.003	.445**	-.040	.089	.440**	-.361**
1_7	Sig. (2-tailed)		.972	.000	.619	.275	.000	.000
	N	154	154	154	154	154	154	154
Age	Pearson Correlation	.003	1	-.117	.074	.051	-.083	.128
	Sig. (2-tailed)	.972		.150	.363	.529	.308	.112
	N	154	154	154	154	154	154	154
Audit	Pearson Correlation	.445**	-.117	1	-.038	.110	.288**	-.157
1_7	Sig. (2-tailed)	.000	.150		.644	.175	.000	.053
	N	154	154	154	154	154	154	154
Anxno	Pearson Correlation	-.040	.074	-.038	1	.587**	.168*	.174*
1_20	Sig. (2-tailed)	.619	.363	.644		.000	.038	.031
	N	154	154	154	154	154	154	154
Anxln	Pearson Correlation	.089	.051	.110	.587**	1	.212**	.048
1_20	Sig. (2-tailed)	.275	.529	.175	.000		.008	.555
	N	154	154	154	154	154	154	154
Expect	Pearson Correlation	.440**	-.083	.288**	.168*	.212**	1	-.295**
1_24	Sig. (2-tailed)	.000	.308	.000	.038	.008		.000
	N	154	154	154	154	154	154	154
Soc	Pearson Correlation	-.361**	.128	-.157	.174*	.048	-.295**	1
1_10	Sig. (2-tailed)	.000	.112	.053	.031	.555	.000	
	N	154	154	154	154	154	154	154

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

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ปริมาณการดื่ม * AWS	154	100.0%	0	.0%	154	100.0%
HxDTS * AWS	154	100.0%	0	.0%	154	100.0%
ความดันโลหิตสูง * AWS	154	100.0%	0	.0%	154	100.0%

ความดันโลหิตสูง * AWS



Crosstab

		AWS				Total
		1	2	3	4	
ความดัน น้อยกว่า โลหิต	Count	2	0	6	30	38
	140/90 % within AWS	5.7%	.0%	25.0%	39.0%	24.7%
มากกว่า	Count	33	18	18	47	116
	140/90 % within AWS	94.3%	100.0%	75.0%	61.0%	75.3%
Total	Count	35	18	24	77	154
	% within AWS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

HT * AWS

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	21.123 ^a	3	.000	.000		
Likelihood Ratio	26.807	3	.000	.000		
Fisher's Exact Test	22.894			.000		
Linear-by-Linear Association	18.817 ^b	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	154					

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.44.

b. The standardized statistic is -4.338.



Hx DTS * AWS

Crosstab

		AWS				Total
		1	2	3	4	
HxDTS เคยมี Hx	Count	10	4	3	25	42
	% within AWS	28.6%	22.2%	12.5%	32.5%	27.3%
ไม่เคยมี Hx	Count	25	14	21	52	112
	% within AWS	71.4%	77.8%	87.5%	67.5%	72.7%
Total	Count	35	18	24	77	154
	% within AWS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3.949 ^a	3	.267	.267		
Likelihood Ratio	4.367	3	.224	.240		
Fisher's Exact Test	3.886			.269		
Linear-by-Linear Association	.342 ^b	1	.559	.610	.307	.050
N of Valid Cases	154					

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.91.

b. The standardized statistic is -.585.



ปริมาณการดื่ม * AWS

Crosstab

		AWS				Total	
		1	2	3	4		
ปริมาณการดื่ม	1	Count	4	2	6	7	19
		% within AWS	11.4%	11.1%	25.0%	9.1%	12.3%
	2	Count	6	5	3	16	30
		% within AWS	17.1%	27.8%	12.5%	20.8%	19.5%
	3	Count	6	3	4	17	30
		% within AWS	17.1%	16.7%	16.7%	22.1%	19.5%
	4	Count	17	6	11	36	70
		% within AWS	48.6%	33.3%	45.8%	46.8%	45.5%
	5	Count	2	2	0	1	5
		% within AWS	5.7%	11.1%	.0%	1.3%	3.2%
Total	Count	35	18	24	77	154	
	% within AWS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig.(2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	12.209 ^a	12	.429	.		
Likelihood Ratio	11.217	12	.510	.606		
Fisher's Exact Test	10.797			.505		
Linear-by-Linear Association	.126 ^c	1	.722	.730	.374	.022
N of Valid Cases	154					

a. 11 cells (55.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .58.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is - .355.

Regression



Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
AWS1_7	2.93	1.237	154
Audit1_7	18.214	10.8042	154
Expect1_24	52.49	31.171	154
Soc1_10	39.23	6.526	154
ความดันโลหิตสูง	.75	.433	154

Correlations

		AWS1_7	Audit1_7	Expect1_24	Soc1_10	HT
Pearson Correlation	AWS1_7	1.000	.445	.440	-.361	-.351
	Audit1_7	.445	1.000	.288	-.157	-.288
	Expect1_24	.440	.288	1.000	-.295	-.181
	Soc1_10	-.361	-.157	-.295	1.000	.187
	HT	-.351	-.288	-.181	.187	1.000
Sig. (1-tailed)	AWS1_7	.	.000	.000	.000	.000
	Audit1_7	.000	.	.000	.026	.000
	Expect1_24	.000	.000	.	.000	.013
	Soc1_10	.000	.026	.000	.	.010
	HT	.000	.000	.013	.010	.
N	AWS1_7	154	154	154	154	154
	Audit1_7	154	154	154	154	154
	Expect1_24	154	154	154	154	154
	Soc1_10	154	154	154	154	154
	HT	154	154	154	154	154

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Audit1_7	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	Expect1_24	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	Soc1_10	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	HT	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: AWS1_7

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change
1	.445 ^a	.198	.192	1.112	.198	37.452	1	152	.000
2	.551 ^b	.304	.295	1.039	.106	23.004	1	151	.000
3	.592 ^c	.350	.337	1.007	.047	10.791	1	150	.001
4	.617 ^d	.380	.364	.987	.030	7.193	1	149	.008

a. Predictors: (Constant),
Audit1_7

b. Predictors: (Constant), Audit1_7,
Expect1_24

c. Predictors: (Constant), Audit1_7,
Expect1_24, Soc1_10

d. Predictors: (Constant), Audit1_7, Expect1_24,
Soc1_10, ความดันโลหิตสูง

ANOVA^e

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	46.301	1	46.301	37.452	.000 ^a
	Residual	187.913	152	1.236		
	Total	234.214	153			
2	Regression	71.143	2	35.572	32.939	.000 ^b
	Residual	163.071	151	1.080		
	Total	234.214	153			
3	Regression	82.088	3	27.363	26.980	.000 ^c
	Residual	152.126	150	1.014		
	Total	234.214	153			
4	Regression	89.094	4	22.273	22.869	.000 ^d
	Residual	145.121	149	.974		
	Total	234.214	153			

a. Predictors: (Constant), Audit1_7

b. Predictors: (Constant), Audit1_7, Expect1_24

c. Predictors: (Constant), Audit1_7, Expect1_24, Soc1_10

d. Predictors: (Constant), Audit1_7, Expect1_24, Soc1_10, ความดันโลหิต

สูง

e. Dependent Variable: AWS1_7

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.001	.176		11.367	.000
	Audit1_7	.051	.008	.445	6.120	.000
2	(Constant)	1.497	.195		7.665	.000
	Audit1_7	.040	.008	.347	4.891	.000
	Expect1_24	.013	.003	.340	4.796	.000
3	(Constant)	3.350	.595		5.629	.000
	Audit1_7	.038	.008	.329	4.775	.000
	Expect1_24	.011	.003	.278	3.904	.000
	Soc1_10	-.043	.013	-.227	-3.285	.001
4	(Constant)	3.694	.597		6.186	.000
	Audit1_7	.032	.008	.284	4.076	.000
	Expect1_24	.011	.003	.265	3.785	.000
	Soc1_10	-.039	.013	-.204	-2.985	.003
	HT	-.524	.195	-.183	-2.682	.008

a. Dependent Variable: AWS1_7



ภาคผนวก จ
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร
ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ3 และ4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวล

ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.0$$

ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.0$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอน
พิษสุรา

$$CVI = \frac{21}{24} = 0.89$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{10}{10} = 1.0$$





ที่ สธ ๐๘๑๑/๓๕๕๖

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๑๒ ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

กัณยายน ๒๕๕๘

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์

เรียน นางสาวอมรรภรณ์ ฝางแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัย เรื่อง
“ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา”

ตามที่ ท่าน ขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา” ความแจ้งแล้วนั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาโครงการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว และมีมติอนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข ตามรายละเอียดแบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธณินทร กongsak)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๕๙

โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๕๘

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

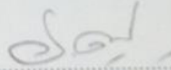
แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย ปิงจี้ทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา


- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม 

(นายแพทย์ธรรณิทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

..... 9 / กันยายน / ๒๕๕๘


 แบบเสนอเค้าโครง งานวิจัย การศึกษาอิสระ วิทยานิพนธ์
 เพื่อขอเสนอในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

วันที่ ๒๖ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

ข้าพเจ้า นางสาวอมรรภณ์ ผ่างแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

มีความประสงค์ของเสนอเค้าโครง งานวิจัย การศึกษาอิสระ วิทยานิพนธ์
 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา
 ภาษาอังกฤษ PREDICTING FACTORS OF ALCOHOL WITHDRAWAL IN ALCOHOL DEPENDENCY
 และได้แนบเค้าโครงมาพร้อมนี้จำนวน ๓ ชุด เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ ผู้เสนอเค้าโครง
 (นางสาวอมรรภณ์ ผ่างแก้ว)

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

เห็นควรอนุมัติ
 ความเห็นอื่น.....

ลงชื่อ ประธานคณะกรรมการวิจัย
 (นางสาวสวัสดี เทียงธรรม)
 (..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วันที่ ๒๑ / ๑๐ / ๕๘

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ
 (นางสุวรรณี เรืองเดช)
 (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์)
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์
 วันที่ 1 / ๑๐ / ๕๘



โรงพยาบาลจิตเวชราชสิรินธร
เลขรับ 18990
วันที่ 1 ต.ค. 2558
เวลา 11.16

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิรินธร

ที่ วชก. ๒๑๓/๒๕๕๘ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิรินธร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิรินธร

ตามที่นางสาวอมรรกรณ์ ผางแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ทำวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา (Predicting factors of Alcohol withdrawal in Alcohol dependence) บัดนี้ผลการฉำรรับรองเชิงจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ได้ผ่านแล้ว จึงมีความประสงค์ขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิรินธร ตั้งแต่วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๘ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ศูนย์วิชาการจึงได้แนบรายละเอียดเค้าโครงการงานวิจัย และผลการรับรองเชิงจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางชนิษฐา ชุ่มสุข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศูนย์วิชาการ



คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา

รหัสโครงการ : 007 / 2558

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอมราภรณ์ ฝางแก้ว
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร

วันที่รับรอง : วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2558

วันที่หมดอายุ : วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2559

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 25 เดือนกันยายน พ.ศ. 2558

(นางชนินฐา สอนเทห์)

ประธานคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(นายประภาส อูครานันท์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รหัสเอกสาร : F-AC-007 / R : 01 ประกาศใช้ วันที่ 22 สิงหาคม 2557



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง [] หน้าข้อความตามความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้ โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

1. เพศ

[] 1. หญิง

[] 2. ชาย

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

[] 1. โสด

[] 4. หย่าร้าง

[] 2. คู่

[] 5. แยกกันอยู่

[] 3. หม้าย

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

[] 1. ไม่ได้เข้ารับการศึกษ

[] 4. อนุปริญญา

[] 2. ประถมศึกษา

[] 5. ปริญญาตรี

[] 3. มัธยมศึกษา

[] 6. อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

[] 1. ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ

[] 4. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[] 2. พนักงานบริษัท

[] 5. ทำสวน /ทำไร่/ ทำนา

[] 3. รับจ้าง

[] 6. อื่นๆระบุ.....

6. เริ่มดื่มสุรารั้งแรกอายุ.....ปี

7. ระยะเวลาที่ดื่มมานาน.....ปี

8. ปริมาณการดื่มสุรา

8.1 ชนิดที่ดื่ม

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. สุราขาว 40 ดีกรี | <input type="checkbox"/> 2. สุราสี |
| <input type="checkbox"/> 3. เบียร์ | <input type="checkbox"/> 4. บรั่นดี |
| <input type="checkbox"/> 5. สพาย | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆระบุ..... |

8.2 ปริมาณที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวันและรวมเวลาการดื่มมานาน...วัน/สัปดาห์(ในปีที่ผ่านมา)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 1-2 แก้ว | <input type="checkbox"/> 2. 1-2 แก้ว |
| <input type="checkbox"/> 3. ครึ่งขวด | <input type="checkbox"/> 4. 1 ขวดกลม |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆระบุ..... | |

9. ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เช่น มือสั่นมาก เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย

1. เคยเกิดอาการครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....
2. ไม่เคย

10. ความดันโลหิตแรกรับ เท่ากับมิลลิเมตรปรอท (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล)

1. $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท
2. $> 140/90$ มิลลิเมตรปรอท



ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของท่าน (ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา) คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ขอให้ท่านตอบคำถามโดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย(✓) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการดื่มสุราของท่านในแต่ละข้อคำถาม **โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง** “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

ข้อความ	0	1	2	3	4	
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-3 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว - เวลาที่คุณดื่มสุร่าโดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ - ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ซ้าง ดิม ประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ - ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมโจง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดิมประมาณเท่าไรต่อวัน	1-2 ดิมมาตรฐาน	3-4 ดิมมาตรฐาน	5-6 ดิมมาตรฐาน	7-9 ดิมมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดิมมาตรฐานขึ้นไป	
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ซ้าง ดิม ประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ ½- ¾ ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป	
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมโจง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดิมประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	¼ แบน	½ แบน	¾ แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	

ข้อความ	0	1	2	3	4	
4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุด ตื่นได้ หากคุณสามารถเริ่มตื่นไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุก วัน	
5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ ทำสิ่งที่คุณควรจะทำ ตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุก วัน	
6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบ ตื่นสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิต ตามปกติ หรือถอนอาการ เมามากจากการดื่มหนักใน คืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุก วัน	
7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำอะไร บางสิ่งบางอย่างลงไป ขณะที่คุณดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุก วัน	
8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ สามารถจำได้ว่าเกิดอะไร ขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่า คุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุก วัน	

ข้อความ	0	1	2	3	4	
9.ตัวคุณเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุรารของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในเดือนที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว	
10.เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มสุรารของคุณ	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในเดือนที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว	
คะแนนรวม						

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2554) ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ได้แก่ เหงื่อ สั่น วิตกกังวล กระสับกระส่าย อุนหภูมิ ประสาทหลอน และการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ การแปลผลคะแนน AWS กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์ ดังนี้

คะแนน AWS	การแปลความหมาย
1-4 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย
5-9 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลาง
10-15 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรง
16-27 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก

การแปลผลคะแนนผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของภาวะถอนพิษสุราที่ระดับเล็กน้อย ค่าคะแนน 1-4 คะแนน แปลผลได้ว่าไม่มีอาการรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE		ชื่อ.....			
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย...../...../.....		อายุ.....ปี HN.....			
เวลา.....AM/PM		ตึก.....เพศ: ชาย หญิง			
		วันที่			
		เวลา			
เหงื่อ	0 ไม่มีเหงื่อ 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 ฝ่ามือขึ้น มีเหงื่อเม็ดเหงื่อตามใบหน้าตามตัว 3 เหงื่อเปียกขึ้นไปทั้งตัว 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก				
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของ 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา				
วิตกกังวล	0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัวสงบได้ยาก 4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้ panic				
กระสับกระส่าย	0 ปกติ 1 งุ่มง่าม อยู่ไม่นิ่ง 2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆได้ 3 กระสับกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ 4 กระสับกระส่ายมาก				
อุณหภูมิ	0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือน้อยกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 °C ถึง 37.5°C 2 อุณหภูมิ 37.6 °C ถึง 38.0°C 3 อุณหภูมิ 38.1 °C ถึง 38.5°C 4 อุณหภูมิ 38.6 °C หรือมากกว่า				
ประสาทหลอน V=ภาพหลอน T=มีอะไรไต่ตามตัว A=หูแว่ว	0 ไม่มี 1 มีบ้าง แต่รู้ตัว 2 มีเป็นบางช่วงสั้นๆ เชื้อบ้าง 3 มีบ่อยๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน 4 ไม่รับรู้ความเป็นจริง				
การรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่	0 รับรู้ได้ดี 1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลาและสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่ และบุคคล 4 เสียการรับรู้				
คะแนนรวม AWS					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (The State – Trait Anxiety Inventory-STAI) ของ Spielberger (1967) ที่แปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี, รศ.ดร.สายฤติ วรกิจโกการ และดร.มาลี นิสสัยสุข และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันดี (2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง คือ

ตอนที่หนึ่ง เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S)

ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ

เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

และเป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18

วิธีตอบแบบวัดผู้ตอบต้องพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใดซึ่งจัดไว้ 4 ระดับ คือ

- 1 คะแนน ไม่รู้สึกเลย
- 2 คะแนน รู้สึกเล็กน้อย
- 3 คะแนน รู้สึกค่อนข้างมาก
- 4 คะแนน รู้สึกมากที่สุด

มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก

ถ้าเลือกตอบในช่อง	ไม่เคยเลย	ให้	4 คะแนน
ตอบในช่อง	รู้สึกเล็กน้อย	ให้	3 คะแนน
ตอบในช่อง	รู้สึกค่อนข้างมาก	ให้	2 คะแนน
และตอบในช่อง	รู้สึกมากที่สุด	ให้	1 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

ถ้าเลือกตอบในช่อง	ไม่รู้สึกเลย	ให้	1 คะแนน
ตอบในช่อง	รู้สึกเล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบในช่อง	รู้สึกค่อนข้างมาก	ให้	3 คะแนน
และตอบในช่อง	รู้สึกมากที่สุด	ให้	4 คะแนน

การแปลผล คะแนนทั้งหมดกระจายอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้ค่าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวสูง ถ้าได้ค่าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ

ตอนที่สอง เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆไป ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ เป็นเชิงนิมิต 7 ข้อ มี

1, 6, 7, 10, 13, 16 และ 19 และเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, และ 20 วิธีตอบแบบวัดผู้ตอบต้องพิจารณาว่า ข้อความในแต่ละข้อ ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใดซึ่งจัดไว้ 4 ระดับ คือ

- 1 คะแนน แทบไม่เคยเลย
- 2 คะแนน รู้สึกบางครั้ง
- 3 คะแนน รู้สึกบ่อยๆ
- 4 คะแนน รู้สึกเกือบตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต (ทางบวก) และความหมายเชิงนิเสธ (ทางลบ) ให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำตอบ	การให้คะแนน	
	ข้อความเชิงนิมิต (ทางบวก)	ข้อความเชิงนิเสธ (ทางลบ)
ไม่เคยเลย	4 คะแนน	1 คะแนน
รู้สึกบางครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
รู้สึกบ่อยๆ	2 คะแนน	3 คะแนน
รู้สึกเกือบตลอดเวลา	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนทั้งหมดกระจายอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวสูง ถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ มีผู้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงที่สุด (Springhouse review, 2002; Schulth, 2002 อ้างใน พัฒน์ เอกบุตร)

คะแนน 20 – 40 หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย

คะแนน 41 – 60 หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 61 – 70 หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

คะแนน 71 – 80 หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงที่สุด

ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในขณะปัจจุบันลักษณะของแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในขณะปัจจุบันช่วงที่เข้ารับการบำบัดจำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะนี้ โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกเล็กน้อย	รู้สึกค่อนข้างมาก	รู้สึกมากที่สุด
1.ฉันรู้สึกสงบ				
2.ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3.ฉันรู้สึกดีใจ				
4.				
5.				
6.				
18.ฉันรู้สึกดีในตระหนก				
19.ฉันรู้สึกรำแริงเบิกบาน				
20.ฉันรู้สึกแจ่มใส				

ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกทั่วไปของท่านที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ลักษณะแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกทั่วไปของท่าน ลักษณะของแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่บรรยาย ความรู้สึกทั่วไปของท่าน จำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในขณะที่ โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

ความรู้สึกในขณะนี้	แทบไม่ เคยเลย	รู้สึก บางครั้ง	รู้สึก บ่อยๆ	รู้สึกเกือบ ตลอดเวลา
1.ฉันรู้สึกแจ่มใส				
2.ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายง่าย				
3.ฉันรู้สึกอยากร้องไห้				
4.				
5.				
6.				
19.ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20.ฉันมีความกังวลใจและตึงเครียดเมื่อนึกถึง เรื่องที่เกี่ยวข้องกันและสนใจอยู่				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากเครื่องมือ Symptom Expectancy and Severity Questionnaire (SAES) ของ Hawker and Orford (1998) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุนิศา สุขตระกูล (2013) และปรับปรุงโดยณัฐกฤตา ชันตี (2556)

คำชี้แจงขอให้ท่านคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราแต่ละอาการ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวท่านในระหว่างที่เข้ารับการรักษาภาวะติดสุรา ในครั้งนี้ โดยแต่ละข้อจะประกอบด้วย ข้อความที่ใช้บรรยายอาการต่างๆไปของภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 24 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าเพียงข้อละ 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรุนแรงของอาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	คาดคิดว่าอาการเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นเลย
คะแนน 1-60	หมายถึง	คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเล็กน้อย
คะแนน 61-120	หมายถึง	คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นปานกลาง
คะแนน 121-180	หมายถึง	คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากและรุนแรง
คะแนน 180ขึ้นไป	หมายถึง	คาดคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากที่สุดและรุนแรง จนทน

ไม่ได้

ตัวอย่าง กระจายน้ำมาก คะแนน 8 หมายถึง ฉันทาคิดว่าจะเกิดความรุนแรงมาก

ปวดศีรษะ คะแนน 3 หมายถึง ฉันทาคิดว่าจะเกิดอาการไม่มาก อาการที่คาดการณ์ว่าจะทำให้เกิดอาการมากหรือน้อยถ้ามีอาการมากควรจะให้คะแนน 6 หรือมากกว่าขึ้นไป

	อาการ	ความรุนแรงของอาการ									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1. มือสั่น										
	2. ตัวสั่น										
	3. เหงื่อออก										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										
	22. อยู่นิ่งไม่ได้										
	23. ซึมเศร้า										
	24. เซื่องซึม										

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆที่ท่านได้รับ ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย(✓)ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด **โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง** “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากในข้อความของประโยคนั้นๆ

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยพอประมาณในข้อความของประโยคนั้นๆ

น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่อย่างดีเพื่อให้เลิกดื่มสุรา					
2.					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
3. ท่านได้รับความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของสุรา					
4.					
5. ท่านได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องที่จะเลิกดื่มสุรา					
การสนับสนุนด้านทรัพยากร					
6.					
7.					
8.					
การสนับสนุนด้านการประเมินเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม					
9. บุคคลต่างๆชี้แนะว่าการเลิกสุราได้จะทำให้เป็นบุคคลที่น่ายกย่อง					
10.					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอมรภรณ์ ฝางแก้ว เกิดเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2527 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

