

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์



นางสาวณัฐกฤตา ชันดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL WITHDRAWAL IN PERSON WITH  
ALCOHO DEPENDENCE

Miss Nutkrista Khuntee



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์
โดย	นางสาวณัฐกฤตา ชันดี
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

ณัฐกฤตา ชันดี : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์. (SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL WITHDRAWAL IN PERSON WITH ALCOHO DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล, 134 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะถอนพิษสุรา และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน[DSM-IV]ว่าเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence:F.10.2)ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ จำนวน 208 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ในกรวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 6 ส่วน ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด ยกเว้นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าเท่ากับ .80, .88, .90, และ.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และด้วยสถิติค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยามีภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.22.
2. อายุ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านอารมณ์ แบบแผนการดื่ม ความดันโลหิตขณะแรกรับ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โรคแทรกซ้อนทางกาย (ความดันโลหิตสูง) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05( $r=.221, r=.159$ ) ( $F=7.00$ ) ( $F=10.900$ ) ( $p=.162, .161, .144, .246, p<.01$ ) ตามลำดับ
3. เพศ การใช้สารเสพติดร่วม ประวัติการชัก โรคหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

# # 5377826536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ALCOHOL WITHDRAWAL / RELATION / INPATIENT DETOXIFICATION

NUTKRISTA KHUNTEE: SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL WITHDRAWAL IN PERSON WITH ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAK UTHIS, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTAKUL, Ph.D., 134 pp.

The objective of this study was to examine the alcohol withdrawal of Alcoholic receiving inpatient detoxification, and its correlation with gender, age, history alcohol withdrawal, history seizure with alcohol withdrawal, high blood pressure, complication, co-addic, patterns of drink, alcohol consumption, Anxiety, depression, Symptom Expectancy and Severity and social support. The sample consisted of 208 alcoholics receiving inpatient detoxification, selected by special sampling at the inpatient detoxification. The data collection instruments were used by the purposive sampling questionnaire, Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar), The State-Trait Anxiety Inventory-STAI, Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Expectancy and Severity Questionnaire (SEAS), and social support. The instruments' reliability by Cronbach's Alpha Coefficient: were between .80, .88, .90, .82. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's product moment correlation Coefficient and Chi square.

The results were as follow:

1. Alcoholics receiving inpatient detoxification at moderate level ( $X=46.2, S.D=5$ ) 46.2%.

2. Age and total social support were classified Emotional Support, patterns of drink, blood pressure, history alcohol withdrawal, complication (hypertension) positively correlated with mild alcohol withdrawal level at the significant level of .05 ( $r=.221, r=.159$ ) ( $F=7.00$ ) ( $F=10.900$ ) ( $p=.162, .161, .144, .246, p<.01$ ).

3. Gender, co-addic and history seizure were not correlate with alcohol withdrawal in person with alcohol dependence.

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Academic Year: 2013

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่าชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อุตสาหะ พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ช่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นที่กำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และกำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ และคุณ สำเนา นิลบรรพ์ รวมทั้งพยาบาลทุกท่านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ และศูนย์ภูมิภาคที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ และผู้ช่วยเสพติดแอลกอฮอล์ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด พี่ๆทุกคน และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ เอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือทุกด้าน คุณประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ช่วยเสพติดแอลกอฮอล์ทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกายใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสพติดแอลกอฮอล์ .....	14
2. การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี.....	25
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการภาวะถอนพิษสุรา .....	28
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ .....	49
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
กลุ่มตัวอย่าง .....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	62
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	75
สรุปผลการวิจัย .....	77
อภิปรายผลการวิจัย .....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	81
รายการอ้างอิง .....	83
ภาคผนวก .....	90
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ .....	91
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	93
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย และเอกสารอนุมัติการพิจารณาจริยธรรม .....	97
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	103
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย .....	121
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	134



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา.....37

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในสถาบัน  
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์จำแนกตามศูนย์  
บำบัดภูมิภาค.....57

ตารางที่ 3 แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....61

ตารางที่ 4 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้ .....62

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน  
ระยะบำบัดด้วยยา จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส (n=208).....66

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา จำแนกตาม การศึกษา  
อาชีพ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา (n=208).....67

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม ความดันโลหิตสูง ประวัติ  
การใช้สารเสพติดร่วม ประวัติการชัก และประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (n=208).....68

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการดื่มสุรารวมทั้งสองชนิด  
และชนิดแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (n=208).....69

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม แบบแผนการดื่ม และโรค  
แทรกซ้อนทางกาย (n=209).....70

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (n=208).....71

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ มีระดับความ  
วิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) และ ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait  
anxiety) .....71

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของภาวะความซึมเศร้า .....72

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุราของผู้ป่วยเสพติด  
แอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา(n=208).....72

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทาง สังคม โดยจำแนกทั้ง 3 ด้านคือด้าน  
คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของหรือบริการ (n=208).....72

ตารางที่ 15 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ความวิตกกังวล ปัจจุบัน ความวิตกกังวล  
ประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การ  
สนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา  
.....73

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประวัติภาวะถอนพิษสุรา โรคแทรกซ้อนทาง  
กาย ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่ม แบบแผน  
การดื่ม.....74

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดง Kindling Process .....	30
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย .....	54



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอลกอฮอล์หรือสุราจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีผู้นิยมดื่มกันอย่างแพร่หลาย บางครั้งเพื่อการสังสรรค์ หรือดื่มในโอกาสต่างๆ ซึ่งการดื่มเป็นประจำจนกลายเป็นความเคยชินอาจนำไปสู่การติดในที่สุด การดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาานานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพติด แอลกอฮอล์ ทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและเด็กอีกจำนวนมาก รวมทั้งปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) ล่าสุดที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกใน พ.ศ. 2553 มีมติรับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดการเจ็บป่วย เสียชีวิต ลดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยผลกระทบต่อร่างกายพบว่าการเสพติดแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวิวัฒกุล, 2546) สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ที่กล่าวว่าปัญหาของการเสพติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 20 – 30 คือโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับแข็ง โรคลมชัก

เมื่อพิจารณาอายุพบว่า กลุ่มวัยแรงงาน อายุ 25-59 ปี มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด (ร้อยละ 38.7) รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชน อายุ 15-25 ปี (ร้อยละ 23.5) และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 19.3) ตามลำดับ ผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 20 ปี และผลกระทบต่อด้านจิตใจพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิในการทำงานลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70 (Grater et al., 2002) มีรายงานจากสถิติของ WHO(2005b) พบว่า ประชากร 58.3 ล้านคนเป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและในจำนวนนี้ร้อยละ 40 มีอาการทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์และทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวชเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์นอกจากก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้บริโภค และ สูญเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด เกิดความรุนแรง ทำลายความสัมพันธ์กับคู่สมรส อาจเกิดการหย่าร้าง แยกทางกัน(ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553)และผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมพบว่าผู้ดื่มแอลกอฮอล์ต้องมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น บางรายต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบทางสังคมโดยการขาดการให้ความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน เกิดทะเลาะวิวาทเป็นตัวอย่างไม่ดีแก่เยาวชน และเกิดผลกระทบต่อประเทศชาติโดยต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา ก่อให้เกิดภาระโรค (Burden of disease) ตามมา ดังจะเห็นได้จากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years\_DALYs) ของคนไทย โดยพิจารณาจากผลรวมของ จำนวนปีสุขภาวะซึ่งเป็นการสูญเสียก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost\_YLL) และการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) เข้าด้วยกัน และพบว่าในปี 2550 การเสพติดแอลกอฮอล์และการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย (alcohol dependence

and harmful use) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ของ DALYs ในเพศชาย และ เมื่อพิจารณาผู้ดื่มทั้งเพศชายและหญิงในภาพรวม พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 4 ของ DALYs ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหานี้ก่อให้เกิดภาระโรคในประชาชนไทยสูงขึ้นจากเดิม ที่พบเป็นอันดับที่ 11 ในปีพ.ศ. 2542 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การดื่มแอลกอฮอล์มีหลายรูปแบบและส่งผลกระทบต่อสุขภาพน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรทั่วโลก และจำแนกประชากรที่มีความแตกต่างกันออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่ดื่มเลย พบร้อยละ 40 2) กลุ่มผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ( Low Risk Drinker ) พบร้อยละ 35 3) กลุ่มผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยง ผู้ดื่มแบบเสี่ยงสูง (Hazardous drinker) และผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful drinker) พบร้อยละ 20 และ 5) กลุ่มผู้ดื่มจนติด (Alcohol Dependence) พบร้อยละ 5 โดยในแต่ละประเทศอาจมีอัตราส่วนของผู้ดื่มในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไป(Babor et al., 2001) สำหรับลักษณะพฤติกรรมการดื่มของคนไทยนั้น จากการสำรวจประชากรไทยทั่วประเทศ อายุระหว่าง 12-65 ปี ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การวิชาการสารเสพติดเมื่อพ.ศ 2550 โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พบความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามคะแนนของ AUDIT แบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (AUDIT 0-7) ร้อยละ 71.2 กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (AUDIT 8-15) ร้อยละ 23.3 กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย (AUDIT 16-19) ร้อยละ 3.3 และกลุ่มที่สงสัยว่าจะติดแอลกอฮอล์ (AUDIT > 20) ร้อยละ 2.2 (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การวิชาการสารเสพติด, 2550) นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจระดับชาติปี 2551 โดยส่วนหนึ่งได้ศึกษาความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยอายุ 15 - 59 ปี ด้วยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.) เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders) ผลการสำรวจพบว่าคนไทยประมาณ 5.3 ล้านคน มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มจำแนกเป็น 2 กลุ่มโรค คือ ภาวะติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) ประมาณ 3.2 ล้านคน และ ภาวะการดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (Alcohol abuse) ประมาณ 2.1 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 4.2 และ 6.6 ตามลำดับ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าประชากรไทยกว่าห้าล้านคนมีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders) ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดต่างๆ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตามมา ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งมีเพิ่มมากขึ้นทุกปีจาก 1,304 ราย ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 1,505 ราย ในปี พ.ศ. 2553 และ 844 ราย ในปีพ.ศ. 2556 ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในระดับติด (Alcohol dependence) ซึ่งต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อบำบัดรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพสูงถึงร้อยละ 75.73 และ 89.25 ตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2556) โดยปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาของผู้ติดแอลกอฮอล์คือการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) (ปริทัศน์ ศิลปกิจและพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

Paul et al. (2009) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีการดื่มอย่างหนักและต่อเนื่องเป็น

เวลานานได้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราอย่างกระทันหัน โดยอาจมีอาการแสดงออกทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000)ซึ่งกล่าวว่า ภาวะถอนพิษสุรา เป็นภาวะที่เกิดกับบุคคลภายหลังการหยุดหรือลด ปริมาณการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ หลังจากมีการดื่มหนักอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยต้องมีอาการ ต่อไปอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง ชีพจรเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ฝันร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระจกกระสาย อยู่ไม่ติดที่ 6) ประสาท หลอน-หูแว่ว เห็นภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิตกกังวล กลัว และ 8) ชักทั้งตัว (grandma seizure) โดยกลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา(alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่ เกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลง ในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการ ดื่มแอลกอฮอล์ลงกระทันหัน หลังจากที่ดื่มติดต่อกันมานาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2538) จากผลการ ประเมินด้วยเครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) ในผู้ป่วยที่รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 1,044 ราย พบว่าเป็นผู้มีความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในระดับต่างๆ คือ ระดับเล็กน้อย 9.57% ปานกลาง 33.04% รุนแรง 47.89% และ รุนแรงมาก 9.48% (สถาบันธัญญารักษ์, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแนวคิดต่างๆ ที่สามารถอธิบายกลไกการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ได้ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับ pathophysiology ซึ่ง Hall & Zador (1997) กล่าวว่า การเกิด ภาวะถอนพิษสุราเป็นเรื่องที่ซับซ้อน อันเป็นผลเนื่องจากพิษของสุราที่ใช้อย่างต่อเนื่อง ยาวนาน จะไปส่งผลกระทบต่อสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น กระบต่อสารสื่อประสาท ประเภทกาบา (Gamma-aminobutyric acid\_GABA) ซึ่งเป็นกรดอะมิโนที่ผลิตจากกระบวนการ decarboxylation ของกรดอะมิโน (glutamic acid) และมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นสารสื่อ ประสาท (neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ GABA ยังถือเป็นสารสื่อ ประสาทประเภท สารยับยั้ง (inhibitory neurotransmitter) โดยจะทำหน้าที่รักษาสมดุลในสมองที่ ได้รับการกระตุ้น ช่วยทำให้สมองเกิดการผ่อนคลายและนอนหลับสบาย แต่ พิษของแอลกอฮอล์จะ ทำให้ตัวรับกระแสประสาทกาบา (GABA receptor) ทำงานลดลง เมื่อมีการหยุดใช้แอลกอฮอล์ กระทันหันจึงส่งผลให้เกิดอาการแสดงต่างๆ ของภาวะถอนพิษสุราตามมา นอกจากนี้พิษของ แอลกอฮอล์แบบเรื้อรังจะไปยับยั้งการทำงานของระบบการผลิตสารสื่อประสาทประเภท glutamic acid ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไปกระตุ้นการทำงานของสมอง (excitatory neurotransmitter) โดยการไป ควบคุมการทำงานของตัวรับสารประสาทกลูตาเมตที่เรียกว่า N-methyl-D-aspartate (NMDA) จน ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราตามมา เช่นกัน (Hartsell et al., 2007; Hughes, 2009) นอกจากนี้ความผิดปกติอื่นๆ ในระบบประสาทส่วนกลางที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุรา เช่น ทำให้สารสื่อประสาทประเภทโดพามีน (Dopaminergic transmission) เพิ่มขึ้น จนส่งผลให้ เกิดอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนตามมา

ภาวะถอนพิษสุรา นอกจากเกิดจากความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาทในสมองบางตัว ดังข้างต้นแล้ว ยังสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post (1978) ซึ่ง กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิด ความไม่สมดุลง่ายขึ้น หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ Kindling เป็นกระบวนการความผิดปกติไม่สมดุลของ

สารสื่อประสาทในสมอง เกิดจากการที่ตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าหรือสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมตามมา จากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นนั้นซ้ำๆ (แม้ว่าตัวกระตุ้นที่ได้รับจะมีปริมาณน้อย ซึ่งในภาวะปกติอาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ) กระบวนการนี้สามารถนำมาอธิบายการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้ว่า การเกิดภาวะถอนพิษสุราแต่ละครั้งทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น ระบบต่างๆของสมองมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาความสมดุลของสารสื่อประสาททำให้มีการกระตุ้นของสมองมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการถอนพิษสุรา Saitz (1998) กล่าวว่าผู้ป่วยแต่ละรายอาจเกิดภาวะถอนพิษสุราที่มีความรุนแรง (alcohol withdrawal severity) แตกต่างกันไป ตั้งแต่อาการน้อยๆ เช่น นอนไม่หลับ ไปถึงอาการรุนแรงมาก เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันจากพิษสุรา (Delirium tremens) ภาวะชัก (seizures) หรือ อาการหูแว่วประสาทหลอน (hallucinations) ทั้งนี้ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ได้แบ่งความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระยะที่ 1 หรือ ระดับเล็กน้อย เกิดได้ตั้งแต่ 6 – 36 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย เป็นระยะที่มีอาการไม่รุนแรง โดยจะมีอาการทางกายเป็นหลัก เช่น มือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ฝืดคอ อาเจียน นอนไม่หลับ เป็นต้น 2) ระยะที่ 2 หรือ ระดับปานกลางถึงรุนแรง มักเกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย โดยมีอาการของ autonomic hyperactivity ชัดเจน เช่น ชีพจรเต้นเร็วกว่า 120 ครั้ง/นาที และอาการอื่นๆคล้ายระยะที่ 1 แต่รุนแรงกว่า และ 3) ระยะที่ 3 หรือ ระดับรุนแรงเพื่อคลั่ง (delirium) มักเกิดในช่วง 48 - 96 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย โดยมีอาการรุนแรงมาก มีอาการสำคัญคือ สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ร่วมกับอาการขาดสารรุนแรง กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่น ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ใช้สูง ชีพจรเร็วมาก และ มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด และ หวาดระแวง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยแต่ละรายไม่จำเป็นต้องมีอาการไล่เรียงไปตามลำดับ ทั้งนี้ ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ (Sullivan et al., 1989) โดยความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมีปัจจัยที่พบว่าความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่ม (Alcohol intake) และ ระยะเวลายาวนานในการดื่ม (Duration of a patient's recent drinking habit) (Bayar, McIntyre, Hill, & Woodside, 2004)

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราเกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น ไม่อยู่นิ่ง ไม่หลับ เดินไปมาและอาจมีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นทำให้ได้รับบาดเจ็บ ขาดสารอาหาร การดูแลสุขภาพบกพร่อง มีการรับรู้ผิดปกติ มีโอกาสเกิดหรือได้รับอุบัติเหตุจากความคิดและความจำที่บกพร่อง มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายได้ง่าย จากอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำได้ง่าย และมีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance) ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ นอกจากนี้ภาวะติดเชื่อทั้งติดเชื่อทางเดินปัสสาวะหรือปอดบวมก็พบได้บ่อย ทำให้การดูแลอาการทางกายซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าในอดีตมีการตาย (mortality) จากอาการเพ้อสับสนในระยาะถอนพิษสุราประมาณร้อยละ 20 แต่ด้วยการรักษาจัดการที่ดีขึ้น การตายในปัจจุบันได้ลดเหลือเพียงร้อยละ 5 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวิษ, 2542)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มีความสำคัญมาก และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษสุราควรมีความตระหนักและวินิจฉัยให้รวดเร็ว การรักษาพยาบาลต้องเริ่มก่อนที่จะมีอาการรุนแรง การปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจในอาการ มีการใช้เครื่องมือคัดกรอง การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติ และการดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา จะทำให้การพยาบาลที่ให้ความสำเร็จตามเป้าหมายซึ่งการที่พยาบาลผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในในระยะบำบัดด้วยยา ได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมถึงการที่บุคลากรสุขภาพจะสามารถพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอันอาจเกิดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่แตกต่างกันนั้น จำเป็นต้องทราบและประเมินปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาวิจัยและวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้ใช้แบบจำลองปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา 2 แบบ ของ Hawker & Orford (1998) ได้แก่ the Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW model) และ the Expectations-Anxiety model (EA model) มาเป็นกรอบในการคัดเลือกปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ และพบว่าสามารถจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ได้เป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) อายุ (Hawker and Oxford, 1998, Kraemer, 1997) 2) เพศ (Hawker & Oxford, 1998) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ 1) ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Saitz, 1998; Paul et al., 2009) 2) ประวัติการชัก (Monte et al., 2009, Trevisan, Boutros, Petrakis, & Krystal 1998; Saitz, 1998; Myrick & Anton, 1998) และ 3) การใช้สารเสพติดอื่นร่วม (Seitz 1998; Soyka et al. 1989) ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) แบบแผนการดื่ม (Prescrire, 2007) และ 2) ปริมาณการดื่ม (Precrire, 2007; Paul et al., 2009) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ 1) ความวิตกกังวล (Hawker & Orford, 1998) 2) ภาวะซึมเศร้า (Trevisan, Boutros, Petrakis, & Krystal, 1998) 3) ความคาดหวังต่อความรุนแรงของอาการขาดสุรา (Hawker & Oxford, 1998) และ 4) การสนับสนุนทางสังคม (Bargiel-Matusiewicz, Ziebaczevska, 2006)

แม้ว่าจะมีการศึกษาจำนวนมากถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในต่างประเทศแล้ว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบมีการศึกษาเพียงเรื่องเดียวของ Burapakajornpong et al. (2011) ซึ่งทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการสับสนเฉียบพลันจากพิษสุรา แต่พบข้อจำกัด คือ ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย และเป็นการศึกษาเฉพาะในภาคเหนือเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาในประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะถอนพิษสุราเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นระหว่าง 6 - 72 ชั่วโมง หลังการหยุดดื่มสุรา จึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา (Bayard et al., 2004) ซึ่งกำลังบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน สถาน

บำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากสถิติของผู้ป่วยเสพติด แอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของสถาน บำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์ จัดอยู่ในระดับรุนแรงของทุกปีงบประมาณ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น อีกทั้งเป็นสถานบำบัดรักษายาเสพติด ที่ให้บริการผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์อย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิจากทั่วประเทศ จึงทำให้มีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเข้ารับบริการจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอันอาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในระยะบำบัดด้วยยาต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์เป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความคาดหวังต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วย เสพติดแอลกอฮอล์หรือไม่อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา

### แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยจากแบบจำลองปัจจัยทำนายความรุนแรงของ ภาวะถอนพิษสุรา 2 แบบ ของ Hawker & Orford (1998) คือ the Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW model) และ the Expectations-Anxiety model (EA model) มาเป็นกรอบในการคัดเลือกปัจจัยดังกล่าว และใช้การทบทวนวรรณกรรมเพื่อเลือกปัจจัยคัดสรรที่พบมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ อีกทั้งเป็นปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ จำแนกเป็น 1) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และ เพศ



2) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และ การใช้สารเสพติดอื่นร่วม การมีโรคแทรกซ้อนทางกาย และ ความดันโลหิตสูง 3) ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สุรารวมการบริโภคแอลกอฮอล์ ได้แก่ แบบแผนการดื่มและ ปริมาณการดื่ม 4) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และ การสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**อายุ** พบว่าอายุของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hawker & Oxford, 1998) โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อยกว่ามีระยะเวลาการใช้สุราราวนานกว่า ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อย อีกทั้งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีทั้งความเสื่อมทางกาย เซลล์ต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลง ร่างกายอ่อนแอทำให้ความต้านทานลดลงมักเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อยๆ รวมทั้งสติปัญญา ด้านการรับรู้ ความจำความสามารถในการจดจำรายละเอียดต่างๆที่ผ่านมาในชีวิตมีน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงกว่า (Kraemer, 1997) อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวทำนายการเกิดปัญหาแอลกอฮอล์ในอนาคตได้ จากการศึกษาของ Grant และ Drawson กล่าวว่า การใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาขึ้นในอนาคต

**เพศ** จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โดยเฉพาะอาการด้านจิตใจรุนแรงและยาวนานมากกว่าเพศชาย (Hawker & Oxford, 1998) เนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มทางด้านจิตใจ มีการแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย อีกทั้งเหตุผลในการดื่มสุราในเพศหญิงมักมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทางสังคมและเรื่องความเบื่อหน่ายตลอดจนการนอนไม่หลับ

**ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา** จากการศึกษาพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ดื่มหนักและลดปริมาณการดื่มลงทันทีจะทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงมากกว่า เช่น การสั่นระดับปานกลางถึงรุนแรง หงุดหงิด วิตกกังวล และก้าวร้าว เพื่อ สับสน ประสาทหลอน และชัก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด “*Kindling Process*” กล่าวว่าการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราซ้ำแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น (Saitz, 1998; Paul et al., 2009)

**ประวัติการชัก** พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการชักมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา (Monte et al., 2009) โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เคยมีประวัติการชักมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราและการชักแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้นเพราะได้จากประสบการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุราโดยสิ่งกระตุ้น หรือมีสิ่งเร้า (Hartsell et al., 2007) เนื่องจากตามแนวคิด “*Kindling Process*” กล่าวว่าการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราและการชักแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น

**ความดันโลหิต** พบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติเมื่อแรกเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดในระดับรุนแรง เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันจากพิษสุรา (Monte et al., 2009; Burapakajornpong et al., 2011) โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยของหลอดเลือดในครั้งแรกเริ่มมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดแบบเพ้อคลั่ง สับสนเกิดจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิดปกติขณะแรกเริ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยความดันโลหิตสูงมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท อีกทั้งความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ Cerebrovascular disease และ Ischemic heart disease ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดแบบสับสนรุนแรงได้ (บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, รายงานสถานการณ์ประจำปี พ.ศ. 2549 )

**โรคแทรกซ้อนทางกาย** ผลการศึกษาพบว่า การมีโรคแทรกซ้อนทางกายทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรงมากขึ้น ผลการเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายต่างๆ เช่น อาการปวดศีรษะ สั่น วิดกกังวล อาการชัก การใช้ยาอื่น ๆ ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรงมากขึ้น (Trevisan, Boutros, Petrakis, & Krystal 1998; Saitz, 1998; Myrick & Anton, 1998)

**การใช้สารเสพติดร่วม** ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรง เนื่องจากสารเสพติดจะไปออกฤทธิ์เสริมอาการพิษของสุราทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดในระดับที่รุนแรงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้ (Seitz 1998; Soyka et al., 1989)

**แบบแผนการดื่ม** พบว่าผู้มีประวัติต้องดื่มสุราเมื่อตื่นนอนตอนเช้า มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรงกว่า (Prescrire, 2007)

**ปริมาณการดื่ม** พบว่าปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคครั้งล่าสุดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถดถอยของหลอดเลือด (Prescrire, 2007; Paul et al., 2009)

**ความวิตกกังวล** ความวิตกกังวลในผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ระบบประสาทผลกระทบการเปลี่ยนแปลงเช่น ความเครียดต่อร่างกาย โดยผู้ป่วยที่วิตกกังวลต่อการบำบัดซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนการกลับมาติดซ้ำ และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรงกว่า (Hawker & Orford, 1998)

**ภาวะซึมเศร้า** พบว่าในการบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกจำกัดพฤติกรรมและการลดลงของโดพามีน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรงขึ้น (Trevisan, Boutros, Petrakis, & Krystal, 1998)

**การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถดถอยของหลอดเลือด** โดยผู้ป่วยที่คาดว่าตนเองจะไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดขึ้นในการบำบัดมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่รุนแรงขึ้น (Hawker & Orford, 1998)

**การสนับสนุนทางสังคม** ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจจนสามารถผ่านพ้นจากสภาพความทุกข์ทรมานจากการบำบัดรักษาในระยะถดถอยของหลอดเลือดได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและจัดการภาวะถดถอยของหลอดเลือดที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการลดลง (Bargiel-Matusiewicz, Ziebaczevska, 2006)

จากแนวคิดและสมมุติฐานดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา
2. เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าเพศชาย
3. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เคยมีประวัติภาวะถอนพิษสุรา มีแนวโน้มเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้
4. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เคยมีประวัติการชักมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้
5. ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา
6. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
7. ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีการใช้สารเสพติดร่วมมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่ไม่มีการใช้สารเสพติดร่วม
8. ผู้มีประวัติต้องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อตื่นนอนตอนเช้ามีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่มีแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์แบบอื่น
9. ปริมาณการดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา
10. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา
11. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา
12. การคาดการณ์ต่อความรุนแรงภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา
13. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Correlation Research)

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน [DSM-IV] และตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) ว่าเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence:F.10.2) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ และมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ ซึ่งกำลังบำบัดแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา ที่มีอายุ 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราตามแบบประเมิน (CIWA-Ar) อยู่ระหว่าง 1-9 คะแนนเนื่องจากคะแนนมากกว่า 10 มีโอกาสเกิดอาการชักหรือ Delirium Tremens ได้มาก หาก CIWA-Ar มากกว่าหรือเท่ากับ 15 มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น Delirium Tremens ผู้ป่วยจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่รุนแรง

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

**ตัวแปรต้น** คือ อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราและการสนับสนุนทางสังคม

**ตัวแปรตาม** คือ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะถอนพิษสุรา** หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีการดื่มอย่างหนักและต่อเนื่องเป็นเวลานาน ได้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราอย่างกะทันหัน โดยอาจมีอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ จำแนก เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มือสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ อุณหภูมิร่างกายสูง 2) กลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย อาหารไม่ย่อย และ 3) กลุ่มอาการทางจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ก้าวร้าว ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ และฝันร้าย โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ด้วยการใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar)(Sullivan et al., 1989)

**อายุ** หมายถึง การนับจำนวนปีของการเกิดมีชีวิตรของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**เพศ** หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา** หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์รายงานว่าเคยหรือไม่เคยมีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราในอดีต ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ประวัติการชัก** หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์รายงานว่าเคยหรือไม่เคยมีประวัติการชักในอดีต ประเมินได้จากการที่ผู้ทำการวิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ความดันโลหิตสูง** หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ สามารถวัดโดยใช้ เครื่องวัดความดัน (Sphygmomano meter) วัดที่แขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า การที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มีความดันโลหิตสูงขณะเข้ารับการรักษาจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยและการตรวจร่างกายซึ่งการมีภาวะความดันโลหิตสูงต้องมากกว่า 150/110 มิลลิเมตรปรอท (ในคนปกติเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท) จากการตรวจร่างกาย

**โรคแทรกซ้อนทางกาย** หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์รายงานว่าเคยหรือไม่เคยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดัน ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยและการตรวจร่างกาย

**การใช้สารเสพติดร่วม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มีการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใน 30 วันก่อนมาโรงพยาบาล โดยการรับประทาน ดม หรือฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**แบบแผนการดื่ม** หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มีการดื่มสุราอย่างเป็นประจำ ในแต่ละวันก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำแนกเป็น การดื่มเมื่อตื่นนอนตอนเช้า การดื่มในตอนกลางวันหรือการดื่มในช่วงเย็นก่อนหรือหลังรับประทานอาหารเช้า หรือการดื่มตลอดวัน ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ปริมาณการดื่ม** หมายถึง ความมากน้อยของปริมาณแอลกอฮอล์ซึ่งผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ดื่มเป็นประจำก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำมาคำนวณให้มีหน่วยเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน ซึ่ง 1 ดื่มมาตรฐานมีค่าเท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ความวิตกกังวล** หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุ หงุดหงิด กระสับกระส่าย จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้และพฤติกรรม ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยโรควิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory-STAI ของ Spielberger (1967) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี, รศ.ดร.สายฤดี วรกิจโกศาธร และดร.มาลี นิสสัยสุข (2534 อ้างในสุจิตรา อู๋รัตนมณี, 2549) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน(State anxiety-ANX-S) 2)การวัดความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety)

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ประกอบด้วย อาการทางจิตใจได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว ความรู้สึกผิด คาดว่าจะถูกลงโทษ ไม่ชอบตนเอง ต่ำหนืดตนเอง ร้องไห้หงุดหงิด มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือการถูกจำกัดพฤติกรรมขณะเข้ารับการรักษาได้แก่ การไม่สนใจตนเอง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนามาจาก Beck (1967) เรียกว่า BDI Beck Depression Inventory ที่แปลและทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

**การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา** หมายถึง ระดับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีต่อความรุนแรงของอาการต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตน เมื่อมีการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ อาการทางกาย เช่น ตัวสั่น มือสั่น เหงื่อออก มึนงง ท้องเสีย พุดมาก คลื่นไส้ กระหายน้ำหรืออาการไม่สุขสบายจากการบำบัด เช่น ภาวะสับสน เพ้อหรืออาการชัก ประเมินโดยแบบสอบถาม Symptom Expectancy and Severity Questionnaire (SEAS) ของ Hawker and Orford (1998)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ต่อการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง และบุคลากรในทีมสุขภาพในเรื่องของการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ซึ่งสร้างโดย บุญยพัชร์ ปิยะบุญสิทธิ (2547) จากแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่การให้กำลังใจการแสดงความรักผูกพันต่อการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูล การตักเตือนการให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) เป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงในรูปวัตถุหรือสิ่งของเวลาเงินหรือบริการ

**ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) จากแพทย์ว่าเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence: F.10.2) มีอายุ 18-65 ปี และเคยเข้ารับการบำบัดมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งกำลังบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในในระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. บุคลากรในทีมสุขภาพจิตสามารถนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราไปพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอันอาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในระยะบำบัดด้วยยา

2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันและลดอันตรายอันอาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสพติดแอลกอฮอล์
  - 1.1 ความหมายของการเสพติดแอลกอฮอล์
  - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดแอลกอฮอล์
  - 1.3 การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์
  - 1.4 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์
  - 1.5 การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์
2. การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
  - 2.1 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก
  - 2.2 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.1 ความหมายของภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.2 แนวคิดการเกิดภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.3 สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.4 กลุ่มอาการเนื่องจากภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.5 การประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.7 การวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.8 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษสุรา
  - 3.9 การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษสุรา
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนพิษสุรา
  - 4.1 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสพติดแอลกอฮอล์

### 1.1 ความหมายของการเสพติดแอลกอฮอล์

ธรรนินทร์ กองสุข(2547)ให้ความหมาย การเสพติดแอลกอฮอล์(Alcohol Dependence)เป็นการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งการเสพติดแอลกอฮอล์จะไม่ใช่เพียงรูปการบริโภคแอลกอฮอล์แบบซ้ำๆ บ่อยๆเท่านั้นแต่จะประกอบด้วยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิดและทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญคือไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการบริโภคแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์และยังคงต้องใช้แอลกอฮอล์ต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

พิชัย แสงชาญชัย (2548) ได้ให้ความหมาย การเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence)ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งเกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานๆ จนทำให้เกิดภาวะพึ่งแอลกอฮอล์หรือติดแอลกอฮอล์ และอาจจะมีอาการโรคจิตจากแอลกอฮอล์ได้

องค์การอนามัยโลก (WHO,2008) ให้ความหมาย การเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) คือ ภาวะที่ผิดปกติในกลุ่มทางร่างกาย พฤติกรรม ความคิดที่เกิดจากรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่มากกว่าบุคคลปกติโดยทั่วไป โดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึงความต้องการอย่างมากที่จะใช้แอลกอฮอล์ เป็นการเสพติดทางกายที่แสดงถึงอาการขาดแอลกอฮอล์หรือทนต่อฤทธิ์แอลกอฮอล์ และไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นสารเสพติดทางจิตใจได้ หากหยุดใช้แอลกอฮอล์จะหยุดได้เวลาอันสั้นๆและจะกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำในเวลาทีรวดเร็ว

กล่าวโดยสรุป การเสพติดแอลกอฮอล์ หมายถึง การเจ็บป่วยเรื้อรังจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ยาวนาน จนส่งผลเกิดภาวะผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรม และความคิด จากรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่มากกว่าบุคคลปกติโดยทั่วไป อีกทั้งมีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นและต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ แม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทางลบต่อตนเองและผู้อื่น

### 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมมีปัจจัยที่เกี่ยวกับการติดแอลกอฮอล์ที่สำคัญดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001)

1.2.1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual Factors) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Alcohol Abuser) มีลักษณะดังต่อไปนี้

1.2.1.1 ปัจจัยทางเพศ พบว่าอัตราส่วนของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Alcohol Abuse) และการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) เพศชายมีมากกว่าเพศหญิง แต่อัตราส่วนของผลกระทบต่อด้านความเชื่อค่านิยมของเพศชายจะแตกต่างจากเพศหญิงอย่างชัดเจน ซึ่งประเทศแถบตะวันตก พบว่าเพศชายมีความทนต่อฤทธิ์แอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า แต่ประเทศในทวีปเอเชีย พบว่าเพศชายดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงเกิน 10 เท่า (Helzer & Canino as cited in Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1996) นอกจากนี้ วัฒนธรรมที่มีผลต่อทัศนคติ ทำให้บุคคลในสังคมมีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติโดยเฉพาะในผู้ชาย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)



1.2.1.2 ปัจจัยด้านวัย พบว่าพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ติ่มแอลกอฮอล์เริ่มจากการติ่มอย่างหนักในเพศชายในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือช่วงต้นของอายุ 20 ปี โดยทั่วไปในหลายประเทศพบว่าความชุกในผู้ที่ติ่มแอลกอฮอล์อย่างหนักและผู้ติ่มแอลกอฮอล์จะต่ำลงเมื่ออายุเกิน 45 ปีขึ้นไป

1.2.1.3 ปัจจัยด้านการศึกษา จากการเปรียบเทียบแบบแผนการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีแนวโน้มในการติ่มแอลกอฮอล์มากกว่า โดยประมาณร้อยละ 70 ของผู้ใหญ่ที่จบการศึกษาในระดับวิทยาลัยมีแนวโน้มในการติ่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผู้จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาพบว่ามีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น นอกจากนี้การติ่มแบบหนักยังมีความแตกต่างตามระดับการศึกษาโดยพบว่าอัตราการติ่มแอลกอฮอล์อย่างหนักมีร้อยละ 4 ในผู้ใหญ่ที่จบการศึกษาในระดับวิทยาลัย และร้อยละ 7 ในผู้ใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (Sadock & Sadock, 2004)

1.2.1.4 ปัจจัยด้านอาชีพ อาชีพที่เสี่ยงต่อการติ่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอาชีพ หัวหน้าพ่อครัว ผู้ช่วยพ่อครัว ผู้ที่ทำงานในโรงติ่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ทำงานด้านการบริหาร พนักงานขายที่เกี่ยวข้องกับความบันเทิง กะลาสี นักข่าว และเจ้าของโรงพิมพ์ ซึ่งบุคคลที่ประกอบอาชีพเหล่านี้มีโอกาสในการเข้าถึงแอลกอฮอล์มากกว่าบุคคลอื่น (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001)

1.2.1.5 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (Personality Factors) จากบุคลิกภาพของผู้ติ่มแอลกอฮอล์มักจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะการปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ มีภาวะพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกบาป รู้สึกไร้ค่า (ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาล, และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542)

1.2.2. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological Factors) จากการศึกษาผู้ที่ติ่มแอลกอฮอล์ จะพบว่าระดับโดปามีน (Dopamine) ต่ำในสมองส่วนนิวเคลียส แอ็คคัมเบ็นส์ (Nucleus Accumbens) และระดับซีโรโทนิน (Serotonin) และเอ็นโดर्फิน (Endorphin) ต่ำในสมองส่วนนิวเคลียส แอ็คคัมเบ็นส์ (Nucleus Accumbens) ทั้งนี้เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) หลายตัวในสมองส่วนบริเวณระบบเมโสลิมบิก (Mesolimbic System) ลดลง ซึ่งสมองส่วนนี้ศูนย์ควบคุมไฮโปทาลามัส (Hypothalamus Control Center) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการติ่ม ความรู้สึกทางเพศ ความพึงพอใจและความอิม นอกจากนี้ยังมี มีเดียล ฟอว์เรน บันเดิล (Medial Forebrain Bundle) อันเป็นศูนย์เกี่ยวข้องกับแรงเสริมด้านบวก (Positive Reinforcement) จากการเสพสารเสพติดโดยตรง ส่วนความต้องการอยากติ่มแอลกอฮอล์ อยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณเวินทริลเทคเมนทัล (Ventral Tegmental Area) ที่เชื่อมโยงกับสมองส่วนนิวเคลียส แอ็คคัมเบ็นส์ (Nucleus Accumbens) ซึ่งเป็นบริเวณที่เรียกว่า ระบบการให้รางวัลของสมอง (Brain Reward System) ซึ่งส่วนนี้จะมีสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่สำคัญ 2 ชนิด คือเอ็นโดจีนีเอซิส โอปิออย (Endogenous Opioid) และโดปามีน (Dopamine) สารทั้งสองนี้จะถูกกระตุ้นโดยแอลกอฮอล์ และแอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของกาบา (Gamma-amino Butyric: GABA) และเอ็มเอ็นดีเอ กลูตาเมท รีเซพเตอร์ (MND-glutamate Receptor) เป็นผลทำให้เกิดความผ่อนคลายและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการ

เกิดโรคติดแอลกอฮอล์ปัจจัยแรกคือพันธุกรรม(Suhuckit,2006 )พบว่ามียีนส์อ่อนแอในร่างกายที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายหรือการดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดอาการติดนอกจากนี้ยัง พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการติดแอลกอฮอล์ จากผลการศึกษาครอปคร้ว พบว่าอัตราการติดแอลกอฮอล์ในบิดา มารดา พี่น้อง และบุตรของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะสูงกว่าบุคคลทั่วไป 3-5 เท่า ในบุตรผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการดื่มเก่ง คือ มีอาการต่อแอลกอฮอล์ (Tolerance) ที่สูงกว่าปกติ และเมื่อมีอาการเมาแอลกอฮอล์ถึงขีดหนึ่งแล้วจะเมาอย่างมาก และรู้ว่าไม่สุขสบายมากเวลาที่สร้างเมา ผลการวิจัยในมนุษย์ที่ค้นพบความผิดปกติของตัวรับยีนตำแหน่งดีสอง (D2 Receptor Gene) ซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่พิมพ์ทางพันธุกรรมที่ผิดปกติ จึงเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อาจมีผลมาจากพันธุกรรมด้วย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินตระกูล, และสาวิตรี อัจฉนาศกรชัย, 2545)

ปัจจัยที่สองคือปัจจัยทางชีวภาพของเด็กและการเลี้ยงดูของบิดามารดาด้วย และผลการศึกษาวิจัยในฝาแฝด พบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน แม้จะถูกแยกไปเลี้ยงดูโดยครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีอัตราการติดแอลกอฮอล์เกือบเท่าๆ กัน คือถ้าคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นได้ถึงร้อยละ 80 และในฝาแฝดที่เกิดในไขคนละใบจะมีอัตราการเสพติดแอลกอฮอล์เหมือนหรือใกล้เคียงกับอัตราในพี่น้องเดียวกัน (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินตระกูล, และสาวิตรี อัจฉนาศกรชัย, 2545) ผลการวิจัยในบุตรบุญธรรม บุตรของผู้ติดแอลกอฮอล์ แม้แยกกับบิดามารดาตั้งแต่แรกเกิด และถูกนำมาเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่ติดแอลกอฮอล์ก็ยังมีโอกาสติดแอลกอฮอล์ได้สูงกว่าคนปกติถึง 5 เท่าในขณะที่บุตรของผู้ที่ไม่ติดแอลกอฮอล์แม้ถูกเลี้ยงดูในครอบครัวที่ติดแอลกอฮอล์ก็ยังมีโอกาสติดแอลกอฮอล์ในอัตรา เดียวกันกับคนทั่วไป (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินตระกูล, และ สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย, 2545)

### 1.2.3. ปัจจัยด้านการเรียนรู้ (Learning Factors)

การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้หญิงเนื่องจากการเรียนแบบบุคคลในครอบครัวที่ติดแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่าบุคคลที่เสพจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนมีการดื่มแอลกอฮอล์ จากทฤษฎีการเสริมแรง(Reinforcement Theory) อธิบายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อการเสริมแรงด้านบวก คือ การได้รับประโยชน์จากการดื่มแอลกอฮอล์ ครอบครัว เพื่อนฝูง และสื่อมวลชน เช่น ภาพยนตร์ โฆษณาต่างๆ ที่ช่วยเสริมเกิดความคิดว่าการเสพเป็นสิ่งที่ดีหวังไว้ว่าจะทำได้โดยจังหวะเวลา เช่น ในช่วงการเกิดภาวะวิกฤต ความเบื่อ และฉลองทั้งครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การเสพทำให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ และได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น นอกจากนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โทษของสิ่งเสพติดและความต้องการในการเลิกใช้สิ่งเสพติด ของพรพิมล พงษ์ประพัฒน์ไพ (2547) พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างเดียวยังมีจำนวนมากที่สุด ยังไม่ต้องการเลิกดื่ม เนื่องจากกลัวเข้าสังคมไม่ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสังคมมีการยอมรับ และสนับสนุนให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ และบางคนคิดว่าตนเองดื่มในปริมาณไม่มาก โดยดื่มในบางโอกาส หรือนานครั้ง คิดว่าไม่มีปัญหาต่อสุขภาพจึงไม่ต้องการเลิก ดังนั้นจากปัจจัยดังกล่าวสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบผิดๆ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากที่จะเกิดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดปัญหาได้

1.2.4. ปัจจัยด้านความผิดปกติทางจิตเวช (Psychiatric Disorder Factor) ความผิดปกติทางจิตเวชเกิดร่วมกับโรคติดแอลกอฮอล์ อัตราการเกิดโรคร่วมมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) การฆ่าตัวตาย (Suicidality) และโรคทางจิต (Psychotic Disorder) โดยเฉพาะผู้ป่วยบางคนที่เป็โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) จะดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่ผิดหวัง เพื่อให้บรรเทาความทุกข์ นอกจากนี้ยังพบว่าโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) โรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) และโรคกลัวสังคม (Social Phobia) ก็มีความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) (Gelder, Mayon, & Cowen, 2001)

1.2.5. ปัจจัยทางด้านสังคม สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ การจำหน่ายอย่างเสรีหรือการหาแอลกอฮอล์มาดื่มโดยไม่มีข้อจำกัด ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อให้บังคับการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบันจึงมีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างกว้างขวาง โดยใช้แอลกอฮอล์ในการหาความบันเทิงต่างๆ งานฉลองทางศาสนา จากการทบทวนความเชื่อของบุคคลในสังคมยังถือว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติธรรมดาโดยเฉพาะผู้ชาย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548)

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยต่างๆ ข้างต้นเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมการดื่มจนติดของบุคคลที่มีสาเหตุที่แตกต่างกันไป ทำให้เกิดผลกระทบจากการติดแอลกอฮอล์ตามมาหลายๆ ด้าน

### 1.3 การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์

การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดแอลกอฮอล์ไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV])หรือได้รับการบันทึกเป็น F 10.2 ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (Internation Statistical Classification of Disease and Related Health problem[ICD-10])(สถาบันสุขภาพจิต,2541 ) โดยจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol-related Disorders) ให้อยู่ในกลุ่มความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (Substance-related Disorders) และจำแนกกลุ่มความผิดปกตินี้ออกเป็นสองกลุ่มย่อยประกอบด้วย กลุ่มความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders) ได้แก่ การติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Alcohol Abuse) รวมทั้งกลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced Disorders) ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced Mood Disorders) ความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced Psychotic Disorders) โรควิตกกังวลที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced Anxiety Disorders) อาการเป็นพิษจากแอลกอฮอล์ (Alcohol Intoxication) หรืออาการขาดแอลกอฮอล์(Alcohol Withdrawal) เป็นต้น

การวินิจฉัยการเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition) [DSM-IV] (American Psychiatric Association, 1994) การเสพติดแอลกอฮอล์ มีเกณฑ์การวินิจฉัยโดยมีอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปในเวลาใดก็ตามช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา ดังอาการต่อไปนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

1. มีการติดแอลกอฮอล์ โดยอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
    - 1.1 เพิ่มปริมาณดื่มแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น เพื่อให้มีนเมา
    - 1.2 ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่าเดิม แต่ได้ผลจากแอลกอฮอล์ลดลง
  2. มีภาวะขาดสุรา ตามลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
    - 2.1 เกิดภาวะขาดสุราหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดอาการภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึง 2-3 วัน คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน การรับรู้ทางตาผิดปกติ การรับรู้ทางผิวหนังผิดปกติ ภาวะกระหาย กระสับกระส่าย วิดกกังวล ชักทั้งตัว
  3. มีการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
  4. มีความตั้งใจดื่มแอลกอฮอล์อยู่ตลอด ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ได้
  5. มีการใช้เวลาอย่างมากกับการจัดหาแอลกอฮอล์มาดื่ม
  6. การเข้าสังคม การงาน หรือความสนใจอื่น ๆ ลดลง เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์
  7. มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะส่งผลทางลบต่อตนเอง
- พื้นฐานภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดแอลกอฮอล์ คือ มีการดื่มอย่างสม่ำเสมอในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีอาการต่อไปนี้เกินกว่า 3 ข้อขึ้นไป

1. มีความต้องการอย่างมากหรือมีความต้องการบ่อยๆที่จะอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. ควบคุมพฤติกรรมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งการดื่ม การหยุดดื่มหรือปริมาณที่ดื่ม
3. เกิดภาวะถอนพิษสุราทางกาย (Physiological Withdrawal State) เมื่อหยุดหรือดื่มน้อยลง หรือการดื่มหรือใช้สารอื่นที่คล้ายกันทดแทน สามารถลดอาการถอนพิษสุราได้
4. เกิดภาวะดื้อทน (Tolerance) โดยไม่ต้องใช้แอลกอฮอล์ปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม
5. ค่อยๆห่างเหิน ไม่สนใจสิ่งที่เคยพึงพอใจอื่นๆ โดยใช้เวลามากมุ่นในการเสาะหาการดื่มแอลกอฮอล์
6. ยังคงดื่มอยู่ แม้จะมีหลักฐานแสดงถึงอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์

**1.4 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 2 ด้านคือ (พื้นฐานภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553)

1.4.1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological Intervention) เป็นการรักษาเพื่อแก้ไขหรือลดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งอาการนี้จะเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ โดยเกิดขึ้นหลังระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดต่ำลง ทั้งนี้อาการอาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนมีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอน เพ้อสับสน หรือชักได้ อย่างไรก็ตาม ภาวะถอนพิษดังกล่าวสามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ หรือถ้าเริ่มมีอาการก็สามารถควบคุม

ให้ดีขึ้นโดยเร็ว ด้วยการให้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ และทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีอาการสงบลง รายละเอียดยาที่นิยมใช้มีดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร ทิรัญวิวัฒน์กุล, 2549)

1.4.1.1 ยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (Long Half-Life Benzodiazepine) เช่น Diazepam หรือ Chlordiazepoxide นิยมใช้เพราะจะทำให้ควบคุมอาการได้ดีกว่า ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เป็นสารที่จับเข้ากับตัวรับ Benzodiazepine Receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABAA Receptor และ Chloride Channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาททำให้ GABAA Receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ Chloride Channel เปิด ยอมให้ Chloride Ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้นเกิดการขัดขวางการส่งกระแสประสาท (Hyperpolarization) ยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวลทำให้วังงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ

1.4.1.2 ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (Short Half-Life Benzodiazepine) เช่น lorazepam ออกฤทธิ์เหมือนกับ Diazepam หรือ Chlordiazepoxide ใช้ในกรณีที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีความบกพร่องในการทำงานของตับหรือผู้สูงอายุ ซึ่งยายังคงทำงานได้ตามปกติ แม้การทำงานของตับจะบกพร่องบางส่วน

1.4.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) การรักษาทางจิตสังคมเป้าหมายคือ การให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ควบคุมพฤติกรรม การดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ให้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยรูปแบบการบำบัดรักษามีหลายรูปแบบ ซึ่งจากการทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบจากวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ของแผนการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ (ผรส.) พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ มีดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

1) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavior Therapy: CBT) เป็นวิธีที่มุ่งระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ การพัฒนากลยุทธ์การจัดการกับปัญหา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาพบว่า วิธีนี้ได้ผลดีในผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์ในระดับไม่รุนแรงทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2) การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation: TSF) เป็นการให้คำปรึกษาที่อิงหลักของผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์ที่รวมกลุ่มกันเพื่อหยุดแอลกอฮอล์ ที่เรียกว่ากลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม (Alcohol Anonymous: AA) ใช้ได้ผลดีในผู้ที่มีปัญหาการดื่มในระดับรุนแรงมากๆ ผู้มีปัญหาด้านจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาด้านการขาดแคลนแหล่งช่วยเหลือทางสังคม

3) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) เป็นการบำบัดแบบย่อ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด จำนวน 2-4 ครั้ง ซึ่งได้ผลดีในผู้ที่โกรธ และผู้ที่มีความคิดความรู้สึกต่อต้าน การรักษาในระยะแรกเน้นการช่วยเหลือแบบรายบุคคล (Individual) และรายกลุ่ม (Group) ทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

4) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) คือการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ประสานงานที่เอื้อให้เกิดการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factor) เหมาะสำหรับผู้ติดที่มีความบกพร่องทางบุคลิกภาพ

5) การฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเอง (Behavioral Self –Control Training) เป็นการบำบัดผู้เสพติดแอลกอฮอล์และผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยการฝึกให้มีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองในการบริโภคแอลกอฮอล์ สามารถเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจกระตุ้นให้กลับไปบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำ ทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ลดการบริโภคแอลกอฮอล์หรือไม่หวนกลับไปบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำ

### 1.5 การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์

ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จะมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุในการบริโภคแอลกอฮอล์ทำให้การบริโภคแอลกอฮอล์และทำให้การบริโภคแอลกอฮอล์นั้นยังคงอยู่ ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนในการพยาบาลอย่างเหมาะสมควรต้องประเมินแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยต้องประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลภาวะโรครวมทั้งโรคทางกายและโรคจิตเวช ความพร้อมของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกับปัญหาด้านต่างๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเสี่ยงในการการกลับไปบริโภคซ้ำ รวมทั้งปัญหาครอบครัว สังคมและการทำงาน ซึ่งผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา จะต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ แสสภาพปัญหาอย่างต่อเนื่องเพื่อรวบรวมข้อมูลและวางแผนช่วยเหลือ

การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ใน ระยะบำบัดด้วยยานี้ มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่างๆเกิดขึ้น ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ถ้าให้การพยาบาลล่าช้าและไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจเสียชีวิตได้ โดยทั่วไปผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในระยะนี้มีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 15-30 (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบุลย์,2553) เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายต่างๆผู้เสพติดแอลกอฮอล์ทุกคนจะได้รับการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์มีการเฝ้าระวังอาการขาดแอลกอฮอล์ ภายใน 7 วันแรกโดยใช้แบบประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์(Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol –Revised (CIWA-Ar)และได้แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ (สถาบันธัญญารักษ์,2544)

1) ประเมินอาการด้านร่างกาย ซึ่งปัญหาทางด้านร่างกายในผู้เสพติดแอลกอฮอล์คือการเกิดโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการบริโภคแอลกอฮอล์ ได้แก่

1.1) โรคแทรกซ้อนทางกาย (Medical complication) ระยะเวลาที่ดำเนินของโรคนี้เป็นช่วงสั้น อาจเกิดในขณะที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เมาสุราก่อนเข้ารับการรักษาหรือเกิดขณะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ โรคกลุ่มนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ซึ่งทีมผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถให้การดูแลตามเวชปฏิบัติแต่ละโรคอย่างถูกต้อง

1.2) โรคร่วมทางกาย (Medical Comorbidity) เป็นภาวะโรคที่มีมาตั้งแต่เดิมของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ทั้งจากการบริโภคแอลกอฮอล์ระยะยาว หรือเป็นโรคที่พบร่วมกัน โรคร่วมทางกาย ดังกล่าวมักกำเริบรุนแรงมากขึ้นเมื่อบริโภคแอลกอฮอล์หนักหรือระหว่างการรักษา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในระยะนี้ต้องได้รับการประเมินอาการด้านร่างกายอย่างละเอียด โดยมีการ

ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการผิดทางระบบประสาท ประเมินการได้รับอาหารและน้ำ ประเมิน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ การประเมินดังกล่าวถ้าให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษ แอลกอฮอล์รุนแรง

2) ประเมินอาการด้านจิตใจ ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะพบปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ ความรุนแรงของอาการทางจิตถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทีและเหมาะสมอาจทำให้เกิดความ เสี่ยงต่างๆได้ ดังนั้นในระยะบำบัดด้วยยา ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ควรจะได้รับ การประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม และต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง การประเมินอาการด้านจิตใจ ประกอบด้วย

2.1) การใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับการบริโภคแอลกอฮอล์ เช่น ยาบ้า กัญชา กาว เนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดดังกล่าวมีความก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าปกติ

2.2) ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการใช้สารเสพติด โดยสอบถามว่าในปัจจุบันยังม ีการใช้สารเสพติดหรือไม่ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ

2.3) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2.4) ประเมินภาวะซึมเศร้า

2.5) ประเมินความเครียด

2.6) การประเมินระดับอาการทางจิตเช่น หูแว่ว ประสาทหลอนการวางแผนการ พยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการ พยาบาล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความรุนแรงของปัญหาที่พบและเป็นเครื่องมือช่วยประยุกต์ ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบและเกิดประโยชน์ต่อผู้เสพติด แอลกอฮอล์สูงสุด กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ การวินิจฉัย ทางทางการแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล (ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ, 2545; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2.6.1) การประเมินสภาพผู้เสพติดแอลกอฮอล์ (Assessment) ประกอบด้วย

2.6.1.1) การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลที่มีการปฏิบัติตลอดช่วงระยะเวลาของการรับการรักษาที่อยู่ในความดูแลของพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ สภาพของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่สำคัญๆ ได้แก่ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพทางร่างกาย พฤติกรรมอารมณ์ การยอมเข้ารับการรักษา การควบคุมตนเองในการบริโภคแอลกอฮอล์

1) การซักประวัติ เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชนิดของ แอลกอฮอล์ ระยะเวลา ปริมาณ และลักษณะการบริโภค เวลาและปริมาณที่ดื่มครั้งสุดท้าย อาการ ขาดแอลกอฮอล์ การชักประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต อาการที่นำส่ง อาการปัจจุบัน รวมทั้ง ประวัติการแพ้ยา ซึ่งพยาบาลต้องรับผิดชอบดูแลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาสุขภาพประเมิน สังเกตอาการ ให้การพยาบาลและบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ชัดเจน

2) การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือ โรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ ระดับ

ความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกายเช่น ตัว ตาเหลือง บวม ท้องมาน ความผิดปกติ ของ ผิวหนังมีรอยช้ำ หรือรอยจ้ำเลือด ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของ แขนขา การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Liver Function Test, Electrolyte, BUN, Cr

3) การประเมินสภาพจิต อาการทางจิตอาจเป็นหนึ่งของภาวะเมา แอลกอฮอล์ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาเรื้อรังกลับไปดื่ม ซ้ำบ่อยๆ ซึ่งมักมีปัญหาสภาพจิตตามมา ดังนั้นในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มาด้วยปัญหาการบริโภค แอลกอฮอล์ ควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย

4) การประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์ มีการเฝ้าระวังอาการขาด แอลกอฮอล์ ภายใน 7 วันแรกโดยแบบประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar)

2.6.1.2) การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการประเมินสภาพของผู้เสพติด แอลกอฮอล์และค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการ พยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูล

2.6.2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวินิจฉัย ทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินสภาพของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ มีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อการพยาบาล เนื่องจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ชัดเจนและเชื่อถือได้ สามารถ ชี้ให้เห็นทิศทางของกาปฏิบัติการพยาบาล ที่บ่งภาวะเสี่ยงและอาจเป็นปัญหาต่อสุขภาพและการ ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง เป็นความเข้มแข็งหรือจุดเด่นของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่จะ ดำรงไว้ในการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองและภาวะสุขภาพที่ดี

2.6.3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการ กำหนดการปฏิบัติพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การลำดับ ความสำคัญของปัญหาเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือ เลือกสรรวิธีการที่จะปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ มีเกณฑ์การตรวจสอบผลของการปฏิบัติ ทุกขั้นตอนจะเกี่ยวข้องกันอย่างมีเหตุผลผู้ เสพติดแอลกอฮอล์จะได้รับการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย การวางแผนการพยาบาลนั้น พยาบาลต้อง พิจารณาปัญหาความต้องการตามศักยภาพและแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ซึ่งหลักในการวางแผนการ พยาบาล ต้องตระหนักถึงหลักในการกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์และคำนึง ขอบข่ายของการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมาย มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาอื่นๆ ของผู้เสพ ติดแอลกอฮอล์ทุกด้าน และสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าได้อย่างชัดเจน การวางแผนการพยาบาล ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ทำให้พยาบาลมีเป้าหมายให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของแต่ละบุคคล การวางแผนการพยาบาลที่ดีต้องให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และนักบำบัดอื่นๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล สอดคล้องกับแผนการรักษา เน้นการ กำหนดเป้าหมาย การพยาบาลที่เป็นไปได้โดยยึดผู้เสพติดแอลกอฮอล์เป็นศูนย์กลาง

2.6.4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) คือ การกระทำ ต่างๆที่ต้องใช้การตัดสินใจและทักษะเฉพาะ โดยประยุกต์ความรู้ และหลักการทางพยาบาลที่เป็น ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมพื้นฐาน โดยปฏิบัติดังนี้



2.6.4.1) ถ้ามีภาวะขาดแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar>10) ให้ยากลุ่ม Benzodiazepine ตามแนวปฏิบัติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พร้อมกับดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยาบาลดูแลให้ Thiamine 100 mg IM จำนวน 7 วัน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบปลอดภัย ถ้าผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีอาการไม่สงบใช้อุปกรณ์ผูกมัดชั่วคราวและเลิกผูกมัดเมื่อมีอาการสงบ

2.6.4.2) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพเฉพาะ มีการนำความรู้ด้านต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกิดความมั่นใจ มีความรู้สึกปลอดภัย รวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจครอบครัว สังคม และผลกระทบที่เกิดจากการเสพติดแอลกอฮอล์

2.6.5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล การพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้เกณฑ์การประเมิน ซึ่งประเมินผลสามารถทำได้หลายวิธี คือ ประเมินความก้าวหน้าของผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยกระทำหลังการพยาบาลทุกครั้ง ประเมินผลจากบันทึกทางพยาบาล ประเมินผลจากการปฏิบัติการพยาบาล กรณีที่ไม่เป็นตามกำหนด ต้องมีการค้นหาข้อมูลใหม่ วิเคราะห์วางแผนนำไปปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลอีกครั้ง เพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จะเห็นได้ว่า การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพื่อให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนสามารถควบคุมตนเองในการการบริโภคแอลกอฮอล์ และมีทักษะในการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ และมีทักษะในการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ได้อย่างเหมาะสม

1.5.1 บทบาทพยาบาลที่พัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ องค์ความรู้ ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์โดยให้การพยาบาลตามระยะขั้นตอนในการบำบัดดังนี้

1.5.1.1 การพยาบาลในระยะเตรียมผู้ป่วย ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากการเสพติดแอลกอฮอล์จะมีความรู้สึกไม่มั่นใจว่าการเข้ารับการรักษาระยะประสบความสำเร็จ บางครั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกบีบบังคับ ถูกครอบครัวยังเกี่ยวพันพฤติกรรม การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง สังคมและอนาคตซึ่งส่งผลให้เกิดการต่อต้านการ

1.5.1.2 บำบัดขณะแรกเข้ารับการบำบัดรักษา ระยะนี้ควรให้กิจกรรมการพยาบาลได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะนี้ซึ่งส่งผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นเวลานาน การกระตุ้นความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง การให้กำลังใจ และให้แรงเสริมเพื่อให้เกิดความหวังในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์สำเร็จ การให้ทางเลือกในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามที่ตนเองเลือก

1.5.1.3 การพยาบาลในระยะถอนพิษยา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการจากการถอนพิษยา การรับรู้ความเป็นจริงมีน้อย บางครั้งคิดว่าตนเองถูกลงโทษเนื่องจากรู้สึกทุกข์ทรมานมีอาการหลงผิด หวาดระแวง เพื่อ สับสนหรือ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การพยาบาลเพื่อลดภาวะทุกข์

ทรมานจิตใจและ จากอาการไม่สุขสบายกายในระยะนี้เน้นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ปลอดภัยไม่มีอุปกรณ์อันอาจก่อให้เกิดอันตราย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือกิจวัตร เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

1.5.1.4 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น สามารถรับรู้สภาพความเป็นจริง ร่างกายสมบูรณ์มากขึ้น เป็นระยะที่เหมาะสมแก่การบำบัดรักษาสภาพจิตใจการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) การประเมินภาวะทางสุขภาพร่างกาย 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อลดความโดดเดี่ยว 4) การแสดงออกถึงความความเห็นอกเห็นใจการให้กำลังใจ 5) การให้เกียรติและเคารพในความเป็นตัวตนของผู้ป่วย 6) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง 7) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง 8) ส่งเสริมทักษะการเข้าสังคมและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 9) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 10) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 11) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัด 12) ประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

1.5.1.5 การพยาบาลในขั้นติดตามหลังการรักษา พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับธรรมชาติของผู้เสพติดแอลกอฮอล์มีจิตใจอ่อนไหวง่าย เป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นคงที่จะตัดสินใจกระทำสิ่งใด ๆ ได้เหมาะสม จำเป็นต้องหาที่พึ่งเพื่อยึดเหนี่ยว(Dependent) ซึ่งจะเป็สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เขายอมรับ อีกทั้งความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ที่เคยเสพติดแอลกอฮอล์ ที่จะมีอาการติดทางจิตใจ คือติดใจในรสชาติ ถึงแม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย จิตใจ โดยมีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อในสถานพยาบาลแล้วก็ตาม อาการติดทางใจหรือความพึงพอใจในการเสพติดแอลกอฮอล์ (Psychological dependence) ยังไม่หมดได้ง่ายเหมือนติดทางร่างกาย(Physical dependence) ซึ่งเป็นการพยาบาลเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยและญาติหลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม จึงควรมีการติดตามและวางแผนการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่สำคัญได้แก่ เช่นการให้คำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทักษะวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงการติดซ้ำ เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ต้องนำมาประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์เป็นการดูแลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเข้ารับการบำบัดทั้งกาย จิต สังคม และได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยยาเสพติด โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม วางแผนการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา ยาเสพติดและขณะกลับไปสู่สังคม

## 2. การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(ชื่อเดิมคือสถาบันธัญญารักษ์) แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

### 2.1 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับตติยภูมิซึ่งการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก นั้นเป็นรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) เป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่เน้นการให้องค์ความรู้(Cognitive Domain) ต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์และครอบครัว โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆของการบำบัดรักษาผ่านทางกิจกรรมกลุ่มบำบัด เป็นวิธีการหลักที่ใช้ตลอดโปรแกรมการบำบัดรักษานาน 1 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 Intensive Phase หรือ Intensive Outpatient Program (Matrix IOP) เป็นช่วงแรกของการบำบัดรักษาที่ถือว่าสำคัญและวิกฤติที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์สามารถเลิกบริโภคแอลกอฮอล์ได้หรือไม่ได้ .ใช้ระยะเวลา 4 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 อย่างคือ

1) การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/ Conjoint Sessions) เน้นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากเป็นช่วงของการปรับตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Matrix Program ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการบำบัดรักษาชัดเจน จำเป็นที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์และญาติต้องปฏิบัติตาม การบำบัดรักษาจึงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skill Group) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เกี่ยวกับผลแอลกอฮอล์แก่สมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกบริโภคแอลกอฮอล์ได้ ทั้งๆที่มีความพยายามอย่างมากและหลายครั้งที่ผ่านมาและสอนทักษะที่จำเป็น สำหรับช่วยในการเลิกบริโภคแอลกอฮอล์ เนื้อหาที่จำเป็นมี 8 หัวข้อสอนครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามลำดับดังนี้ 1. หยุดวงจรการบริโภคแอลกอฮอล์ 2.ตัวกระตุ้นภายนอก 3. ตัวกระตุ้นภายใน 4. แนะนำกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน 5. ปฏิกริยาเคมีของร่างกายในการเลิกบริโภคแอลกอฮอล์ 6. ปัญหา 5 ประการที่พบบ่อยในการเลิกบริโภคแอลกอฮอล์ระยะแรกๆ 7. ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม 8. ข้อควรจำง่ายๆ

3) กลุ่มป้องกันการหวนกลับไปบริโภคซ้ำ (Relapse Prevention Group) เป็นการให้ความรู้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ด้านการปรับตัวทางจิตสังคม(Psychosocial Skills) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกและวิธีการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยเนื้อหา 32 ข้อ

4) กลุ่มให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Education Group) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ การเปลี่ยนแปลงของสมองภายหลังการบริโภคแอลกอฮอล์(โรคสมองติดยา)ลักษณะความคิดและอารมณ์ของผู้ที่อยู่ในภาวะ ” เสพติด ” บทบาท

หน้าที่ครอบครัวต่อการช่วยเหลือผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในระยะสั้นระยะยาว ซึ่งในกลุ่มครอบครัวและผู้เสพติดแอลกอฮอล์ต้องเข้ารับการรู้ร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงโดยมีเนื้อหา 12 หัวข้อ

ระยะที่2 After Care Program หรือ Supportive Phase เป็นระยะประคับประคองใช้เวลาเวลา 8 เดือน กิจกรรมที่สำคัญมี 2 อย่าง คือ กลุ่มประคับประคองทางสังคม (Social Support Group) และกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน(12 Step Meeting)

## 2.2 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับตติยภูมิซึ่งการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน นั้นเป็นรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานทั้งการบำบัดรักษาทางชีวภาพ(Biological Tntervention) ซึ่งเป็นการรักษาเพื่อการแก้ไขหรือลดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ และการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร และเทคนิคการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรักษา 4 ขั้นตอน(ญาติา จินประชา,2550) ดังนี้

2.2.1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-Admission Phase) เป็นระยะแรกของกระบวนการรักษา เป็นการเตรียมให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์และครอบครัวมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเพื่อความร่วมมือในการรักษาให้ครบระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะให้คำแนะนำถึงขั้นตอนในการรักษาและให้กำลังใจในการเข้ารับรักษา จากนั้นจะมีขั้นตอน การซักประวัติ การประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการคัดกรองผู้เสพติดแอลกอฮอล์เพื่อเข้ารับรักษา

2.2.2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment Phase) เป็นการรักษาอาการทางกายเน้นการรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยรับประทานยาที่ทำให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ปลอดภัยพ้นจากภาวะอาการขาดแอลกอฮอล์และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมทั้งผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมๆกันตามกิจกรรมกลุ่มบำบัด พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนในการวางแผนการรักษา เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ตั้งใจในการรักษา หลังจากให้รักษาจนผู้เสพติดแอลกอฮอล์หายจากอาการขาดแอลกอฮอล์ สุขภาพร่างกายแข็งแรง ผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะเข้ารับการบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่พบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้ เนื่องจากมีปัญหาต้องกลับไปทำงาน ไม่สนใจเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหรือมีปัญหาด้านอื่นๆแพทย์จึงจำหน่ายผู้เสพติดแอลกอฮอล์ให้กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน แพทย์นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์หลังออกจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและมีการติดตามเป็นระยะจนครบ 1 ปี

ในปัจจุบันการพยาบาลปกติที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ในแผนกผู้ป่วยใน ระยะบำบัด ด้วยยาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้รับเมื่อเข้ารับ การบำบัดรักษาได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีสภาพจิต การประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ การซักประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย และให้การพยาบาลตามอาการของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์จนสิ้นสุดอาการถอนแอลกอฮอล์ ประมาณ 7 วันแรก หลังการเข้ารับการบำบัดรักษาและให้การดูแลจนผู้เสพติดแอลกอฮอล์ร่างกาย แข็งแรง เป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ จากการค้นหาหลักฐานในการบันทึกการทำกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ได้มีการกำหนดตารางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ในแต่ละ สัปดาห์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มพูนทักษะต่างๆในการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการบริโภค แอลกอฮอล์ แต่ในทางปฏิบัติจากการสืบค้นจากการบันทึกทางการพยาบาลและหลักฐานอื่นๆพบว่า ไม่มีรายงานการบันทึกการทำกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดแอลกอฮอล์ จึงทำให้ผู้เสพติด แอลกอฮอล์กลุ่มนี้ไม่ได้รับกิจกรรมบำบัดเพื่อควบคุมตนเองหรือเพิ่มทักษะในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยง ต่างๆที่นำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะการบำบัดทางจิตสังคมโดยการฝึก ควบคุมพฤติกรรมตนเองในการเตรียมตัวก่อนที่จะกลับไปสู่ชุมชน เพื่อไม่ให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ กลับไปบริโภคซ้ำในระดับที่มากขึ้นจนเกิดการเสพติดซ้ำได้

2.2.3 ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Phase) ใช้ระยะเวลา 4 เดือน การรักษาเวลานี้ถือเป็นหัวใจการรักษา โดยมุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรม รวมถึงปัญหาต่างๆที่เป็นสาเหตุให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถเลิกบริโภคแอลกอฮอล์ได้ การ ดำเนินการรักษามุ่งเน้นการปรับแก้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้กลุ่มบำบัด(Group Therapy) จิตบำบัด (Psycho Therapy) ครอบครัวบำบัด(Family Therapy) ช่วยให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มี ทักษะการหลีกเลี่ยงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงการสูญเสียความสามารถในการ ควบคุมตนเอง การเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการแก้ปัญหาอย่างสม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับ ครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นปกติ โดยไม่พึ่งพาแอลกอฮอล์ แต่มีผู้เสพติดแอลกอฮอล์จำนวนน้อย ที่จะเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนมากจะกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ จะต้องเตรียมผู้เสพติดแอลกอฮอล์ให้มีความพร้อมในการปรับพฤติกรรม มีการควบคุมพฤติกรรม ตนเอง และเกิดทักษะในการหลีกเลี่ยงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการบริโภค แอลกอฮอล์เมื่อผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลับไปอยู่ที่บ้าน

2.2.4 ระยะติดตามการรักษา (After Phase) เป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ถือเป็น ขั้นตอนสุดท้ายและเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการติดตามให้ช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้าง กำลังใจ และที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำเป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้เสพ ติดแอลกอฮอล์ไม่ต้องบริโภคแอลกอฮอล์ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 ปีโดยนัดมาพบแพทย์ที่สถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี การติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์หรือ ทางจดหมาย

โดยสรุป ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา ที่ไม่ประสงค์เข้ารับการบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้(ซึ่งเป็นส่วนใหญ่) ขาดโอกาสในการบำบัดทางจิตสังคมที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดหรือหยุดบริโภคแอลกอฮอล์ได้อย่างจริงจัง และเมื่อกลับเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมที่บ้านและในชุมชน ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่กระตุ้นให้กลับไปบริโภคแอลกอฮอล์ ประกอบกับการที่ ผู้เสพติดแอลกอฮอล์เหล่านี้มักมีปัญหาขาดความสามารถในการควบคุมตนเองอยู่แล้ว จึงมีโอกาสกลับไปบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่มากขึ้นจนเกิดการเสพติดซ้ำได้

### 3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการภาวะถอนพิษสุรา

#### 3.1 ความหมายของภาวะถอนพิษสุรา

Paul et al. (2009) ได้ให้ความหมายว่าภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีการดื่มอย่างหนักและต่อเนื่องเป็นเวลานานได้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราอย่างกระทันหัน โดยอาจมีอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งกล่าวว่าภาวะถอนพิษสุรา เป็นภาวะที่เกิดกับบุคคลภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ หลังจากมีการดื่มหนัก อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง ชีพจรเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ผื่น ร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) หูแว่ว เห็นภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิตกกังวล กลัว และ 8) ชักทั้งตัว (Grandma seizure) ทั้งนี้มาโนชหล่อตระกูล (2538) กล่าวว่ากลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางเกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงกระทันหันหลังจากที่ดื่มติดต่อกันมานาน

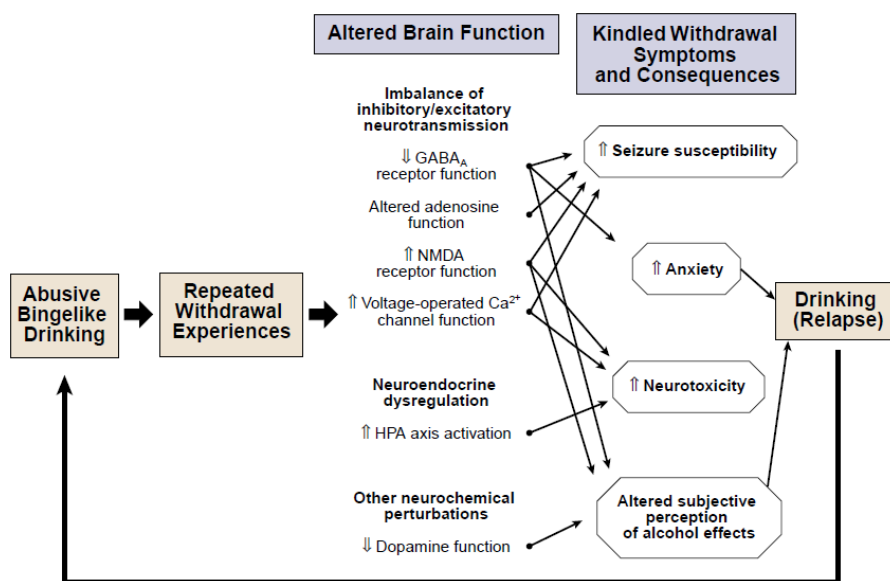
พิชัย แสงชาญชัย (2547) ได้ให้ความหมายว่าภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal and withdrawal delirium) ภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราเรื้อรัง ในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่นการลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากระทันหันระบบต่างๆ ของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนพิษสุรา อาการถอนพิษสุราที่ตามมา อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ delirium ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปี และดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2547) และยังมีหมายถึง ผู้ติดสุรา ที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ เป็นเวลานาน และดื่มในปริมาณที่มาก จากนั้นหยุดดื่มหรือลดปริมาณลง(เมื่อเทียบกับปริมาณที่เคยดื่มเดิม) มีความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นต่างๆกัน ระยะเวลาที่เริ่มแสดงอาการและการดำเนินอาการของอาการถอนพิษสุรานั้นมีระยะเวลาที่จำกัด ขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่มสุราก่อนที่จะหยุดดื่มอย่างทันที

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553 ได้ให้ความหมายว่าภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุรา เมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง มีโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราขึ้น ในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องรับการรักษาใดๆก็สามารถหายได้เอง แต่บางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง มีอาการเพ้อคลั่ง(delirium) หรือชักได้ อาการขาดสุราจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลง และอาการค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไปและระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอน ระแวงเพ้อสับสน(delirium) หรือชัก(rum fits) ได้

โดยสรุป ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีการดื่มอย่างหนักและต่อเนื่องเป็นเวลานานได้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราอย่างกะทันหัน โดยอาจมีอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง ชีพจรเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ผื่นร่าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) หูแว่ว เห็นภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิตกกังวล กลัว และ 8) ชักทั้งตัว (Grandma seizure)

### 3.2 แนวคิดการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

ซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราและการชักแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น อาการรุนแรงหลายอย่างของอาการถอนพิษสุรารวมทั้งอาการสับสน เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน ชักอาการหลายอย่างเป็นผลมาจากความไม่สมดุลจากการนำของ แอลกอฮอล์โดยสารเคมีในสมองที่เซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้นถ้า แอลกอฮอล์ ถูกจับ ขึ้นโดยฉับพลันจะเกิดอาการระหว่างอาการทางคลินิกและอาการรุนแรง อาการเหล่านี้สามารถเกิดจากอาการนอนไม่หลับ ถึงผลที่ตามมารวมทั้งอาการสับสน เพ้อคลั่งและอาจเสียชีวิต ซึ่งกลไกทางสมองที่ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงภายใต้ แนวคิด “*Kindling Process*” เป็นความผิดปกติไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เกิดจากการที่ตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าหรือสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมตามมาได้ จากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นซ้ำๆ (แม้ว่าตัวกระตุ้นที่ได้รับจะมีปริมาณน้อย ซึ่งในภาวะปกติอาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ) ทำให้สามารถอธิบายการเกิดภาวะถอนพิษสุรานั้นเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมอง เกิดความไม่สมดุลถูกขัดขวางหรือมีการกระตุ้นการส่งผ่านของของสารสื่อประสาท โดยที่GABA(A)ทำหน้าที่เป็นตัวรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอัลดีโนซิน และการส่งผ่านของสารสื่อประสาท NMDA หากมีการดื่มซ้ำจะการเปลี่ยนแปลงทั้งการยับยั้ง และการกระตุ้น รวมถึงการรบกวนของระบบฮอโมนและอื่นๆทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงรวมทั้งอาการชัก วิตกกังวล ผลกระทบของเซลล์ประสาทอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจะทำลาย



ภาพที่ 1 แสดง Kindling Process

อาการรุนแรงหลายอย่างของภาวะถอนพิษสุรารวมทั้งอาการสับสน เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน ซักอาการหลายอย่างเป็นผลมาจากความไม่สมดุลย์จากการนำของแอลกอฮอล์ โดยสารเคมีในสมอง เซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้นถ้าแอลกอฮอล์ ถูกระงับ ภาวะถอนพิษสุรามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอาการทางคลินิกและอาการรุนแรง อาการเหล่านี้สามารถเกิดจากอาการนอนไม่หลับ ถึงผลที่ตามมารวมทั้งอาการสับสน เพ้อคลั่งและอาจถึงแก่เสียชีวิต

การเกิดภาวะถอนพิษสุราอธิบายด้วยแนวคิด 2 ทฤษฎีดังนี้ (Hawker & Oxford, 1998)

3.2.1 แนวคิด the Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW model) (ประวัติอดีตของการดื่มแอลกอฮอล์ล่าสุดและการเลิกดื่มแอลกอฮอล์) มีลักษณะตัวแปรที่ถูกเลือกขึ้นเพื่อแสดงถึงความเป็นเหตุเป็นผลกันมากที่สุด การศึกษาประกอบด้วย 1.ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มใน 7 วัน ก่อนหยุด 2.ระยะเวลาของการดื่มและไม่หยุดต่อเนื่องกัน 3. อายุ 4.จำนวนครั้งที่ผู้ดื่มมีประสบการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อหยุดดื่มไปแล้ว 3 วันหรือมากกว่า 5.อาการเจ็บป่วยที่เป็น

3.2.2 แนวคิด the Expectations-Anxiety model (EA model) หมายถึง ความคาดหวังของอาการทางกาย และจิตใจ สภาวะของความวิตกกังวล (Trait anxiety) และ(state anxiety)มีลักษณะตัวแปรประกอบด้วย 1. ความคาดหวังของอาการทางกายและจิตใจช่วงที่เลิกแอลกอฮอล์ 2.ระดับความวิตกกังวลโดยปกติของผู้เข้าร่วมศึกษา 3.ความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับช่วงเวลา 1 วันก่อนเลิกดื่มแอลกอฮอล์

3.2.2.1 Trait anxiety เป็นความวิตกกังวลประจำวัน

3.2.2.2 state anxietyเป็นความวิตกกังวลขณะปัจจุบันซึ่งมีตัวประกอบ 3

ประการ

1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในเหตุผลที่จะหยุดดื่ม



2) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความล้มเหลว (ความกังวลต่อผลกระทบ ความรู้สึกบุคคลที่ล้มเหลว)

3) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์(มีความวิตกกังวลว่าไม่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ได้ ) ซึ่งจากการศึกษาแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและประสบการณ์การเกิดอาการถอนพิษสุรา

การศึกษาแนวคิด the Expectations-Anxiety model (EA model)มีความเชื่อถือได้มากกว่าแนวคิด the Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW model)เพราะนอกจากจะมีความสัมพันธ์ดังที่กล่าวแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับ- Physical symptom (อาการทางกาย) -State anxiety (ลักษณะของอารมณ์) -Psychological symptom(อาการทางจิตใจ) ระดับความกังวลเดิมของผู้ร่วมศึกษา มีอิทธิพลต่ออาการที่เกิดขึ้นจริง แต่ความกังวลในช่วงเวลาที่เผชิญกับขณะวันก่อนจะเลิกแอลกอฮอล์มีผลสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆในการศึกษานี้ ในสอง EA model (แบบจำลองความวิตกกังวลและความคาดหวังในด้านการเลิกแอลกอฮอล์) มีความสำคัญในการทำนายมากกว่า DW model (ประวัติอดีตของการดื่มแอลกอฮอล์ล่าสุดและการเลิกผลของความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลที่จะเผชิญกับการเลิกแอลกอฮอล์ มีการอธิบาย 2 แบบ โดยได้ทดสอบประสบการณ์ความกังวลช่วงก่อนจะเผชิญกับการเลิกแอลกอฮอล์ว่ามีตัวทำนายอาการของของ DW model (ประวัติอดีตของการดื่มแอลกอฮอล์ล่าสุดและการเลิกแอลกอฮอล์) เป็นตัวทำนายทางอ้อมของอาการที่จะเกิดความกังวล และประสบการณ์ช่วงเลิกแอลกอฮอล์เป็นความสำคัญชนิด B (เบต้า) แล้วพบว่ายิ่งผู้ดื่มอายุน้อยจะมีความกังวลเพิ่มขึ้น การอธิบายอย่างที่สองของผลของความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลที่จะเผชิญกับการเลิกแอลกอฮอล์ มีสมมติฐานว่า ความวิตกกังวลช่วงจะเผชิญกับการเลิกแอลกอฮอล์ไปสู่การกระทำการเลิกแอลกอฮอล์นี้ เกี่ยวเนื่องกับความคิดล่วงหน้าแล้วเกิดความไม่สบายใจ เช่น การเปลี่ยนจะพยายามจะเปลี่ยนไปสู่การหยุดดื่ม ล้มเหลว – มีอาการที่แสดงออกมาว่าจะล้มเหลว ไม่ดื่ม-ไม่สามารถดื่มได้ การอธิบายความแตกต่างของความคาดหวังพบว่ามีการทำนายที่บอกว่าความคาดหวังต่ออาการที่จะประสบในช่วงเลิกแอลกอฮอล์เป็นตัวทำนายอาการที่เกิดขึ้นจริงได้ดีที่สุด

### 3.3 สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของการขาดสุรา

จากการทบทวนบทความพบว่า สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของการขาดสุรามีดังนี้ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล,2552)

เมื่อคนเริ่มดื่มสุราใหม่ๆฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำงานของตัวรับ GABA-A(GABA-A receptors)และยับยั้งการทำงานของตัวรับNMDA(NMDA receptors)ครั้นดื่มสุรานานๆสมองจะเกิดการปรับตัว ส่งผลให้ลดinhibitory function ของตัวรับGABA-Aและเพิ่มexcitatory ของตัวรับNMDA เกิดลักษณะทนต่อสุรา (tolerance)ได้ 3 แบบคือ

1) metabolic tolerance คือเพิ่มอัตราการทำลาย ethanol ที่ตับ คนจึงดื่มปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม

2) cellular tolerance เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทสมอง เช่น การทำงานของตัวรับ GABA-Aลดลง เนื่องจากมีการปรับลดจำนวนตัวรับ(downregulation of GABA-A receptors) โดยมีการลดหน่วยย่อยเล็ก คือ แอลฟา 1 หรือแกมมา 2 ซึ่งอยู่ในตัวรับGABA-Acและ

เพิ่มหน่วยย่อยเล็ก คือ แอลฟา 4 อย่างรวดเร็วในปริมาณมากทำให้ density of synapse ลดลงบวกกับตัวรับ GABA-A มีจำนวนลดลง ทำให้บทบาทที่ยั้งการทำงานของสมองน้อยลง (loss of GABA-mediated inhibition) เสี่ยงต่อการเกิดการชัก เมื่อขาดสุรา ในขณะที่เดียวกัน ตัวรับกลูตาเมตชนิด NMDA และโคเคนท มีการปรับเพิ่มจำนวนตัวรับ ทำให้การทำงานของตัวรับ NMDA เพิ่มขึ้นเกิดการกระตุ้นในเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด oxidative stress and excitotoxic brain damage (และอาจมีปัญหาจากสูบบุหรี่และขาดสารอาหารด้วย) ร่วมกับช่องทางเปิดประจุ calcium เข้าเซลล์ (voltage-dependent calcium influx) modulate ให้หลังสารสื่อประสาทและ gene expression ที่ควบคุมการผลิตโปรตีนตัวรับ NMDA และ GABA การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นการเพิ่ม voltage operated calcium channel expression ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งมีตัวรับอะดรีนาลีน บริเวณลิมบิกและก้านสมองมีความไวสูง ต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงจึงมีฤทธิ์เท่าเดิมทำให้เกิด tolerance

3) behavioral tolerance เป็นการเรียนรู้และการปรับตัวทำให้คนๆนั้นต้องดื่มสุราก่อนจึงจะทำกิจกรรมต่างๆได้ ดังนั้นเมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด rebound stimulatory effect เกิด adrenergic hyperactivity ที่ลิมบิก และก้านสมอง ทำให้อาการหงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าวมือสั่น ชัก

นอกจากนี้ขณะมีอากาศขาดสุราพบว่า dopamine transmission เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน จากหลักฐานผู้ป่วย delirium tremens พบระดับ homovallinic acid (HVA) ในเลือดสูง มี D2 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ dorsal striatum และมี D1 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ amygdala และพบ persisting high levels of cGMP ในบริเวณดังกล่าว

อาการชักจากขาดสุราในหนูทดลองพบว่า

1. มี neuronal network ใน brain stem รวมถึง inferior colliculus ถูกกระตุ้นง่าย (เป็น audiogenic seizure)

2. ประสบการณ์การขาดสุราซ้ำๆจะเพิ่มความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดอาการชักครั้งต่อไป เนื่องจากเกิด permanent epileptogenic changes ในระบบสมองมี kind effect บริเวณ inferior colliculus ทำให้ถูกกระตุ้นง่าย

3. ตัวรับ GABA-A มีการเปลี่ยนแปลงภายในโดยเพิ่ม แอลฟา 4 ขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้ density of synapse ลดลงส่งผลให้ความสามารถในการยับยั้งลดลง

4. ตัวรับ NMDA, kainite, calcium channels มี compensatory upregulation เมื่อหยุดสุราทันทีเกิด rebound stimulation effect ทำให้เกิดการชัก

หลังจากอาการสุราลดลง จะมีการลดการนำกระแสประสาทปริมาณเมโสลิมบิกที่เป็นวงจรของโดปามีน ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อ เหงา สมาธิไม่ดี ขาดแรงจูงใจ และมีอาการอยากดื่มสุรา (craving) นอกจากนี้การดื่มสุรานานๆทำให้ขาด thiamine ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง neuronal energy metabolism ในสมองส่วนกลางและลดการนำกระแสประสาท มีผลกระทบต่อปลายประสาท หัวใจ และสมองเกิดปัญหา peripheral neuropathy with myelin degeneration cardiomyopathy, Wernicke encephalopathy and Korsakoff syndrome ภาวะขาดสุราที่มี

ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย จากการทดลองในหนูพบว่า เพศหญิงมี apoptotic cell death signaling and RNR/RNA binding and actin binding มากกว่าเพศชาย ทำให้เกิด cognitive dysfunction and motor deficits และ disruption of the prefrontal cortex neuronal inhibitory function ซึ่งทำให้สูญเสียการควบคุมพฤติกรรมเช่น ตื่นหนัก ขาดความยับยั้งชั่งใจ เอะอะอาละวาด นอกจากนี้ยังพบ ubiquitin protein degradation pathways and calcium ion binding pathways ผิดปกติมากกว่าบริเวณ PFC และ lateral parietal ผู้หญิงมีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย แต่ผลกระทบจากสุรามีมากกว่า เช่น โรคตับแข็ง โรคหัวใจโต peripheral neuropathy, brain damage เกิดมากกว่าผู้ชายแม้ว่าจะดื่มเพียงไม่กี่ปีภาวะโรคร่วมในผู้หญิงมักพบ eating disorders, panic disorder, posttraumatic stress disorder (PTSD) depression และ fetal alcohol syndrome

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง

จากรายงานการทบทวนองค์ความรู้กล่าวว่า (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

1. อายุมากกว่า 30 ปี
2. มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้วต่อวัน คิดเป็นเหล้าขาวมากกว่า 1/2 ขวดต่อวัน
3. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
4. เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่ง (Delirium Tremens; DTs)
5. เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน
6. มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
7. จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน
8. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
9. ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
10. มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
11. ซีพีจีสูงเกิน 100 ครั้งต่ออาทิตย์

### 3.4 กลุ่มอาการเนื่องจากภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Syndrome)

ชูต และวีดิเบค (Schultz & Videbeck, 2005) ได้กล่าวถึงลักษณะอาการทางจิตเวชในภาวะถอนพิษจากการดื่มสุรามานานสามารถทำให้เกิดกลุ่มอาการหรือลักษณะหลายอย่างเช่นมีการทำงานมากกว่าปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ และประสาทหลอนเกิดขึ้นได้ดังนี้

ภายใน 6-24 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการของระบบประสาทอัตโนมัติมากเกินไป (autonomic hyperactivity) ที่เกิดขึ้นคือ อาการสั่น (tremor) นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย (agitation) วิตกกังวล (anxiety) ในกรณีที่รุนแรงผู้ป่วยอาจมีอาการชักทั้งตัวได้

ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้ายผู้ป่วยอาจมีภาวะถอนพิษสุราอย่างรุนแรงและมีอาการหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) ที่ชัดเจนร่วมด้วย

ภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้ายผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะเพ้อสับสนจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal delirium) หรือสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) ระยะนี้

ผู้ป่วยจะไม่รู้สภาพแวดล้อม (disorientation) สับสน (confusion) เสื่อมเสียความรู้สึกตัว (impaired consciousness) และมีการนอนผิดปกติ (disturbed sleep)

พิชัย แสงชาญชัย (2547) ได้แบ่งอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราดังนี้คือ

ภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิดกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ระบบประสาทตื่นตัว โดยเฉพาะระบบประสาทอัตโนมัติ วิตกกังวล ตื่นเต้น ตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง

ภายใน 8-12 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย มีอาการทางจิต ประสาทหลอน ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง อาจมีเพียงการแปลผลทางประสาทรับรู้ผิดปกติ ผู้ป่วยอาจเห็นแสงสว่างมากกว่าปกติ ได้ยินเสียงดังกว่าปกติ ในรายที่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ประสาทหลอนที่เกิดขึ้นมักเป็นทางตา ทางการได้ยิน ทางสัมผัสผิวหนัง ผู้ป่วยมักเห็นภาพหลอนเป็นสัตว์ หูแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงที่มีความหมายหรือไม่มีความหมายก็ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการประสาทหลอนทางสัมผัสผิวหนังว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่

ภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย มักเกิดอาการชักชนิดเกรนมาล โอกาสในการเกิดอาการชักครั้งที่สองในช่วง 6-12 ชั่วโมงถัดมาเท่ากับ 25% ผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่า 3% เกิดการชักอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการชัก ได้แก่ ประวัติเคยเกิดอาการชักจากการถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนจากยาคลายเครียดหรือยานอนหลับร่วมด้วย ผู้ป่วยมีประวัติถอนพิษสุรามามากแล้วหลายครั้ง หากเกิดอาการชักแล้ว ผู้ป่วยมักมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสมองสับสน หรือสับสนเพื่อคลั่งตามมา

ภายใน 72-96 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ปกติในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราที่ไม่รุนแรง มักจะมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมากที่สุดในช่วง 24-36 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้ายต่อมาค่อยๆมี อาการดีขึ้น หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นหลังจากระยะเวลาดังกล่าว ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราก็มักเพิ่มขึ้นจนถึงขั้นภาวะสมองสับสนหรือ สับสนเพื่อคลั่ง ผู้ป่วยมักเริ่มต้นมีอาการสมองสับสน ในช่วง 72-96 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการอาจอยู่ได้นานหลายวัน โดยเฉลี่ยประมาณ 2-3 วัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสับสนเพื่อคลั่งได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัม อาการที่สำคัญได้แก่

1. ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวมากผิดปกติ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้
2. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเองได้จากการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้ขาดสารน้ำ และเกลือแร่มากขึ้น
3. วงจรการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยมักนอนมากในเวลากลางวัน และไม่นอนในเวลากลางคืน
4. สมองสับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล ผู้ป่วยมักคิดว่าอยู่ที่อื่นไม่ใช่โรงพยาบาล
5. อาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และแยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

จากการทบทวนบทความ พบว่าความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ สามารถสรุปได้ดังนี้ (ตำราการพยาบาลยาเสพติด, 2544)

กลุ่มอาการเนื่องจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่ม หรือการลดการดื่มกระทันหันหลังจากดื่มติดต่อกันมานานระยะเวลาหนึ่ง

การเกิดอาการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของปริมาณสุราในร่างกายมากกว่าปริมาณของสุราในร่างกายขณะเกิดอาการ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความรุนแรงและช่วงเวลาที่เกิดอาการ

1. ภาวะถอนพิษสุรา (Uncomplicated alcohol withdrawal) อาการที่พบแรกสุดและบ่อยที่สุดได้แก่ อาการตัวสั่น มือสั่น ร่วมกับมีอาการมึนงง หงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดหลังจากการหยุดดื่มหรือลดปริมาณดื่มลงได้ไม่กี่ชั่วโมงมีโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราขึ้นพบบ่อยๆ โดยจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลงแล้วอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการจะเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการสั่นนี้จะเห็นได้ชัด อัตราการสั่น 5-7 ครั้งต่อวินาที การสั่นมากขึ้นเมื่อ Hawker & Oxford (1998) ได้อธิบายแนวคิด “Kindling Process” ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการสั่นนี้จะเห็นได้ชัด อัตราการสั่น 5-7 ครั้งต่อวินาที การสั่นมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือเครียด ถ้าให้เหยียดแขนหรือแลบลิ้นจะยิ่งเห็นชัด อาการอื่นๆ ที่พบในระยษะนี้ได้แก่ อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดศีรษะ วิดกกังวล ซึมหดหู่หรือหงุดหงิด นอนหลับๆ ตื่นๆ มี Autonomic Hyperactivity เช่น ซีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตสูงขึ้นและบางคนอาจมีอาการประสาทหลอนซึ่งมีลักษณะไม่ชัดเจนและจะเป็นอยู่ไม่นาน อาการเหล่านี้จะรุนแรงมากสุดในช่วง 24-48 ชั่วโมง แล้วค่อยลดลงเป็นปกติภายใน 5-7 วันแต่จะมีอาการมึนงง หงุดหงิดง่าย นอนไม่คอยหลับได้ถึง 10 วัน หรือนานกว่านั้น

2. ภาวะชักจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal seizure) พบได้ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราทั้งหมดและพบมากขึ้นในผู้ที่ดื่มสุรามานานหลายปี ประมาณร้อยละ 28 จะมีอาการชักนำมาก่อนการเกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา โดยมีโอกาสเกิดมากที่สุดในช่วง 12-24 ชั่วโมง หลังการชักครั้งแรกลักษณะการชักโดยมากจะเป็น Generalized seizure การชักแบบกระตุ้นเกร็งทั้งตัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ซึ่งจะเกิด 2-6 ครั้ง Status epilepticus พบได้น้อย อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยกว่า 3%ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา เช่น Head injuries CNS neoplasm และประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีอาการชักจะเกิดอาการ Alcohol withdrawal delirium neoplasm ต่อไปและเมื่อเกิดอาการ delirium แล้วพบน้อยมากจะเกิดอาการชักอีก

3. ภาวะประสาทหลอนจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Hallucinosi) โดยากเริ่มมีอาการภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มลักษณะอาการเด่นจะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดชมเชยผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว กระสับกระส่าย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นเช่นภาพหลอนพบได้น้อย แยกจากอาการ delirium โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ เพ้อ งุนงง สับสน หรือหลงลืม โดยทั่วไปจะมีอาการอยู่ไม่นาน เป็นเพียงชั่วโมง ถึงหลายวัน ซึ่งผู้ป่วยจะค่อยๆ รู้ตัวว่าเสียงที่ได้ยินนั้นไม่จริงมีอยู่ส่วนน้อยที่อาการไม่หายเป็นปกติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการนานเกินกว่า เดือน

4. ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน Alcohol withdrawal delirium (delirium tremens) อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุราได้ 2-3 วัน และมีความเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคติดเชื้อ อาการ delirium มักเริ่มเป็นตอนเย็นหรือกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอนเห็นคนมาทำร้าย เห็นตำรวจมาจับ หรือรู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัว บางครั้งมีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูด เสียงข่มขู่มีท่าทางหวาดกลัว บางครั้งพูดฟังไม่เข้าใจ ร้องตระโกนหรือหลบซ่อนตัว อาการจะเป็นตลอดทั้งคืน แต่จะทุเลาในช่วงเช้า และจะปกติในตอนบ่ายซึ่งเป็นการแกว่งไกวของอาการ(fluctuation) ญาติคิดว่าหายดีแล้ว แต่พอตกเย็นผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็นในกลุ่มอาการแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน พบว่าร้อยละ 70-80 มีอาการน้อย ร้อยละ 15-20 มีอาการปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 5-6 เท่านั้นที่มีอาการรุนแรงถึงขั้น Delirium Tremens ซึ่งอาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษาและมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ภาวะสับสนมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพื่อสับสน หูแว่ว ระวังจะรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่บางรายอาจมีอาการถือเป็นความสำคัญ เนื่องจากมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 30 ผู้ป่วยภาวะ Delirium Tremens มักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายได้ง่ายจากอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมากทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำ ได้ง่ายและมี electrolyte imbalance ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดคิดหรืออาจทำไปเพราะอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด อาการ Delirium นี้เป็นไม่นาน ส่วนใหญ่จะมีอาการมากอยู่ประมาณ 3 วัน แล้วค่อยๆทุเลา ในระยะที่มีอาการอยู่นานพบว่าเกิดจากปัจจัยเสริมจากภาวะความผิดปกติทางร่างกายอื่นๆ อัตราการตายเดิมประมาณร้อยละ 15 แต่ปัจจุบัน เหลือเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้น (ตำราการพยาบาลยาเสพติด, 2544)

จากการทบทวนบทความอาการขาดสุราได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราดังตารางที่ 1 (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2553) ดังนี้

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย
<p><b>ระดับเล็กน้อยหรือระยะที่1</b> พบว่า</p> <p>มือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ฝะอืดผะอม อาเจียนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ</p>	6- 36 ชั่วโมง
<p><b>ระดับปานกลางถึงรุนแรงหรือระยะที่2</b></p> <p>มีอาการกระวน กระวาย กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความดันโลหิตสูงขึ้นมา ซ้ำพจร &gt;120ครั้ง/นาที ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล</p>	24-72 ชั่วโมง
<p><b>อาการชักจากการขาดสุรา</b></p> <p>มีลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย หหมดสติ พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย</p>	6-48 ชั่วโมง
<p><b>อาการประสาทหลอนจากอาการขาดสุรา</b> โดยผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ว่าความจริง</p>	12-48 ชั่วโมง
<p><b>ระดับความรุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่ง(Delirium Tremens)</b></p> <p>มีอาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา มือสั่น ตัวสั่นมาก สับสนไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ซ้ำพจรเต้นเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว</p>	48-92 ชั่วโมง

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของสารสื่อประสาทต่างๆ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 2 ระบบใหญ่ ระบบแรกทำหน้าที่ยับยั้ง ซึ่งพบว่ามีการทำงานลดลง โดยมี Gamma Amino Butyric Acid (gaba) และ -2 -Adrenergic Activity ลดลง ส่วนระบบที่สองทำหน้าที่กระตุ้นนั้น พบว่ามีการทำงานเพิ่มขึ้นซึ่งส่วนที่สำคัญคือ มี N-methy-D-aspartate เพิ่มขึ้น จากการลดลงของ Magnesium ทำให้เกิดภาวะ Hyperexcitability นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ติดตามมา เช่นมี Catecholamine และ Corticotropin หลังออกม

ภาวะ Hyperexcitability นี้ยังอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระดับ cell Membrane โดยพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราจะมีปริมาณ Calcium channel เพิ่มขึ้นกว่าเดิม จากการศึกษาพบว่า Calcium channel Blocker สามารถลดอาการ withdrawal ได้

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการ Withdrawal อยู่เสมอทำให้บางส่วนของสมองอยู่ในภาวะถูกกระตุ้นอยู่เรื่อยๆ โดยเฉพาะบริเวณ limbic ภาวะ Hyperexcitability นี้จะถูกผสมมากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งทำให้เกิด Alcohol withdrawal seizure และ Delirium เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา

### 3.5. การประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา

จากรายงานการทบทวนของแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาคาบริโกลสุราแบบบูรณาการ(ผรส),2553 ภาวะถอนพิษสุรา เป็นอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลาหลายปี และดื่มในปริมาณมาก เมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ จะมีอาการมือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวลกระวนกระวาย อาจมีอาการประสาทหลอน อาการอื่นในบางราย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ในรายที่มีอาการรุนแรงมากพบว่ามีอาการสับสน เรื่องบุคคล เวลา สถานที่ ร่วมกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่เรียกว่า Delirium Tremens ซึ่งประโยชน์จากการประเมินภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่

3.5.1 การประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถประเมิน setting ในการรักษาที่เหมาะสม

3.5.2 ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเพื่อช่วยในการวางแผนและติดตามการรักษา

3.5.3 การประเมิน baseline และการประเมินต่อเนื่อง เพราะภาวะถอนพิษสุราจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาหลังการดื่มสุรา ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราตั้งแต่แรกเริ่มและให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันทีจึงจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้

การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรามีความจำเป็นต้องทำอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยที่ติดสุราเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจมีผลต่อชีวิตผู้ป่วยได้ ซึ่งสามารถวัดระดับความรุนแรงของอาการที่ถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐาน (อภิชาติ ดำรงชัย, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, สุรเชษฐ ผ่องธัญญา,และกนิษฐพจน์ เจริญภักดี, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ควรมีการประเมินดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2549: ผการัตน์ ถาวรวงศ์, แวดาว วงศ์สุรประภิต, สุมิตรรา ศร



สุพรรณ, และสุนทร ศรีโกศัย, 2548; Alcoholic's Anonymous, 2006; NSW Health Department, 2000)

1. การชักประวัติ โดยการถามประวัติในอดีตทั่วไป ประวัติการดื่มในอดีตที่เพิ่งผ่านมาเร็วๆนี้ ความถี่ ปริมาณการดื่ม และการดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และประวัติการชัก อาการประสาทหลอน หรือเพ้อสับสน ประวัติการเข้ารับการรักษา ประวัติการใช้ยาต่างๆ เช่นยานอนหลับร่วม ซึ่งอาจทำให้มีภาวะเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง และต้องใช้ยา Benzodiazepines ในการรักษามากขึ้น รวมถึงมีระยะถอนพิษสุราที่ยาวนาน นอกจากนี้การซักถามถึงชนิดของสุรา ระยะเวลาในการดื่ม ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ประวัติการบาดเจ็บร่างกาย

2. การประเมินทางด้านร่างกาย โดยวัดสัญญาณชีพ อาการที่บ่งถึงการดื่มสุราเรื้อรังเช่นตาแดง หน้าบวม โรคทางกายที่พบเช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ท้องเสีย โรคตับ ที่อาการท้องมานน้ำ ตัวตาเหลืองหรือตับอ่อนอักเสบ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เส้นประสาทอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ รอยช้ำตามตัว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory test) จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของตับได้แก่การหา serum GGT เพื่อดูความผิดปกติของตับและการทำงานของตับที่สูงขึ้น ซึ่งจะบ่งบอกถึงการดื่มสุราในปริมาณมากเกินไป

4. การประเมินทางด้านจิตใจ โดยประเมินด้านสมาธิ ความจำ การรับรู้ เวลาสถานที่และบุคคล อารมณ์ความคิด การรับรู้ การตัดสินใจ การหยั่งรู้ในตนเอง แรงจูงใจในการเลิกสุราและโรคร่วมทางจิตเวช

5. การประเมินทางด้านสังคม เช่นสัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง การมีปัญหาในที่ทำงานหรือตงาน ภาวะเศรษฐกิจ กิจการประกอบอาชีพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

6. การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มนี้ เพื่อมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายถึงชีวิตจากภาวะถอนพิษสุรา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการประเมิน โดยใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุราที่สามารถวัดระดับความรุนแรงของอาการที่ถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐาน

### 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะถอนพิษสุรา

The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)

การประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือที่ เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาและการติดตามในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวังติดตามภาวะถอนพิษสุรา

ผลการทบทวนบทความพบว่า มีการใช้ CIWA-Ar ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาถือเป็น gold standard โดยการใช้เครื่องมือเหล่านี้มีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือ คะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อนไม่ควรจะยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจ

ทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญเครื่องมือเหล่านี้มิใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรค(พันธ์ นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์,2553)

Sullivan et al. (1989 อ้างใน พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และอัญชลี ดำรงไชย) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินภาวะถอนพิษสุราโดยพบว่า The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประเมินที่น่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงดี เป็นแบบที่สามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และรวดเร็ว โดยใช้เวลาประเมินอาการในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งมีประโยชน์ในทางคลินิกสำหรับประเมินภาวะถอนพิษสุรา และสามารถใช้วัดการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ประโยชน์สำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการถอนพิษสุรา นอกจากนี้ยังมีประโยชน์สำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งความเที่ยงตรงและความเชื่อถือของแบบ CIWA-Ar ได้มาจากผู้รักษาที่มีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการ alcohol withdrawal syndrome โดยใช้คำถาม 10 ข้อที่ใช้มีรายละเอียดของอาการต่างๆดังนี้ คือ 1.คลื่นไส้อาเจียน(nausea and vomiting) 2.ความผิดปกติด้านการสัมผัส( tactile disturbances) 3.มือสั่น(tremor) 4.ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง (auditory disturbances) 5.เหงื่อออก (paroxysmal sweats). 6.ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ (visual disturbances) 7.วิตกกังวล (anxiety) 8.อาการปวดศีรษะ (headache, fullness in head) 9.กระวนกระวาย (agitation) 10.และความผิดปกติด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation and clouding of sensorium) โดยมีการให้คะแนน ในแต่ละข้อคำถามตั้งแต่ 0-7 คะแนน ยกเว้นในเรื่องของความผิดปกติด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 (คะแนน 0 คือไม่มีอาการในข้อนั้นหรือไม่มีอาการผิดปกติในข้อคำถาม สำหรับคะแนน 7 คือมีอาการรุนแรงมากที่สุดหรือมีอาการผิดปกติตลอดเวลา)

แบบประเมิน CIWA-Ar เป็นที่ยอมรับของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา แบบประเมินนี้ประโยชน์ในการประเมินอาการและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

Sullivan et al, 1989 ยังให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าคะแนนของ CIWA-Ar น้อยกว่า 10 คะแนน ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ยาในการรักษาให้การรักษแบบประคับประคองตามอาการเพียงอย่างเดียวก็ได้ผลดี อย่างไรก็ตามพบว่ายาสามารถป้องกันได้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลได้ แพทย์ผู้รักษาอาจจะตัดสินใจให้ยาในคนที่มีคะแนน CIWA-Ar 10-20 คะแนน อาการขาดสุราระดับน้อยมาก(CIWA-Ar=1-9 ) ไม่จำเป็นต้องให้ยา ภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลาง (CIWA-Ar=10-14) การรักษาด้วยยาช่วยลดโอกาสภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง ภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรง(CIWA-Ar=15-18 )ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดอาการขาดสุราระดับรุนแรงมาก(CIWA-Ar->-19 )ต้องได้รับยาขนาดสูงเพื่อสงบอาการอย่างรวดเร็ว ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในการประเมินภาวะถอนพิษสุราในเวลาไม่กี่นาที การประเมินอาการซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม จะสามารถวัดการตอบสนองต่อการรักษา และช่วยในการตัดสินใจในระยะต่อไป นอกจากนี้แบบประเมินนี้ยังประโยชน์ในการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

DON ET AL, (1995) กล่าวถึงการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุร่าว่า เครื่องมือและแบบประเมินอาการเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยแพทย์ตัดสินใจให้ยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา THE

CIWA-Ar SCAL SCALE เป็นแบบง่าย ๆ มีความเที่ยงตรง และความน่าเชื่อถือสูง ซึ่งมี 10 ข้อ คำถาม แต่ละข้อมีคะแนน 0-7 ยกเว้นเรื่องของการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล มีคะแนน 0-4 ถ้าผลรวมของคะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน ไม่จำเป็นต้องให้ยาในการรักษา สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ถ้าผลรวมคะแนนมากกว่า 10 คะแนนขึ้นไป ต้องให้ยาในการรักษา ในคนที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง มักมีคะแนนมากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป ซึ่งการใช้ THE CIWA-Ar SCALE จะสามารถช่วยผู้ให้รักษาตัดสินใจได้ ให้การรักษาอย่างเหมาะสม การประเมินภาวะถอนพิษสุราจะประเมินทุก 1-4 ชั่วโมงใน 3 วันแรก เพื่อดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

สรุป แบบประเมินภาวะถอนพิษสุราที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ The revised clinical institute withdrawal assesment for alcohol scale (CIWA-Ar) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความเที่ยงตรง มีความเชื่อถือได้ สามารถใช้โดยแพทย์ พยาบาลที่ผ่านการฝึกการใช้ในการให้คะแนนแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีประโยชน์ในการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ใช้ติดตามการดำเนินของอาการ การศึกษาวิจัยเรื่องยาที่ใช้ในการรักษา และการตอบสนองต่อยาในการรักษาผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา(พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และอัญชลี ดำรงไชย, 2553)

### 3.7 การวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา

จากรายงานการทบทวนของแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(พรส),2553 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราตาม DSM-IV ภายหลังจากหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราหลังจากมีการดื่มหนักอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานแล้วมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ

- 1) ความดันสูง ชีพจรเร็ว ไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก
- 2) มือสั่น
- 3) นอนไม่หลับ ผื่นร้าย
- 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- 5) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่
- 6) ประสาทหลอน หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่
- 7) วิดกกังวล กลัว
- 8) ชักทั้งตัว (GRAND SEIZURE)

จากรายงานการทบทวนบทความเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา (Acohol withdrawal) ตาม DSM-IV(ตำราจิตเวชศาสตร์ การเสพติดสารเสพติด,พิษัย แสงชาญชัยและคณะ 2549) มีดังนี้

A. มีการดื่มหรือ (ลดการดื่ม) แอลกอฮอล์หลังจากใช้อย่างมากเป็นเวลานาน

B. มีอาการต่อไปนี้ 2ข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึง 2ถึง 3วันหลังจากเกณฑ์ในข้อ A

1) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออก ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที)

2) มือสั่นมากขึ้น

3) นอนไม่หลับ

- 4) คลื่นไส้หรือ อาเจียน  
 5) หูแว่ว ภาพหลอน สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพของผิดจากความเป็นจริง  
 ชั่วคราว
- 6) กระวนกระวายหรือกระสับกระส่าย  
 7) วิดกกังวล  
 8) ชักทั้งตัว

C. อาการตามเกณฑ์ข้อ B. ก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือ กิจกรรมด้านสังคม การงานหรือด้านอื่นๆที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่า  
 เกณฑ์การวินิจฉัย (Acohol withdrawal delirium) ตาม DSM-IV

A. อาการผิดปกติระดับความรู้สึกตัว (เช่นความชัดเจนในการรับรู้ภาวะรอบตัวลดลง) ร่วมกับความสามารในการมุ่ง การคง หรือการเปลี่ยนความสนใจลดลง

B. มีการเปลี่ยนแปลงในด้าน COGNITIVEของสมองเช่น ความทรงจำบกพร่อง สับสนด้านเวลา สถานที่และบุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ หรือการรับรู้ผิดปกติ ที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นอยู่ หรือกำลังเสื่อมลงได้ดีกว่า

C. ความผิดปกตินั้นเกิดขึ้นภายในเวลาเพียงสั้นๆ (มักเป็นช่วงไม่กี่ชั่วโมงไม่กี่วัน) และมักเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน

D. มีหลักฐานประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการตามเกณฑ์ Aหรือ B เกิดระหว่างหรือหลังจากภาวะถอนพิษสุราจะมีอาการและอาการแสดงใน 6-24 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์และอาจเกิดภาวะ Acohol withdrawal deliriumซึ่งเรียกว่าDelirium Tremens (DTs) รวมถึงอาการชักมักเกิดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์แต่อาจเกิด 72 ชั่วโมงก็ได้

### 3.8 การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษสุรา

จากรายงานการทบทวนบทความการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (ตำราการพยาบาลยาเสพติด, 2544)

#### 3.8.1 การรักษาผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุรา

ภาวะถอนพิษสุราระยะที่1 หรือเล็กน้อยเกิดได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงไปจนถึง36 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายระยะนี้อาการไม่รุนแรง

การรักษา อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาสงบภาวะถอนพิษสุรา สามารถให้การักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดยการให้Education แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเน้นการประเมินภาวะของโรคทางกายที่พบร่วมและการรักษาแบบประคับประคองหากจำเป็นต้องให้ยาพิจารณาให้ยาเวลามีอาการ

ภาวะถอนพิษสุราระยะที่2หรือปานกลางถึงรุนแรง เกิดในช่วง24-72ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายอาการจะรุนแรงขึ้น

การรักษา ระยะนี้อาจต้องพิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เน้นการประเมินภาวะถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนและมีญาติผู้ดูแลก็สามารถให้การักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ให้ยาสงบภาวะถอนพิษสุราแบบปรับประทานเป็นตารางกำหนดหรือปรับประทานเฉพาะมีอาการมากขึ้น

ภาวะถอนพิษสุราระยะที่3หรือรุนแรงเพื่อคลั่ง(Delirium )เกิดในช่วง48-96 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้ายระยะนี้อาการแรงมาก

การรักษา ระยะนี้ต้องรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น เพราะถือเป็นภาวะแทรกซ้อน รุนแรงแล้ว เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอาการเพื่อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทาง กาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆเช่นติดเชื้อ บาดเจ็บ ทางสมอง ขาดน้ำ กลือแร่ และวิตามิน ผู้ป่วยต้องได้รับ การรักษาเพื่อสงบอาการโดยเร็ว ดังนี้

1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นการติดเชื้อ อุบัติเหตุ metabolic disturbances รับประทานยาเกินขนาด hepatic failure เลือดออกในกระเพาะอาหาร อาจต้อง ตรวจเพิ่มเติม เช่น CT brain หรือเจาะตรวจไขสันหลัง (lumbar puncture)

2.) ควบคุมอาการหรือให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยให้ยากลุ่ม benzodiazepine ควบคุมpsychomotor agitation และป้องกันภาวะถอนพิษสุรา รุนแรง การดูแล แบบประคับประคอง ได้แก่

2.1) ให้น้ำเกลือ ให้อาหารเสริมวิตามินเกลือแร่

2.2) ประเมินอาการเป็นระยะๆ

2.3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เงียบสงบ ปลอดภัย

2.4) มีอุปกรณ์ผูกมัดตรึงชั่วคราวเมื่อจำเป็น และอาการสงบให้เลิกมัดตรึง เพราะถ้าผูกมัดนานเกินไป ผู้ป่วยตื่นมากมีผลทำให้เกิดไข้สูง และเกิด rhabdomyolysis

2.5) ชดเชยตามปริมาณที่ขาด โดยให้ isotonic IV fluid

2.6) ให้ thiamine 100 mg IV หรือ IM และ glucose

2.7) ให้ multivitamine, folate, potassium, magnesium, phosphate ในวันแรกที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ให้อาหารให้ NPO ไว้ก่อนเพื่อป้องกัน aspiration และวันต่อมาค่อยให้อาหารที่ high metabolic needs

3) benzodiazepine ควรให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและประเมิน CIWA-Ar ได้มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป

3.1) ให้ diazepam 5-10 mg IV ซ้ำได้ทุก 5-10 นาที หรือ ให้ lorazepam 2-4 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการจะสงบหรืออาการ delirium หายไป แต่ต้องระวัง aspiration

3.2) ในรายที่อาการรุนแรงอาจใช้ยาขนาดสูง (diazepam >500 mg) เพื่อ ควบคุมอาการให้ได้

3.3) รูปแบบการให้ยาเข้าเส้นเลือดดำ เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการชักจาก ภาวะถอนพิษสุราและ DTs เพราะออกฤทธิ์เร็วยาได้ระดับสูงตามต้องการ

4) การจัดการและการติดตามผลด้วยการใช้ CIWA-Ar มีหัวข้อทั้งหมด 10 อาการคือ 1.คลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting) 2.มือสั่น (tremor) 3.เหงื่อออก (paroxysmal sweats) 4.วิตกกังวล (anxiety) 5.กระวนกระวาย (agitation). 6. ความผิดปกติด้านการสัมผัส (tactile disturbances) 7. ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง (auditory disturbances) 8. ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ (visual disturbances) 9. อาการปวดศีรษะ (headache, fullness in head) 10.

และความผิดปกติด้านการรับรู้เวลาสถานที่บุคคล (orientation and clouding of sensorium) แบ่งคะแนน CIWA-Ar เป็น 4 ระดับ คือ very mild withdrawal มีคะแนน 1-9 mild withdrawal คะแนน 0-14 modest withdrawal คะแนน 15-18 และ severe withdrawal มีคะแนนมากกว่า 19 ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงและได้ยา IV ให้ประเมิน CIWA-Ar ทุก 10-15 นาที ควรเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดโดยติดตาม ซีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ ความดันโลหิต ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตไลต์ และ neurological signs ประเมินอาการสงบเปลี่ยนเป็นยา รับประทานพร้อมประเมิน CIWA-Ar ทุกชั่วโมงจนค่าคะแนนเพิ่มขึ้นและให้เสริมยาระหว่างมื้อ จนกระทั่งมีภาวะถอนพิษเล็กน้อยจนถึงประเมินทุก 4-6 ชั่วโมง

5) refractory delirium tremens หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับ benzodiazepine ขนาดสูงเช่น diazepam 50 mg หรือ lorazepam 10 mg ในชั่วโมงแรกหรือ diazepam 200 mg หรือ lorazepam 40 mg ในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรกแล้วอาการดีขึ้นอาจเป็นเพราะ endogenous GABA มีน้อย ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของ GABA-A receptors ยาที่เหมาะสมคือ barbiturates โดยเฉพาะ phenobarbital 130-260 mg IV เข้าได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบ ให้ร่วมกับ benzodiazepine เนื่องจากกลไกออกฤทธิ์ของยาทั้งสองออกฤทธิ์เสริมกันคือ Benzodiazepine ช่วยเพิ่มความถี่ของการเปิด GABA chloride channel ส่วน barbiturates ช่วยเพิ่มระยะเวลาการเปิด GABA chloride channel

6) ยาที่อาจใช้เป็นทางเลือกในการสงบภาวะถอนพิษสุรา (alternative agent) ได้แก่ haloperidol, carbamazepine, clonidine, propranolol, baclofen. ใช้กรณีภาวะถอนพิษสุราเล็กน้อย ในการลดความเสี่ยงต่อการชักหรือการเกิด DTs ยา baclofen เป็น selective agonist ของ GABA-A receptors ใช้รักษาอาการกล้ามเนื้อเกร็งมีงานวิจัยเกี่ยวกับยานี้ช่วยรักษาภาวะถอนพิษสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กระบวนการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน เหมาะสำหรับผู้ป่วยถอนพิษสุราระดับรุนแรง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs หรือชักจากภาวะถอนพิษสุรา แนวทางในการดูแลรักษามีดังนี้

อาการ alcohol withdrawal ที่ไม่รุนแรงนั้น แม้จะไม่ให้การรักษาด้วยยา อาการ ก็ทุเลาลงเองได้ บางการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ยังไม่มีปัจจัยใดที่จะช่วยบ่งว่า ผู้ป่วยรายใด ที่จะเกิดอาการรุนแรงซึ่งต้องให้ยาป้องกัน ความถี่บ่อยหรือปริมาณของการดื่มสุรา หรือระดับ enzyme aminotransferase นั้น ไม่ได้ช่วยในการบอกระดับความรุนแรงของอาการ ที่พอทราบ ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ ของ delirium tremens จะมีโอกาสเกิดได้ในการหยุดสุรา ครั้งต่อไป

ผู้ป่วย alcohol withdrawal ธรรมดา นั้นไม่มีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษา ในโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมี organic brain syndrome, Wernicke's encephalopathy, dehydration, history of trauma, neurologic symptoms, medical complication, delirium tremens, alcohol seizure หรือ alcohol hallucinosis

## 1. การรักษาทั่วไป

จากการทบทวน มาโนช หล่อตระกูล ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์มักพบการขาดสารอาหารร่วมด้วย โดยเฉพาะ thiamine B12 และ folic acid ในผู้ป่วย ที่การตรวจ ยังไม่สอดคล้องภาวะขาดอาหารการให้กิน thiamine 100 มก และ folic acid 1 มกร่วมกับวิตามินรวม และ . สารอาหารอื่น ๆ ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลก็เพียงพอแก่การป้องกันการเกิด Wernicke-Korsakoff's syndrome ในผู้ป่วย ที่ขาดอาหารอย่างมากรุนแรง ควรให้ thiamine 100-200 มกฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และฉีดต่อไปวันละ 100 มก นานประมาณ .5 วัน ในรายที่ต้องให้ glucose ควรฉีด thiamine ก่อน เนื่องจากในกระบวนการ glucose metabolism นั้น จะมีการใช้ thiamine เป็น cofactor ที่สำคัญ ทำให้ thiamine ในพลาสมาจึงต่ำมากขึ้นในรายที่อาการ withdrawal ไม่มากนัก ผู้ป่วยมักไม่มีภาวะ dehydration การให้เกลือแร่ทดแทน โดยการรับประทาน ก็เพียงพอ การให้สารเกลือแร่ทดแทนโดยเข้าเส้นควรระวัง โดยเฉพาะรายที่อาการรุนแรง มีไข้สูงเหงื่อออกมาก หรือมี autonomic hyperarousal มาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคพิษสุรา มักมีปัญหาในการกำจัดน้ำออกจากร่างกาย จากการที่มี vasopressin และ aldosterone สูงรวมทั้งมีแนวโน้มของการเกิด cerebral edema ได้ง่ายกว่าคนทั่วไปด้วย ภาวะ hypomagnesemia และ hypokalemia อาจพบร่วมได้ ซึ่งทำให้เกิด cardiac arrhythmia ได้ รวมถึงระดับของ zinc และ phosphate หากต่ำควรแก้ไข

วัตถุประสงค์ของการใช้ยาได้แก่ เพื่อลดอาการ withdrawal และ เพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติแทรกซ้อน เช่น seizure หรือ delirium ให้ยาโดยมุ่งให้ผู้ป่วยอาการสงบไม่วุ่นวาย อาการ autonomic hyperarousal ลดลง แต่ก็ไม่มากจนผู้ป่วยง่วงซึมตลอดเวลา

## 2. การรักษาด้วยยา

2.1 Uncomplicated alcohol withdrawal ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ benzodiazepine เป็นตัวยาหลัก ในการรักษา เนื่องจากมี cross-tolerance กับ alcohol ซึ่งเป็น การที่ alcohol เป็น GABA-facilitatory ใน GABA-benzodiazepine receptor complex นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ anticonvulsant และสามารถป้องกันการเกิด delirium ได้ ประสิทธิภาพในการรักษาอาการ alcohol withdrawal ของ benzodiazepine แต่ละตัวนั้น พบว่า ไม่ต่างกัน ขนาดที่ equivalent ตัวที่นิยมใช้ได้แก่ diazepam และ chlordiazepoxide เนื่องจาก มีค่าครึ่งชีวิตยาว ทำให้การลดลงของระดับยาค่อนข้างสม่ำเสมอ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคตับที่ทำให้ การเมตาโบไลต์ยาเสียไปมาก ควรใช้ lorazepam แทน เนื่องจากร่างกายขจัดโดยการ conjugate ที่ตับ ไม่ได้ผ่านการเมตาโบไลต์ ซึ่งหน้าที่ในการ conjugate นี้จะยังคงอยู่แม้ตับจะเสื่อมไปมาก ขนาดในการรักษาจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและความรุนแรงของอาการ โดยทั่วไป ให้การรักษาด้วย chlordiazepoxide ขนาด 25-50 มก.วันละ 4 เวลาในวันแรก ปรับขนาด โดยให้ผู้ป่วยไม่ง่วงมากเกินไปในตอนกลางวัน และกลางคืนนอนหลับได้ดี อาจนัดติดตามการรักษาทุก 2-3 วันในช่วงแรก เมื่อผู้ป่วยอาการดีแล้ว จึงค่อยลดขนาดยาลง โดยลดขนาด benzodiazepine ลงร้อยละ 20 ของขนาดในครั้งแรกทุก 1-2 วันจนหยุดยา ในกรณีของผู้ป่วยใน การลดขนาดยาจะทำได้เร็วกว่า และ benzodiazepine ที่ใช้หากมีค่าครึ่งชีวิตยาว การลดขนาดยาในแต่ละวันนิยมลด โดยการเพิ่มระยะเวลาห่างมือ

Beta blocker ในช่วงหลังได้มีการนำเอา beta blocker มาใช้ในการรักษาอาการ alcohol withdrawal เนื่องจากเห็นว่าอาการของผู้ป่วยแสดงถึง การมี catecholamine มาก และแม้ว่า benzodiazepine จะสามารถ รักษาอาการ withdrawal ได้ แต่ก็ไม่ได้มีผลในการลดอาการจาก norepinephrine โดยตรง ยาที่ใช้ได้แก่ propranolol ขนาด 10-40 มก. ทุก 6 ชั่วโมง หรือ atenolol ขนาด 50-100 มก. ต่อวัน พบว่าอาการดีขึ้นเร็ว โดยเฉพาะ อาการสั่น และอาการด้าน autonomic อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่อาการไม่มาก นอกจากนั้น beta blocker ไม่สามารถป้องกันการเกิด seizure หรือ delirium จึงควรให้ร่วมกับ benzodiazepine ในการรักษา ในสถานบำบัดบางแห่งใช้ beta blocker ร่วมกับ benzodiazepine เป็นการรักษามาตรฐาน เนื่องจากปริมาณ benzodiazepine ที่ใช้ในผู้ป่วยน้อยกว่า ทำให้มีอาการง่วงและมึนงงน้อยลง ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มได้เร็วขึ้น

alpha-2 adrenergic receptor agonist ในผู้ป่วย alcohol withdrawal นั้น เซลล์บริเวณ locus ceruleus มีการทำงานมากเกินไป ทำให้มีปริมาณ norepinephrine สูง clonidine ซึ่งเป็น alpha-2 adrenergic receptor agonist นั้นจะไปช่วยลด norepinephrine โดยไปจับกับ receptor แทน ขนาดที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ 0.6 มก.ต่อวัน แบ่งให้วันละ 4 เวลา ผู้ป่วยจะมี อาการแสดงชีพ อาการกังวลหรือกระสับกระส่าย กลับสู่ปกติได้เร็ว จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าได้ผลดีพอ ๆ กับ chlordiazepoxide อาการข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ hypotension

2.2 Alcohol withdrawal seizure ผลจากการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่เกี่ยวกับบทบาทของ phenytoin ในการป้องกันการเกิดอาการชัก การศึกษาในช่วงหลังพบว่า phenytoin ไม่ได้ช่วยป้องกันการชัก ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติของ alcohol withdrawal seizure มาก่อนหรือไม่ก็ตามอย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันโดยทั่วไป จะยังให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เคยมีประวัติโรคลมชัก หรือ ชักจากการหยุดสุรา มาก่อน โดยให้ loading ด้วยการกิน หรือ ฉีดเข้าเส้น โดยฉีดในขนาด 10 มก./กก. อัตรา 50 มก./นาที แล้วให้ยาป้องกันต่อไปอีก 5 วัน มีการทดลองใช้ยากันชักตัวอื่น ๆ ในการรักษา เช่น carbamazepine, valproic acid และ primidone แต่ผลการศึกษา ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน ส่วนการใช้ magnesium ในการรักษา alcohol withdrawal seizure นั้น ยังมีความเห็นที่ขัดแย้งกันอยู่

2.3 Alcoholic hallucinosis การรักษาเหมือนกับผู้ป่วย alcohol withdrawal ทั่วไป โดยทั่วไป อาการประสาทหลอนจะดีขึ้นเองภายในเวลาไม่ถึงสัปดาห์ หากผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย วุ่นวาย หรือหวาดกลัวมาก อาจให้ highpotency antipsychotics เช่น haloperidol ขนาดรับประทาน 6-10 มก.ต่อวัน เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้ว ก็หยุดการรักษาได้ antipsychoticsอาจมีที่ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนเรื้อรัง โดยอาจต้องให้ยาควบคุมอาการ ไปในระยะยาว แต่ขนาดที่ใช้จะไม่สูงนัก

2.4 Alcohol withdrawal delirium การรักษาใช้ benzodiazepine เป็นหลัก แนวทางในการรักษา โดยทั่วไปเป็นเช่นเดียวกับ uncomplicated alcohol withdrawal แต่ขนาดของ benzodiazepine ที่ใช้จะสูงกว่า โดยทั่วไป ใช้ chlordiazepoxide ขนาด 200-300 มก. ต่อวัน โดยเริ่มต้นอาจให้ chlordiazepoxide 50 มก. ทุก 6 ช.ม. และหากผู้ป่วยมีอาการ



กระสับกระส่าย ตัวสั่น หรือมี อาการแสดงชีพ เปลี่ยนแปลง ให้รับประทานเพิ่ม 25-50มก. ทุก 2 ช.ม. วันต่อไปลดขนาดลงร้อยละ 20 ของขนาดสูงสุดต่อวัน

Antipsychotics จากการที่ผู้ป่วย alcohol withdrawal delirium มักมีอาการประสาทหลอน หลงผิด เหมือนผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ และพบว่า antipsychotics สามารถควบคุมอาการวุ่นวายในผู้ป่วยได้ดี ทำให้มีความนิยมใช้กัน แต่ทั้งนี้ การที่ยาได้ผลเป็นจากฤทธิ์ในการทำให้สงบของยามากกว่า เนื่องจากฤทธิ์ในการรักษาอาการทางจิตของยานั้น โดยทั่วไป จะเห็นผลหลังจากให้ยาไปแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ขึ้นไป แต่จากการรักษาพบว่าอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่พบในผู้ป่วยนั้น จะหายไปภายในไม่ถึงสัปดาห์หลังจากรักษา นอกจากนี้ การใช้ antipsychotics อาจเกิดอาการข้างเคียง โดยมี orthostatic hypotension หรือ seizure threshold ลดลง โดยเฉพาะยาที่มี potency ต่ำ ดังนั้น โดยทั่วไปแล้ว จัดว่าไม่มีความจำเป็นต้องใช้ นอกจากในผู้ป่วยบางรายที่ยังมีอาการทางจิตคงอยู่นาน ในขณะที่อาการร่วมอื่น ๆ ของ alcohol withdrawal ดีขึ้นมากแล้ว แต่ก็ใช้ร่วมกับ benzodiazepine และให้ในขนาดต่ำ ซึ่งในกรณีนี้ ควรจะทบทวนการวินิจฉัยอีกครั้งหนึ่ง

Magnesium การศึกษาในช่วงก่อน ๆ พบว่าผู้ป่วย alcohol withdrawal ส่วนใหญ่มี magnesium ใน serum ต่ำกว่าปกติ ซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับภาวะ delirium ทำให้นิยมใช้ magnesium ในการรักษา ในระยะหลังพบว่าภาวะ magnesium ต่ำไม่ได้พบในผู้ป่วยทุกคน และระดับ magnesium ส่วนใหญ่มักจะกลับสู่ระดับปกติก่อนการเกิด delirium ดังนั้นจึงไม่ควรใช้เป็นการรักษาทั่วไปในผู้ป่วย alcohol withdrawal delirium

Combination therapy หลักการรักษาโดยทั่วไป ของ alcohol withdrawal คือ การทำให้อาการสงบลง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วการให้ benzodiazepine เพียงขนาดเดียวก็เพียงพอแก่การควบคุมแล้ว อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีความเจ็บป่วยหรือปัญหาทางร่างกายมาก การใช้ benzodiazepine อาจปรับขนาดลำบาก เนื่องจาก หากใช้ในขนาดที่สูงอาจทำให้ ผู้ป่วยง่วงซึมมากอยู่ตลอด หรืออาจเกิดการหายใจ แต่หากใช้ในขนาดต่ำก็ไม่สามารถ ควบคุมอาการได้ ในกรณีเหล่านี้ การใช้ยาหลายขนานร่วมกันอาจมีความเหมาะสมกว่า ทั้งนี้เนื่องจากอาการ withdrawal นั้น แสดงออกมาหลายทาง ซึ่งการให้ยาแต่ละขนานที่มีฤทธิ์ในการบำบัดอาการเฉพาะอย่าง จะทำให้อาการดีขึ้นเร็ว และลดความจำเป็นในการใช้ยาในขนาดสูง โดยให้ benzodiazepine เป็นตัวหลักร่วมกับ beta blockers clonidine หรือ antipsychotics ซึ่งแนวโน้มในการรักษาในระยะหลัง จะนิยมใช้ combination therapy มากขึ้น

### 3.9 การพยาบาลผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษสุรา

#### แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

3.9.1. ชักประวัติ โดยซักประวัติการดื่มสุราอย่างละเอียด และครอบคลุม ประเด็นต่างๆ เช่น การดื่มสุราครั้งสุดท้ายปริมาณการดื่มสุรามากน้อยเท่าใด ประวัติโรคทางกาย ประวัติการชัก โดยผู้ป่วยชักจากสาเหตุใดจากสุราหรือไม่ เพราะถ้ามี สาเหตุการเกิดจากสุราผู้ป่วยจะชักตามมาอีกได้

3.9.2 ประเมินผู้ป่วยรับใหม่ โดยตรวจดูร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียดเช่น บาดแผล รอยบวมช้ำ ทามวัน เวลา สถานที่ บุคคล ตรวจประเมินสัญญาณชีพ อย่างละเอียด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง (Delirium Tremens)

3.9.3 ประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน CIVA-Ar score (เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.4 หรือ ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์) พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามอาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

3.9.4 ประเมินระดับความรู้สึกตัว ถ้าพบว่าผู้ป่วยสับสนมากให้พิจารณาผูกมัด ไว้บนเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ พร้อมทั้งให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยขณะผูกมัด ตรวจประเมินสัญญาณชีพ

3.9.5 ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีเหงื่อออกมาก ให้การดูแลพยาบาล โดยให้เช็ดตัวให้ ได้รับความสุขสบาย

3.9.6 ประเมินอาการเป็นระยะ เช่นลักษณะการอ่อนแรงของแขนขา, ถ้าพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

3.9.7 วางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และ/หรือ ดูแลร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ เช่น

3.9.7.1 โภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการ พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและสารน้ำ ที่จำเป็นต่อร่างกายโดยเฉพาะอาหารที่มี แคลอรีสูง เช่น ต้มยำ น้ำหวาน (ผู้ป่วยไม่มีประวัติ DM) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่น ความต้องการจะขาดน้ำเร็ว ควรป้อนน้ำบ่อยๆ สลับกับให้น้ำหวานทดแทน เพื่อชดเชยสารน้ำที่ขาด

3.9.7.2 พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ ประสานรายงานถ้าแพทย์ เพื่อให้สารน้ำและให้อาหารที่มีวิตามินสูงเพื่อให้ได้รับสารอาหารบำรุง Cellสมอง

3.9.7.3 เพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติควรมีคนเฝ้าคอยดูแลใกล้ชิดสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ ควรมีเจ้าหน้าที่ดูแลตลอดเวลาเพื่อสังเกตการณ์หายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3.9.7.4 สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยควรอยู่ในที่ที่มีแสงสว่างพอควร ไม่มีเสียงรบกวนมาก มีผู้คอยดูแล ใกล้ชิด เตียงผู้ป่วยควรอยู่ห่างจากหน้าต่างหรือสถานที่ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย

3.9.7.5 อาการทางจิตต่างๆช่วงนี้ มักมีความรุนแรงเวลากลางคืนควรจัดให้มีแสงสว่างให้เหมาะสมพอสมควรโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ห้องพยาบาล ในบางครั้งถ้าผู้ป่วยอาการมาก มีหวาดกลัว ประสาทหลอน สับสน หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่ออันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นอาจจำเป็นต้องผูกมัดชั่วคราว

3.9.7.6 เมื่อเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยควรแนะนำตัว บอกผู้ป่วยว่าเรากำลังจะทำอะไรให้ โดยใช้คำพูดสั้นๆเข้าใจง่าย

3.9.7.7 หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยพร้อมทั้งจัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามความเหมาะสมประเมินสภาพร่างกายและจิตใจก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดปัจจัยจากแบบจำลองปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา 2 แบบ ของ Hawker & Orford (1998) คือ the Recent Drinking-Withdrawal History Model (DW model) และ the Expectations-Anxiety model (EA model) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 4 ด้าน

##### 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

**4.1.1 อายุ** จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา (Hawker & Oxford, 1998) เนื่องจากผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากมักมีระยะเวลาการใช้สุรารวมทั้งความเสื่อมทางกายและสติปัญญา มากกว่าผู้ที่อายุน้อย ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงกว่า (Kraemer, 1997)

**ความสัมพันธ์ของอายุกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์** Kraemer (1997) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอายุผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ที่มีอายุมากกว่า 40 ถึง 70 ปี จำนวน 248 คน โดยพบว่า อายุมากขึ้นทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการเพื่อคลื่น สับสนและระยะเวลาการอยู่บำบัดนานขึ้น ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราย่ำมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**4.1.2 เพศ** จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการถอนพิษสุราโดยเฉพาะอาการด้านจิตใจรุนแรงและยาวนานมากกว่าเพศชาย (Hawker & Oxford, 1998)

**ความสัมพันธ์ของเพศกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์** Hawker & Oxford (1998) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 64 คน โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการถอนพิษสุรา โดยเฉพาะอาการด้านจิตใจรุนแรงและยาวนานมากกว่าเพศชาย

##### 4.2 ปัจจัยทางคลินิก

**4.2.1 ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา** จากการศึกษาพบว่า ประวัติการเกิดอาการถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน เนื่องจากตามแนวคิด “*Kindling Process*” กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราและการชักแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น (Saitz, 1998; Paul et al., 2009)

**ความสัมพันธ์ของประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Saitz (1998) ได้ทำการศึกษาการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์หนักและลดจำนวนปริมาณการดื่มทันทีและมีประสบการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุรา อาการและอาการแสดงที่พบเช่นอาการสั่นระดับน้อย และปานกลาง หงุดหงิด ความวิตกกังวล ก้าวร้าวและพบระดับรุนแรงคืออาการเพื่อ สับสน ประสาทหลอนจนถึงอาการชัก

**4.2.2 ประวัติการเกิดอาการชัก** จากการศึกษาพบว่า ประวัติการเกิดภาวะชักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน

**ความสัมพันธ์ของประวัติการเกิดอาการชัก กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Soyka et al. 1989 ได้ทำการศึกษาศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของประวัติการชัก กับของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ จุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบสมมติฐานการเกิดปรากฏการณ์ของKindling Modelที่จะพัฒนาไปเกิดอาการเพื่อ สืบสน ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย 1179 คนในโรงพยาบาลโดยใช้แบบสอบถาม ประสพการณ์การเกิดภาวะถอนพิษสุราที่เกิดขึ้นหลายครั้งมีความสัมพันธ์การชักและเกิดความรุนแรงภาวะถอนพิษสุรา 25% และอาการเพื่อสืบสนจากพิษสุรา 11% จึงพบว่า Kindling Model ของภาวะถอนพิษสุราจะพัฒนาเป็นอาการชัก และอาการเพื่อสืบสนจากสุรา

**4.2.3 ความดันโลหิต** จากการศึกษาพบว่าความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของความดันโลหิต กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Burapakajornpong et al., 2011 ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตใน ผู้ป่วยชายเสพติดแอลกอฮอล์ จำนวน 19 คน มีผู้ป่วยจำนวน 10 คนที่มีโอกาสเกิดของภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติเมื่อแรกเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรง เช่น ภาวะสืบสนเฉียบพลันจากพิษสุรา

Monte et al, 2009 ได้ทำการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของความดันโลหิต กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**4.2.4 การมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจ** จากการศึกษาพบว่าการมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของการมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจ กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Trevisan et al., 1998 ได้ทำการศึกษาศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของการมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ โดยศึกษากระบวนการเกิดโรคในผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยและตายและผู้ป่วยบางคนที่ประสพการณ์การชัก ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดอาการเพื่อ สืบสน ประสาทหลอน สืบสนทางจิตและไม่รู้วันเวลา สถานที่ และปัญหาทางจิต ที่รวมทั้งวิตกกังวล ซึมเศร้า การนอนหลับยาก

Myrick & Anton, 1998 ได้ทำการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของการมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ โดยพบว่าการเจ็บปวด การใช้ยาร่วมกันหลายชนิด การมีโรคร่วมทางกาย

**4.2.5 การใช้สารเสพติดอื่นร่วม** จากการศึกษาพบว่าการใช้สารเสพติดอื่นร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของ การใช้สารเสพติดอื่นร่วม กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Paul et al., 2009 ได้ทำการศึกษาศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของ การใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์หนักหรือดื่มแบบปกติมีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมเช่น ยานอนหลับ สารกระตุ้นและฝิ่น ทำให้เพิ่มภาวะเสี่ยงการเกิดความเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

#### **4.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์**

**4.3.1 แบบแผนการดื่ม** จากการศึกษาพบว่าแบบแผนการดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของ แบบแผนการดื่มกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Prescure, 2007 ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้มีประวัติต้องดื่มสุราเมื่อตื่นนอนตอนเช้า มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง และขณะที่ผู้เสพติดแอลกอฮอล์หยุดดื่มแอลกอฮอล์ จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่ต่อเนื่องกันใน 7 วันแต่จะพบอาการอีกหลายอย่างเช่นอาการชัก ประสาทหลอน เพื่อสับสนจากพิษสุรา

**4.3.2 ปริมาณการดื่ม** จากการศึกษาพบว่าปริมาณการดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของ ปริมาณการดื่มกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Preccire, 2007 ได้ทำการศึกษาพบว่าปริมาณการดื่ม พบว่าปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคครั้งล่าสุดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุรา

Paul et al., 2009 ได้ทำการศึกษาพบว่าปริมาณการดื่มพบว่าการดื่ม แอลกอฮอล์ในปริมาณ 150 กรัมต่อวันเป็นสาเหตุที่ทำให้การเกิดภาวะถอนพิษสุรา

#### **4.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม**

**4.4.1 ความวิตกกังวล** จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Hawker & Orford, 1998 ได้ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่วิตกกังวลต่อการบำบัดการติดสุราสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงกว่า

**4.4.2 ภาวะซึมเศร้า** จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Trevisan et al.,1998 พบว่าในการบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้าจากการถูกจำกัดพฤติกรรมและการลดลงของโดพามีน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น

**4.4.3 การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดแอลกอฮอล์** จากการศึกษาพบว่า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุรา กับของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

Hawker & Orford, 1998 พบว่าการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ โดยผู้ป่วยที่คาดว่าตนเองจะไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดขึ้นในการบำบัดจะมีแนวโน้มเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น

**4.4.4 การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

**ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์**

การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุขคนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลรวมกัน โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี (เกื้อกุล ถนอมจิต, 2543) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ (House, 1981 อ้างถึงใน หงษ์บรรเทิงสุข, 2545) การสนับสนุนทางสังคมเวลาเกิดความเครียดจากวิกฤติการณ์มักไม่เกิดเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย เชื่อว่าการสนับสนุนเช่นนี้ช่วยป้องกันคนเราจากผลที่ไม่ดีของเหตุการณ์ฉุกเฉินและยังช่วยสนับสนุนวิธีการจัดการและการปรับตัวอีกด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีทุนเดิมดีจะมีชีวิตยืนยาวกว่า และมีอุบัติการณ์ของโรคทางร่างกายลดลง รวมทั้งมีสุขภาพจิตดีขึ้น (จำลอง ดิษยวานิช และ พร็ัมเพรา ดิษยวานิช, 2545)

K.Bargiel et al,2005 ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดอาการถอนพิษสุราทั้งในกลุ่มคนโสดและสมรสผลพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

นัฏพร บุรพาจรพงษ์ และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษา รูปแบบและปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุรารวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ภาวะแพ้จากการถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์ซับซ้อนยาวนานขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อเลิกแอลกอฮอล์ ประชากรผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยชายเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 10 คนหรือร้อยละ 52.6 เกิดภาวะแพ้จากการถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์แม้จะได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ค่าความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure) สูงกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทขณะแรกรับมีระยะเวลาการเกิดภาวะแพ้จากการถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์ยาวนานกว่ากลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure) ไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท

### 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

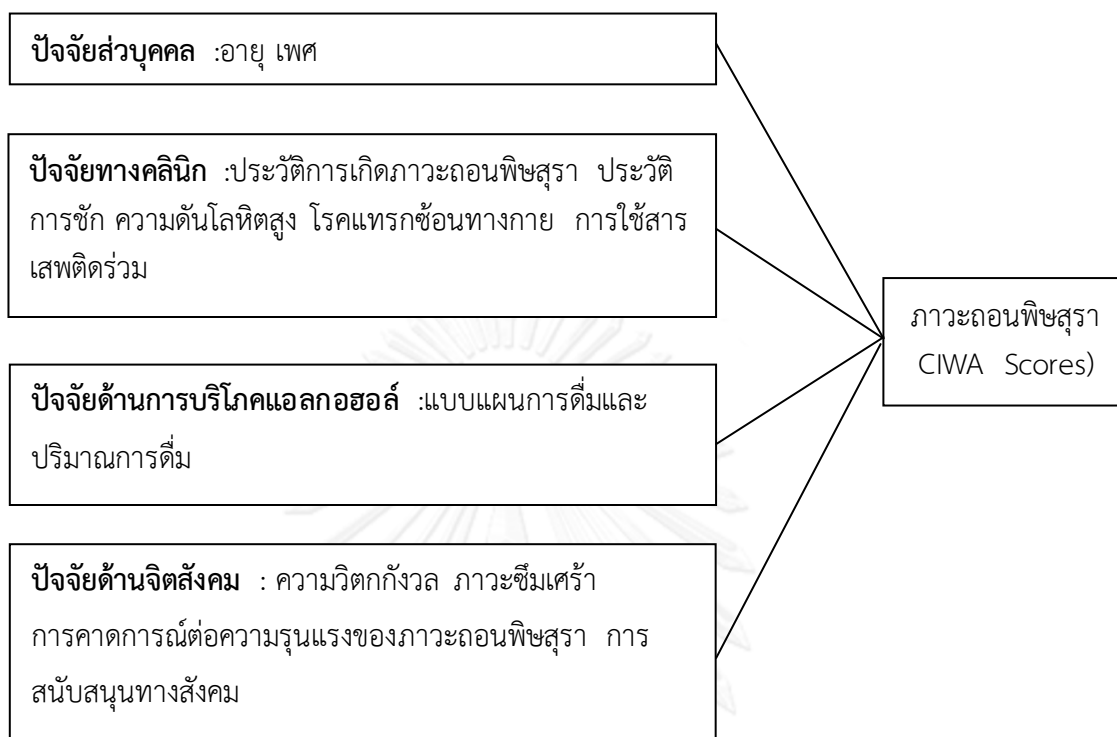
Monte et al.,2009 ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพยาติแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพยาติแอลกอฮอล์ จำนวน 156 คนโดยประเมินอาการทางคลินิกและความสัมพันธ์ กับ สิ่งแวดล้อมเช่น ปริมาณการดื่มกับ ระยะเวลาการดื่ม ภาวะแทรกซ้อนต่างๆของแต่ละบุคคล ผลการศึกษาพบว่าอาการทางคลินิก 3 ประการที่เกิดในผู้ป่วยร้อยละ 95 ที่มีประวัติความดันโลหิตสูงมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการชัก และอุณหภูมิกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส มีความสัมพันธ์กับอาการถอนพิษสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ(  $p > 0.03$ )

Pompei P et al , 1994 ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 432 คน และมีผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปี จำนวน 323 คน ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-Rโดยเริ่มศึกษาวิจัยในวันที่ 2 ขณะเข้ารับการรักษา ประเมินอาการโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การเกิดอาการเพ้อคลั่ง สับสนจะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุผลลัพธ์ที่เกิดพบอาการไม่พึงประสงค์เช่นมีความเสี่ยงอัตราการตายเพิ่มขึ้น การสูญเสียการรับรู้ ภาวะโรคร่วม ความซึมเศร้าและโรคพิษสุราเรื้อรังโดยสามารถจัดลำดับความเสี่ยงตั้งแต่ระดับต่ำปานกลาง และระดับสูงที่มีโอกาสเกิดอาการเพ้อคลั่ง สับสน

Shaw GK. et al ,1998 ได้ศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนพิษสุรากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 160 คน โดยประเมินอาการถอนพิษสุราใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) ผลการศึกษาพบว่าภาวะถอนพิษสุราที่เพิ่มขึ้นมีความพันธ์กับปัจจัยทางจิตและสังคม และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดประสบการณ์ถอนพิษสุรา เมื่อลดระดับการดื่มลงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Andersohn and Kiefer (2004 ) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอารมณ์ซึมเศร้า และความอยากที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) โดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้า The sum score of the Self-Rating-Depression-Scale (SDS) 2)และแบบวัดความอยาก The Obsessive-Compulsive Drinking Scale(OCDS) ผลการศึกษาพบว่าเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นในระหว่างถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยาย (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการเกิดการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขโดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมอเมริกัน[DSM-IV]และตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10)จากแพทย์ว่าเสพติดแอลกอฮอล์(Alcohol dependence:F.10.2)ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

#### กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่ง แบบเฉพาะเจาะจงคัดเลือกใน 4 ภูมิภาคได้แก่ในเขตภาคกลางจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ในเขตภาคเหนือ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และในเขตภาคใต้ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978 อ้างใน รัตน์ศิริทาโต,2552) คือ  $N \geq 10K + 50$  เมื่อ  $N =$  จำนวนของกลุ่มตัวอย่างและ  $K$  คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 14 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จึงเท่ากับ 190 คนแต่เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล(Dillman,2000) ผู้วิจัยได้เก็บเพิ่ม 10% รวมเป็น 208 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้าการศึกษา(Inclusion Criteria) มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ซึ่งกำลังบำบัดแบบผู้ป่วย ในระยะบำบัดด้วยยาที่มีอายุ 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล
3. ได้รับการขออนุญาตจากญาติของผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของญาติ
4. มีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราตามแบบประเมิน (CIWA-Ar) โดย ขณะให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม อยู่ในช่วงระหว่าง 1-9 คะแนนเนื่องจากคะแนนมากกว่า 10 มีโอกาสเกิดชักหรือ DTs ได้มาก หาก CIWA-Ar มากกว่าหรือเท่ากับ 15 มีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น Delirium Tremens ผู้ป่วยจะไม่สามารถให้ข้อมูลได้
5. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่รุนแรง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออกจากการศึกษา(Exclusion Criteria)มีดังต่อไปนี้

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สิน สิ่งของในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเขตใน 4 ภูมิภาค ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ในเขตภาคกลางจำนวน 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ในเขตภาคเหนือ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และในเขตภาคใต้ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินทั้งการสังเกต และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลทุกรายในช่วงเวลาจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คิดตามสัดส่วนของประชากรของสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และยินดีเข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 208 คน ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

2. ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาตามรายงานประจำปี 2555

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์จำแนกตามศูนย์บำบัดภูมิภาค

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี	1044	117
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	583	56
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่	318	30
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	53	5
<b>รวม</b>	<b>1998</b>	<b>208</b>

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษากำหนดไว้แต่ละโรงพยาบาล ในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ในโรงพยาบาลทั้ง 4 ภูมิภาค โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2556 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ครบตามจำนวนคือ 208 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 ส่วนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรรถนะทางการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความดันโลหิตขณะแรกเริ่ม ประวัติการเสพยา และสารเสพติดอื่น ประวัติการชัก ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา การบริโภคแอลกอฮอล์ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มแบบแผนการดื่ม โรคแทรกซ้อนทางกาย

**2. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา** ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol –Revised (CIWA-Ar) (Sullivan et al., 1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถือเป็น gold standard นำเข้ามาใช้ในประเทศไทยโดยจอห์น บี ซอว์นเดอร์ส (John B. Suanders) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนน CIWA-Ar กำหนดไว้ดังนี้

#### คะแนน CIWA-Ar การแปลความหมาย

1-9 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย ระยะที่ไม่มีอาการรุนแรง
10-14 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราระดับน้อยมาก
15-18 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราระดับปานกลาง
มากกว่า 19 คะแนน	ภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรง

การแปลผลคะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของภาวะถอนพิษสุราที่ระดับเล็กน้อย คะแนน 1-9 ประเมินได้ว่าไม่มีอาการรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา(Sullivan et al., 1989) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

**3. แบบประเมินความวิตกกังวล** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory -STAI) ของ Spielberger (1967) ที่แปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี, รศ.ดร. สายฤดี วรกิจโกศาธร และดร.มาลี นิสสัยสุข (2534) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่แสดงความรู้สึกขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ และแบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะส่วนตัว จำนวน 20 ข้อ

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

เป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อได้แก่ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต(ทางบวก) และความหมายเชิงนิเสธ(ทางลบ) ให้คะแนน ดังนี้

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

**การแปลผล** คะแนนทั้งหมดกระจายอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวสูง ถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ มีผู้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงที่สุด(Springhouse review,2002; Schulth,2002 อ้างถึงใน พัฒนี เอกบุตร,2551) ตามช่องคะแนนดังนี้

คะแนน	ความหมาย
20-40	ความวิตกกังวลเล็กน้อย
41-60	ความวิตกกังวลระดับปานกลาง
61-70	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง
71-80	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงที่สุด

#### 4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจาก Beck (1967) เรียกว่า (BDI Beck Depression Inventory) ที่แปล และทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา ,2536) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ มีระดับการประมาณค่า คิดคะแนนโดย รวมคะแนนทั้ง 21 ข้อ และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนที่ได้ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0-9	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า ปกติ
10-15	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า น้อย
16-19	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า ปานกลาง
20-29	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า มาก
30-63	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า รุนแรง

วิธีการคิดคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนน้อยหมายถึงระดับความซึมเศร้า ปกติ ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนสูงหมายถึงระดับความซึมเศร้าขั้นรุนแรง

5. แบบประเมิน การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากเครื่องมือ Symptom Expectancy and Severity Questionnaire (SEAS) ของ Hawker and orford (1998) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ดร.สุนิสา สุขตระกูล(2013) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม โดยแต่ละข้อจะประกอบด้วยข้อความที่ใช้บรรยายอาการต่างๆไปของภาวะขาดสุราที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา มีจำนวน 24 ข้อในครั้งนี้อยู่มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0	คิดว่าอาการต่างๆไม่เกิดขึ้นเลย
1-60	มีอาการเกิดขึ้นเล็กน้อย
61-120	มีอาการเกิดขึ้นปานกลางแต่ไม่รุนแรง
121-180	มีอาการเกิดขึ้นมากและรุนแรง
181-240	มีอาการมากที่สุดและรุนแรงจนทนไม่ได้

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง สร้างโดย บุญยพัชร ปิยะบุญสิทธิ (2547) จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมรวม 3 ด้าน ได้แก่การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) ลักษณะคำตอบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มี 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ดังนี้

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

การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้านแล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด หรือในแต่ละด้าน โดยประเมินค่าเฉลี่ยกับระดับที่คำนวณ ได้ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1.00-1.50	ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
1.51-2.50	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
2.51-3.50	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
3.51-4.50	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
4.51-5.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน แพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีผลงานวิจัยด้านสารเสพติดจำนวน 2 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก)

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

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

ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความชัดเจน ชัดใจง่าย และกระชับดังนี้

การคำนวณหาค่าความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ.80ขึ้นไป (Davis,1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร,2550)โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน รายละเอียดของค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
1. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา	1.00
3. แบบประเมินความวิตกกังวล	0.95
4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	1.00
5. แบบประเมินการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	0.87
6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	1.00

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

## 2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของอาจารย์ปรึกษาร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยสร้างแบบสอบถามใหม่ที่มีความกระชับและชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้โครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถามยังคงอยู่ครบถ้วนและมีความครอบคลุมตามคำจำกัดความจนได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จากนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงกับผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้รวม 30 คน

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

2.3 วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของแบบประเมินภาวะขาดสุรา แบบวัดความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับแปลเป็นภาษาไทย แบบสอบถามการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุราฉบับแปลเป็นภาษาไทย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach's Alpha) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดจากการทดลองใช้และ การเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ตั้งแต่ .80ขึ้นไปซึ่งถือว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีความเที่ยงในระดับที่น่าเชื่อถือได้ไป (Davis,1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร,2550) ดังรายละเอียดที่นำเสนอไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้

ค่าความเที่ยง	ฉบับทดสอบ	ฉบับใช้จริง
	(N=30)	(N=208)
1.แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา	88	80
2. แบบประเมินความวิตกกังวล	90	80
3.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	93	85
4.แบบประเมินการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	83	80
5.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	85	87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ แล้วทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

3. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนแล้ว โดยได้รับอนุญาต ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ระหว่าง วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2557 หลังจากนั้นผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบทำการวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเยบำบัดด้วยยา ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมทั้งการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบทั้งสิ้น 208 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภูมิภาคที่กำหนดไว้



4.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่า มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการนอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย แล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 40 นาที ทั้งหมด 6 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 121 ข้อ โดยผู้วิจัยได้เรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น

4.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวนทั้ง 208 ฉบับ หลังจากนั้นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอีกทั้งในการดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อในการยินยอมในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือต้องการเข้าร่วมวิจัยครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัดประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่ม แบบแผนการดื่ม นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. การศึกษา ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรานำมาวิเคราะห์ค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล แบบแผนการดื่ม ภาวะซึมเศร้า การ คาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เสพติด แอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05

4.การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่ม โรคแทรกซ้อนทางกาย วิเคราะห์ด้วยสถิติ ไคสแควร์(Chi square)โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

เมื่อ r มีค่า	0.2-0.4	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ
เมื่อ r มีค่า	0.4-0.6	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
เมื่อ r มีค่า	0.6-0.8	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง
เมื่อ r มีค่า	0.8-1.0	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์กลุ่มนี้ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุรา และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดย การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 208 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปีในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบ คำบรรยายเรียงลำดับดังนี้

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่ม แบบแผนการดื่ม

ตอนที่ 2 ภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา

ตอนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัดประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิต สูง ปริมาณการดื่ม แบบแผนการดื่ม ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ในระยะบำบัดด้วยยา จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส (n=208)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	149	71.6
หญิง	59	28.4
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 43.99$ S.D 9.426 Min 20 Max 65	
สถานภาพสมรส		
โสด	55	26.4
คู่	96	46.2
หม้าย /หย่าร้าง	41	19.7
แยกทางกันอยู่	16	7.7

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์โดยส่วนใหญ่ เพศชายคิดเป็น ร้อยละ 71.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.99 ปี(S.D.= 9.426 ) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด คิดเป็น ร้อยละ 26.4

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสฟติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา จำแนกตาม การศึกษา อาชีพ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา (n=208)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	1.9
ประถมศึกษา	91	43.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	55	26.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	34	16.3
ปริญญาตรี	20	9.6
การศึกษายาอาชีพ	4	1.9
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	32	15.4
รับจ้าง	101	48.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	12.5
ธุรกิจส่วนตัว	22	10.6
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	20	9.6
ค้าขาย	7	3.4
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา		
2-5 ครั้ง	201	96.6
6 -8 ครั้ง	5	2.4
11 ครั้ง	2	1.0

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยเสฟติด แอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น คิด เป็นร้อยละ26.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่มีประวัติเข้ารับ การรักษามากที่สุด 2-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 96.6 และรองลงมาเข้ารับการรักษา 6-8 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 2.4

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสฟติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม ความดันโลหิตสูง ประวัติการใช้สารเสฟติดร่วม ประวัติการชัก และประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (n=208)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิต		
ปกติ (90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท)	74	35.6
สูง (มากกว่า 150/80 มิลลิเมตรปรอท)	134	64.4
ประวัติการใช้สารเสฟติดร่วม		
ไม่ใช่	198	95.2
ยานอนหลับ	7	3.4
กระท่อม	2	1.0
ยาบ้า	1	5
ประวัติการชัก		
ไม่เคยเกิด	139	66.8
เคยเกิด	69	33.2
ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา		
เคยเกิด	174	83.7
ไม่เคยเกิด	34	16.3

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยเสฟติด แอลกอฮอล์ และมีระดับความดันโลหิตสูงในเกณฑ์ 150/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมาระดับความดันโลหิตสูงในเกณฑ์ 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 35.6 ส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสฟติด คิดเป็นร้อยละ 95.2 และใช้สารเสฟติดประเภท ยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 3.4 และไม่มีประวัติการชัก คิดเป็นร้อยละ 66.8 รองลงมาเคยการชัก คิดเป็นร้อยละ 33.2 และประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เคยเกิด คิดเป็นร้อยละ 83.7 รองลงมาไม่เคยเกิด คิดเป็นร้อยละ 16.3

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสฟติดแอลกอฮอล์ จำแนกตามการดื่มสุราร่วมทั้งสองชนิดและชนิดแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (n=208)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดื่มแอลกอฮอล์ร่วม		
สุราขาว 40 ดีกรี	168	80.8
การดื่มสุราร่วมกันทั้งสองชนิด	40	19.2
ชนิดแอลกอฮอล์ที่ดื่ม		
สุราขาว 40 ดีกรี	153	73.6
สุราสี	27	13
เบียร์	12	5.8
บรั่นดี	1	.5
ยาดองเหล้า	15	7.2
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม		
1-2 ก๊ก (15-30 mg/ day)	16	7.7
1-2 แก้ว (66 mg/ day)	3	1.4
ครึ่งขวดกลม (120 mg/ day)	54	26.0
1 ขวดกลม (240 mg/ day)	70	33.7
1-2 ขวดกลม (> 240 mg/ day)	65	31.3

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยเสฟติด แอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราขาว 40 ดีกรี คิดเป็นร้อยละ 80.8 และ การดื่มสุราร่วมกันทั้งสองชนิด คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ ชนิดแอลกอฮอล์ที่ดื่มคือ สุราขาว 40 ดีกรี คิดเป็นร้อยละ 73.6 รองลงมาประเภทสุราสี คิดเป็นร้อยละ 13 และส่วนใหญ่ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม 1 ขวดกลม (240 mg/ day) คิดเป็นร้อยละ 33.7

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสฟติดแอลกอฮอล์ จำแนกตาม แบบแผนการดื่ม และ โรคแทรกซ้อนทางกาย (n=209)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แบบแผนการดื่ม		
ดื่มเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	27	13
ดื่มตอนกลางวัน	2	1.0
ดื่มในตอนเย็น	70	33.7
ดื่มตลอดทั้งวัน	96	46.2
ดื่มเป็นบางครั้ง	13	6.3
โรคแทรกซ้อนทางกาย		
ไม่มี	77	37.0
มี	131	63.0
โรคความดันโลหิตสูง	74	35.6
โรคหัวใจ	2	1.0
ความไม่สมดุลย์ของอิเล็กโตไลต์	36	17.3
โรคเบาหวาน	50	24.0

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยเสฟติด แอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ ดื่มตลอดทั้งวัน คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมา ดื่มในตอนเย็น คิดเป็นร้อยละ 33.7 และมีโรคแทรกซ้อนทางกาย ส่วนใหญ่คิดเป็น ร้อยละ 63.0 รองลงมาคือไม่มีคิดเป็นร้อยละ37.0และโรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิด เป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาคือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 24.0



ตอนที่ 2 ระดับคะแนนความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราผู้ป่วยเสพติด แอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (n=208)

ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	คะแนน	จำนวน (n=208)	ร้อยละ	$\bar{X}$
เล็กน้อย	1-9	83	39.9	2.4
ปานกลาง	15-18	96	46.2	5
มาก	10-14	24	11.5	
รุนแรงมาก	มากกว่า 19 ขึ้นไป	5	2.4	
<b>รวม</b>		<b>208</b>	<b>100</b>	

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา พบว่าส่วนใหญ่ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับ ปานกลางมีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.9

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ มีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) และ ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety)

ระดับคะแนนความวิตกกังวล	คะแนน	ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน		ความวิตกกังวลประจำตัว	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เล็กน้อย	20-40	0	0	0	0
ปานกลาง	41-60	56	26.9	133	54.3
สูง	61-70	135	64.9	93	44.7
รุนแรงที่สุด	71-80	17	8.2	2	1.0
<b>รวม</b>		<b>208</b>	<b>100</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 11 พบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา มีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) และ ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) ตั้งแต่ระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรงที่สุด โดยมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) ระดับสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมาคือความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.9 และ ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 44.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของภาวะความซึมเศร้า

ภาวะความซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	0-9	12	5.8
เล็กน้อย	10-15	28	13.5
ปานกลาง	16-19	30	14.4
มาก	20-29	83	39.9
รุนแรง	30-63	55	26.4
<b>รวม</b>		<b>208</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ส่วนใหญ่มีภาวะความซึมเศร้าระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.9 รองลงมาคือภาวะความซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 26.4

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา(n=208)

คาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
อาการเหล่านี้เกิดขึ้นเล็กน้อย	1-60	93	44.7
อาการเหล่านี้เกิดขึ้นปานกลาง	61-120	95	90.4
อาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากและรุนแรง	121-180	19	9.5
อาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากที่สุดและรุนแรงจนทนไม่ได้	181ขึ้นไป	1	100
<b>รวม</b>		<b>208</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 13 พบว่า ระดับคะแนนคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาส่วนใหญ่ มีระดับปานกลาง มากที่สุดร้อยละ 90.4

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม โดยจำแนกทั้ง 3 ด้านคือ ด้าน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของหรือบริการ (n=208)

การสนับสนุนทางสังคม	X	SD	ระดับการสนับสนุน
ด้านอารมณ์	4.14	.66	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.72	.64	มาก
ด้านสิ่งของหรือบริการ	3.16	.79	มาก
<b>รวมทั้ง 3 ด้าน</b>	<b>3.75</b>	<b>.56</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 14 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา โดยด้านอารมณ์มีการสนับสนุนทางสังคมมากมี ค่าเฉลี่ย 4.14 รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 คะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 คะแนน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความวิตกกังวล ปัจจุบัน ความวิตกกังวล ประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา โดยวิเคราะห์ ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงผลการวิเคราะห์ ข้อมูลในตารางที่ 15 ตารางที่ 15 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ความวิตกกังวล ปัจจุบัน ความวิตกกังวล ประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา

ตัวแปร	ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ
อายุ	.221	ต่ำ
ความวิตกกังวล ปัจจุบัน	-.283	ต่ำ
ความวิตกกังวล ประจำตัว	-.232	ต่ำ
ภาวะซึมเศร้า	.111	ต่ำ
การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา	.071	ต่ำ
แบบแผนการดื่ม	.053	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	.225	ต่ำ
ด้านบริการสิ่งของ	.298	ต่ำ
ด้านอารมณ์	.285	ต่ำ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.236	ต่ำ

P<.05

p-value from Pearson Correlation,\*significant at the 0.05 level

ตารางที่ 15 พบว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา( $r=.221$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. ความวิตกกังวล ปัจจุบันและความวิตกกังวล ประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบ กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา ( $r=-.283,r=-.232$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05) ตามลำดับ

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา ( $r=.285$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา แบบแผนการดื่ม ไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วย

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประวัติภาวะถอนพิษสุรา โรคแทรกซ้อนทางกาย ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่ม แบบแผนการดื่ม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $\chi^2$	P-value
เพศ	38.942	.000
ประวัติภาวะถอนพิษสุรา	94.231	.000
โรคแทรกซ้อนทางกาย	14.019	.000
ประวัติการชัก	23.558	.000
การใช้สารเสพติดร่วม	546.962	.000
ความดันโลหิตสูง	17.308	.000
ปริมาณการดื่ม	87.817	.000

จากตารางที่ 16 พบว่า เพศ ประวัติภาวะถอนพิษสุรา โรคแทรกซ้อนทางกาย ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิตสูง ปริมาณการดื่ม มีความสัมพันธ์ กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $\chi^2 = 38.942$ ,  $\chi^2 = 94.231$ ,  $\chi^2 = 14.01$ ,  $\chi^2 = 23.55$ ,  $\chi^2 = 546.96$ ,  $\chi^2 = 17.308$ ,  $\chi^2 = 87.817$ ) ตามลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Correlation Research) ในลักษณะวิจัยเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

#### สมมติฐานการวิจัย

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
2. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
3. ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
4. ประวัติการชักมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
5. ความดันโลหิตสูงขณะแรกรับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
6. โรคแทรกซ้อนทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
7. การใช้สารเสพติดร่วมมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
8. แบบแผนการดื่มมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
9. ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
10. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา
11. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา

12. การคาดการณ์ความรุนแรงของ ภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา

13. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมอเมริกัน [DSM-IV] และตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) จากแพทย์ว่าเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence:F.10.2) ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง ในเขตภาคกลางจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 117 คน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นจำนวน 56 คน ในเขตภาคเหนือ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่จำนวน 30 คน และในเขตภาคใต้ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ 208 คน ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และประเมินแบบสอบถามใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2556 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 208 คน จึงนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมิน และสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ส่วนประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกล่าวคือการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยงแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบมีผลดังนี้ แบบประเมินภาวะถอนพิษสุราเท่ากับ .88 แบบประเมินความวิตกกังวลเท่ากับ .89 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .88 แบบประเมินการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา .93 เท่ากับ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .87

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดประวัติภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิต ปริมาณการดื่ม แบบแผนการดื่ม นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. การศึกษา ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรานำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล แบบแผนการดื่ม ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4. การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิต ปริมาณการดื่ม โรคแทรกซ้อนทางกาย วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์(Chi square)โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### สรุปผลการวิจัย

1. ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของ ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับระดับปานกลาง (10-14 คะแนน) จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิต โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา และ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา พบว่า

2.1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา ( $r=.221$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.2 เพศมีความสัมพันธ์ กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=38.942$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.3 ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=94.231$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.4 ประวัติการชักมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=23.558$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.5 ความดันโลหิตสูงขณะแรกเริ่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=17.308$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.6 โรคแทรกซ้อนทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=14.019$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.7 การใช้สารเสพติดร่วมมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=546.962$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.8 แบบแผนการดื่มไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา( $r=.053$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.9 ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=87.817$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.10. ความวิตกกังวล ปัจจุบันและความวิตกกังวล ประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับ กับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยาในกลุ่มที่มีความรุนแรง ภาวะถอนพิษในระดัปานกลาง (15-18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05( $r=-.283, r=-.232$ ) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.11 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาในกลุ่มที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย(1-9) ( $r=.225$ )อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมแบ่งโดยรายด้านคือ ด้านบริการสิ่งของ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยาในกลุ่มที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย (1-9) ( $r=.298, r=.236$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยาในกลุ่มที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดัปานกลาง (14-18) ( $r=.285$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ซึ่งการศึกษาของHawker&Oxford,1998 ที่พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากมักมีระยะเวลาการใช้สุรายนานกว่า ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อย โดยเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีทั้งความเสื่อมทางกาย เซลล์ต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลง ร่างกายอ่อนแอทำให้ความต้านทานในร่างกายลดลงมักเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อยๆ รวมทั้งสติปัญญา ด้านการรับรู้ ความสามารถในการจดจำ รายละเอียดต่างๆที่ผ่านมาในชีวิตมีน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงกว่า (Kraemer, 1997) ทั้งนี้ อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวทำนายการเกิดปัญหาแอลกอฮอล์ในอนาคตได้ จากการศึกษาของ Grant และ Drawson กล่าวว่าการใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและอื่นๆขึ้นในอนาคต

**เพศ** ผลจากการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=38.942$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการถอนพิษสุราโดยเฉพาะอาการด้านจิตใจรุนแรงและยาวนานมากกว่าเพศชาย (Hawker & Oxford, 1998) เนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มทางด้านจิตใจ มีการแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย อีกทั้งเหตุผลในการดื่มสุราในเพศหญิงมักมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทางสังคมและเรื่องความเบื่อหน่ายตลอดจนการนอนไม่หลับ

**ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา** ผลจากการศึกษาพบว่า ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $\chi^2=94.231$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่าทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาพบว่าผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ดื่มหนักและลดปริมาณการดื่มลงทันทีจะทำให้เกิดอาการถอนพิษสุราที่รุนแรงมากกว่า เช่น การสั่นระดับปานกลางถึงรุนแรง หงุดหงิด วิตกกังวล



และก้าวร้าว เพื่อ สับสน ประสาทหลอน และชัก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด “*Kindling Process*” กล่าวว่าการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราซ้ำแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น (Saitz, 1998; Paul et al., 2009)

**ประวัติการชัก** จากผลจากการศึกษาพบว่า ประวัติการชัก มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $x^2=23.558$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการชักมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา(Monte et al.,2009) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ จะยิ่งทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุลง่ายขึ้น ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราและการชักแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น

**ความดันโลหิตสูง** จากผลการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $x^2 = 17.308$ )อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัย จึงสรุปได้ว่าทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติเมื่อแรกเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรง เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันจากพิษสุรา (Monte et al., 2009; Burapakajornpong et al., 2011) เกิดอาการถอนพิษแบบเพื่อคลั่ง สับสนเกิดจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิดปกติขณะแรกเริ่มโดยความดันโลหิตสูงมากกว่า150มิลลิเมตรปรอท อีกทั้งความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ Cerebrovascular disease และIschemic heart disease (บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, รายงานสถานการณ์ประจำปี พ.ศ. 2549)

**โรคแทรกซ้อนทางกาย** จากผลการศึกษาพบว่าโรคแทรกซ้อนทางกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $x^2 =14.019$ )อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่า โดยผลการเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายต่างๆเช่นอาการปวดศีรษะ สัน วิตกกังวล อาการชัก การใช้ยาอื่น ๆร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงมากขึ้น(Trevisan, Boutros, Petrakis, & Krystal 1998; Saitz, 1998; Myrick & Anton, 1998)

**การใช้สารเสพติดร่วม** จากผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $x^2 =546.962$ )อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่า การใช้สารเสพติดร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง เนื่องจากสารเสพติดจะไปออกฤทธิ์เสริมภาวะพิษของสุราทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราในระดับที่รุนแรงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้ (Seitz 1998; Soyka et al., 1989) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในหลายๆเรื่องพบว่าสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท ได้แก่ โคเคน และแอมเฟตามีนในช่วงต้นๆของการเมาก็มีอาการมึนศีรษะ อารมณ์ดีตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย กระวนกระวายทั้งกายและใจ ซึ่งออกฤทธิ์เสริมอาการพิษของสุรามากกว่าผู้ไม่เคยเสพสารเสพติดร่วม (Cuffel et al.,Giannini et al 1993;McCormick&Smith,1995)

**ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์** จากผลการศึกษาพบว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ( $x^2=87.817$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่า ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคครั้งล่าสุดมีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา (Precrere, 2007; Paul et al., 2009)

**การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.225, p<.05$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยที่ว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ระยะบำบัดด้วยยาซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบด้วย 3 ด้านซึ่งมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.236, p<.05$ ) และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.298, p<.05$ ) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจจนสามารถผ่านพ้นจากสภาพความทุกข์ทรมานจากการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษยาได้ดีขึ้น อีกทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและจัดการอาการถอนพิษสุรา ที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการลดลง (Bargiel-Matusiewicz, Ziebaczevska, 2006) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม จากการศึกษาแรงสนับสนุนของผู้ที่ติดสุราและสารเสพติดนั้น โอกราดีและคณะรายงานว่า (Lee, 2005; 19; citing o' Grady, Battjes, & Katz, 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติด มีความพร้อมในการบำบัด โดยเฉพาะในระยะแรกของการบำบัด (Early stage of treatment) สอดคล้องกับ ลัวเดทและคณะ (Warren; Stein; & Grella. 2007: 268; Citing Laudet, et al. 2005) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงฟื้นคืนสภาพของผู้ติดยา (Recover) มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่กำลังจะหยุดยา เพราะเป็นช่วงที่มักเกิดความลังเลในการหยุดยาสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม จากการศึกษาแรงสนับสนุนของผู้ที่ติดสุราการใช้ครอบครัวเป็นกำลังใจช่วงอาการขาดสุรา จากการศึกษาที่กล่าวว่าการหยุดดื่มสุราทำให้เกิดการขาดสุรา ซึ่งความรุนแรงในแต่ละคนแตกต่างกัน การได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดแนบแน่น ซึ่งความต้องการและสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาเช่น หงุดหงิด โมโหง่ายเกิดจากการขาดสุราจะไม่ถือโทษเพราะความรักความเข้าใจที่มีให้กันทำให้ไม่โกรธผู้ให้ข้อมูลเพราะความรัก ความห่วงใยที่มีให้กัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึกลำบากใจ รู้สึกมีคนอื่นอยู่เคียงข้าง (House, 1989 cited Tilden, 1985, p201) จึงทำให้มีมานะพยายามต่อไปให้สามารถเลิกสุรา ไม่กลับไปดื่มในระยะเลิกสุราได้สำเร็จ การใช้กำลังใจจากครอบครัวให้เลิกดื่มสุราถาวร การช่วยเหลือการเงินจากบุคคลในครอบครัวเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละวันซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนเท่านั้น วัตถุประสงค์หลักคือการใช้กำลังใจจากครอบครัว ที่รู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว (Pender, 1996, pp, 257-259)

สำหรับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา แบบแผนการดื่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา

สรุปผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษสุราควรมีการตระหนักและวินิจฉัยให้เร็ว ควรได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงโดยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางจิตเวชในการปฏิบัติการขั้นสูงนั้นพยาบาลจิตเวชจำเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับพฤติกรรมที่ต้องปรับตัวเกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและพยาบาลมีความแม่นยำในการประเมินการใช้แอลกอฮอล์ และการเข้าสู่ระบบของการดูแลสุขภาพเพื่อลดและขจัดอันตรายจากภาวะถอนพิษสุรา การรักษาพยาบาลต้องเริ่มก่อนที่จะมีอาการรุนแรงการปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจในอาการ มีการใช้เครื่องมือคัดกรองอย่างง่าย ประวัติด้านสุขภาพในเรื่องอาการของการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดและติดแอลกอฮอล์ การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติ และการดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา จะทำให้การพยาบาลที่ให้มีผลสำเร็จตามเป้าหมายซึ่งการที่พยาบาลผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในใน ระยะบำบัดด้วยยา ได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมถึงการที่บุคลากรสุขภาพจะสามารถพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอันอาจเกิดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่แตกต่างกันนั้น จำเป็นต้องทราบและประเมินปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในในระยะบำบัดด้วยยาต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนการภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.2) ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดปัญหา ดังกล่าว อีกทั้งการจัดกิจกรรมพยาบาล ควรนำปัจจัยที่พบที่มีความสัมพันธ์ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ไปเป็นข้อมูลนำไปวางแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาเพื่อป้องกันและลดอันตรายอาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุรา

2. จากผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีบทบาทในการคัดกรอง

และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็วและถูกต้อง และการใช้แบบประเมินที่มาตรฐาน เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการติดตามการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

#### ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านวิชาการและด้านบริการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ที่เข้ารับการรักษาเสพติด เช่น นำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบกับวางแผนพัฒนาหลักสูตรการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย แก้ปัญหาที่แท้จริงของผู้เข้ารับการรักษาให้มากที่สุดและนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเด็ดขาด

2. สนับสนุนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยาทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปสู่สังคม เพื่อไม่ให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์กลับไปดื่มซ้ำ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเข้าสู่วงจรของการใช้ยาเสพติดเช่น บุหรี่ สารกระตุ้นต่างๆ เนื่องจากยาเสพติดดังกล่าวเป็นสารเสพติดเบื้องต้นที่จะนำไปสู่ยาเสพติดตัวอื่น

#### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยา ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการถอนพิษสุรา ประวัติการชัก การใช้สารเสพติดร่วม ความดันโลหิต ปริมาณการดื่ม แบบแผนการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนา รูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอาจเกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา และเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมกับผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ กิตติวัฒนกุล. (2546).โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. วารสารจิตเวชขอนแก่น  
ราชนครินทร์. 5, (2):33-39.
- เกื้อกุล ถนอมจิต.(2543).ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลกับ  
ความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กัณณพนธ์ ภัคดิเศรษฐกุล.(2551).รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2551. ศูนย์วิจัยปัญหา  
สุรา; กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การวิชาการสารเสพติด. (2550).สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ.  
2550 จากการสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; กรุงเทพมหานคร.
- จำลอง ดิษยวานิช และพริ้มเพรา ดิษยวานิช .(2545) .ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.  
เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์.(2545).การพยาบาลผู้เสพติดสุรา.ใน สมจิตต์ วงษ์ปา, ปัญรัตน์ ศรีสว่าง, ปราณิ ภา  
นุภาส, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, นิภา ณีสกุล และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, ตำราการพยาบาลยาเสพติด,  
หน้า 222-226. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้ง
- ดารินทร์ กำแพงเพชร และคณะ. (2549). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549. ศูนย์วิจัย  
ปัญหาสุรา; กรุงเทพมหานคร.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2543). โรคอารมณ์แปรปรวน.ตำราจิตเวชศาสตร์:สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และ สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. (2545). เวชศาสตร์โรคติดยา:  
คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ.(2547). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ.(2548). จิตวิทยาการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด. นนทบุรี: สห  
มิตรพรินต์ติ้ง.
- ทวีพร วิสุทธีมรรค. (2548). เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกรุ ภัทรากร, ลำคำ  
ลักขณาภิชนัชช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์.นิภา กิมสูงเนิน, ตำราเวชศาสตร์การเสพติด, หน้า 91-125.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เทพินทร์ พิชรานุกรักษ์ณ.(2549). พฤติกรรมการบริโภคสุรา.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและพันธ์ศักดิ์ วราอศฺวปิติ.(2536).ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการติดยา.คู่มือ  
จิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.ขอนแก่น :ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- นิตานถา โชคเกิด.(2545).ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดยาใน  
โรงพยาบาลลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นันทิกา ทวิชาชาติ.(2548).**ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 11.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. (2550).รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; กรุงเทพมหานคร.
- บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. (2551). **การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- บุญยพัชร์ ปิยะบุญสิทธิ. (2547). **ภาวะสุขภาพจิตการวางแผนชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธร จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร.(2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์**.พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพมหานคร:ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ.(2543). **สุรากับสุขภาพ.คู่มือรณรงค์ป้องกันปัญหาจากสุรา.สมาคมป้องกันปัญหาจากสุรา**.
- ปรีทรรศ ศิลปกิจ, วนิตา พุ่มไพศาลชัยและพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์.(2542).**ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา**. รายงานวิจัย.
- พิชัย แสงชาญชัย.(2549).**โรคติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง**.เอกสารอัดสำเนา.
- พิชัย แสงชาญชัย ,พงศธร เนตรคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล .(2549). **ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด**. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- พิชัย แสงชาญชัย.(2548).**สุรา แอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง**. ใน วิโรจน์ วีรชัย, อังกร ภัทรากร, ล้ำชา ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และ นิภา กิมสูงเนิน, **ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด**,หน้า 281-315.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ ,หทัยชนนี บุญเจริญ,และสุนทรี ศรีโกไสย . (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลชุมชน**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง .
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวานิช.(2542).**ตำราจิตเวชศาสตร์**.เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. )2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยุวดี โชติวัฒน์พงษ์. “ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี.”วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
- รณชัย คงมนตร์ธมภ์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2551). **การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมสุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย** .นนทบุรี: โครงการประเมินผลเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

- ลชิตา ศรีธรรมชาติและคณะ.(2552).**คู่มือการฝึกอบรมวิทยากรเพื่อป้องกันการติดยาเสพติด.สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5. ม.ป.ท.**
- ลัดดา แสนสีหา.(2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2542). **โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด.ตำราจิตเวชศาสตร์.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว**
- สกนธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม. (2550). การดื่มสุรแบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 52(3): 296-305.**
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์.(2553).**จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสุราปีงบประมาณ 2549-2553.** ระบบออนไลน์ [www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1041](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=1041)
- สรिता ธีระวัฒน์สกุล. (2551). **การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในชุมชนประเทศไทย.** การประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 4 วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2551 โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี.
- สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2550). **ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา : ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ.** พยาบาลสาร. 34(4) : 1 –9
- สุนทร ศรีโกสโย.(2548).**ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้เสพติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง.**การค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา อู๋รัตนมณี.(2549).**ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2549). **รายงานความก้าวหน้าโครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทยระหว่างเดือน มีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2549.** (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2550).**รายงานผลการศึกษา ภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ.2547** สำนักงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานนโยบาย [ระบบออนไลน์].แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2550).**สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นพฤติกรรมกาสูบบุหรืและการดื่มสุราของประชากรปีพ.ศ.2550.**สำนักงานสถิติแห่งชาติ.[ระบบออนไลน์].  
แหล่งที่มา:<http://portar.nso.go.th/othersWS-world-context-root/index.jsp>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC.

- Andersohn, F. & Kiefer, F. (2004). Depressive Mood and Craving During Alcohol Withdrawal: Association and Interaction. **German Journal of Psychiatry** 7(2): 6-11.
- Ballenger, JC and RM Post.(1978).Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. **Br J Psychiatry** 133: 1-14.
- Beck. (1967). **Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects**. New York: Hoeber Medical division.
- Beck, A.T.)1967(. **Depression: Clinical,Experimental and Theoretical Aspects**. New York: Harper & Row.
- Benzer, D.G. (1990). **Quantification of the alcohol withdrawal syndrome in 487 alcoholic**.
- Becker, H.C. (1998). Kindling in alcohol withdrawal. **Alcohol Health & Research World** 22: 25–33.
- Becker, H.C. (1999). Alcohol withdrawal: Neuroadaptation and sensitization. **CNS Spectrums** 4: 38–65.
- Becker, H.C., and Hale, R.L. (1993). Repeated episodes of ethanol withdrawal potentiate the severity of subsequent withdrawal seizures: An animal model of alcohol withdrawal “kindling.” **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 17(1): 94–98.
- Burapakajornpong, N., Maneeton, B., Srisurapanont, M. (2011). Pattern and Risk Factors of Alcohol Withdrawal Delirium. **J Med Assoc Thai** 94 (8): 991-996.
- Daley, D.C., Salloum,I.M., Zuckoff,A., Kirisci,L. and Thase,M.E. )1998(. Increasing Treatment Adherence Among outpatients With Depression and Cocaine Dependence: Result of a Pilot Study. **The American Journal of Psychiatry** 155: 1611-1613.
- Davis,L.(1992).Instrument review: Getting the most from your panel of expert.Applied Nursing Research 5:104-107.
- Dillman,D.A.(2000).Mail and Internet surver. The tailored design method.(2<sup>nd</sup>ed). New York:Jone wiley&sens
- Grant, B.F., Dawson, D.A. (1998). Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **Journal of Substance Abuse** 10: 163-73.
- Greenfield, S.E. (2002). Women and alcohol use disorder. **Harv Rev Psychiatry** 10(2): 76-85.
- Gelder, M.,Mayou,R. and Cowen,P. (2001).The misuse of alcohol and drugs.In G. Michael, M.Richard, & C.Philip (Eds.), **Textbook of psychiatry**.4(536-579). Arthens: Oxford University Press.



- Hartsell, Z., Drost, J., Wilkens, J.A., Budavari, A.I. (2007). Managing alcohol withdrawal in hospitalized Patients. **JAAPA** 20(9): 20-25.
- Hawker, R. & Orford, J. (1998). Predicting alcohol withdrawal severity support for the role of Expectation and anxiety. **Addiction Research** 6(3): 265-281.
- 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., and other. (1997). Impact of Age on the Severity, Course, and Complications of Alcohol Withdrawal. **Arch Intern Med** 157(19): 2234-2241
- Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry** 147(6): 685–695.
- Madden, J.S. (1993). Alcohol and depression. **British Journal of Hospital Medicine** 50: 261–264.
- Monte, R., Rabuñal, R., Casariego, E., Bal, M., Pértega, S. (2009). Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. **European Journal of Internal Medicine** 20: 690-694.
- Myrick, H. and Anton, R.F. (1998). Treatment of Alcohol Withdrawal. **Alcohol Health Res World** 22(1): 38-43.
- Palmstierna, T. (2001). A model for predicting alcohol withdrawal delirium. **Psychiatric Services** 52 (6): 820-823.
- Paul Haber, Nicholas Lintzeris, Elizabeth Proude and Olga Lopatko. (2009). **Guideline for the Treatment of Alcohol problem.**
- Pender,N.J.(1996) Health promotion in nursing practice.New Jersey:Appleton and Lang
- Streubert,H.J.Carpenter,D.R.(2007).
- Polit,D.F.,& Beck,T.B.(2004).Nursing Research :Principles and methods(7<sup>th</sup> ed).Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.
- Pompei et al. (1994). Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. **Journal of American Geriatric Society** 42(8): 809-15.
- Prescrire. (2007). Alcohol withdrawal syndrome: how to predict, prevent, diagnose and treat it. **Prescrire International** 16(87): 24-31.
- Saitz, R. (1998). Introduction to alcohol withdrawal. **Alcohol Health Res World** 22(1): 5-12.
- Sadock,B.J.and Sadock,V.A. (2003).**Synopsis of psychiatry :behavioral sciences/clinical psychiatry.**(9<sup>th</sup> ed.) Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.

- Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Reich, T., Hesselbrock, V.M., Bucholz, K.K. (1995). The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. **Addiction** 90: 1335–1347.
- [Shaw, G.K., Waller, S., Latham, C.J., Dunn, G., Thomson, A.D.](#) (1998). **The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome.**
- Soyka, M., Lutz, W., Kauert, G. et al. (1989). Epileptic seizures and alcohol withdrawal: Significance of additional use (and misuse) of drugs and electroencephalographic findings. **J Epilepsy** 2(2): 109-113.
- Spielberger, D.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1970). **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (1983) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y: Self-evaluation questionnaire. **Consulting Psychologists**. Palo Alto.
- Stockwell, T., Murphy, D. & Hodgson, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. **British Journal of Addiction** 78: 145-155.
- Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., Sellers, E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). **British Journal of Addiction** 84 (11): 1373–1357.
- Stevens, H.H. and Craske, M.G. (2002). **Brief Cognitive-Behavioural Therapy: Definition and Scientific Foundations.** **Handbook of Brief Cognitive Behavioural Therapy.** England: John & Sons Ltd.
- Thondeike, R.M. (1978). Correlational procedures for research. New York: Gardner Press.
- Tilden, V.P. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in*
- Trevisan, L.A., Boutros, N., Petrakis, I.L., Krystal, J.H. (1998). Complications of alcohol withdrawal: Pathophysiological insights. **Alcohol Health & Research World** 22(1): 61-66.
- Wetterling, T., Kanitz, R.D., Veltrup, C. et al. (1994). Clinical predictors of alcohol withdrawal delirium. **Alcohol Clin Exp Res** 18(5): 1100-1102
- Weissman, M.N., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A. and Locke, B.Z. (1997). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 106(12): 203-204.
- Whitfield, CL, Thompson G, Lamb A et al. (1978). Detoxification in 1024 alcoholic patients without psychoactive drugs. **JAMA** 239(14): 1409-1410.
- WHO. (2003). **WHO to meet beverage company representative to discuss health-related alcohol issues** [online] Available <http://riley@WHO.int>.

WHO.(2008).Dependencesyndrome.[online]Availablehptt//www.who.int/substance\_abuse/terminology/definition/en/.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. แพทย์หญิง ภัทรินทร์ ชมภูคำ	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
2. แพทย์หญิง วรางคณา รัชังงาน	นายแพทย์ชำนาญการ
3. ดร.हररषषष ढरषषषषषषषष	ประธานกรรมการหลักสูตรพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. นาง สำเนา นิลบรรพ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานวิจัยสถาบัน
5. นายสุรรัตน์ สุนันตรา	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข  
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1586



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

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

เนื่องด้วย นางณัฐกฤตา ชันดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. แพทย์หญิง วรางคณา รักษ์งาน | นายแพทย์ชำนาญการ      |
| 2. แพทย์หญิง ภัทรินทร์ ชมภูคำ | นายแพทย์ชำนาญการ      |
| 3. นางสาวเนา นิลบรรพ์         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	แพทย์หญิง วรางคณา รักษ์งาน, แพทย์หญิง ภัทรินทร์ ชมภูคำ และนางสาวเนา นิลบรรพ์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157
ชื่อนิสิต	นางณัฐกฤตา ชันดี โทร. 085-022-2514



ที่ ศธ 0512.11/ 1568



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

8 ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

เนื่องด้วย นางณัฐกฤตา ชันตี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ھرรษา เศรษฐบุปผา ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีร ฌนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ ดร. ھرรษา เศรษฐบุปผา
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157
ชื่อนิสิต	นางณัฐกฤตา ชันตี โทร. 085-022-2514

ที่ ศธ 0512.11/1568



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

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

เนื่องด้วย นางณัฐกฤตา ชันดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายสุรัตน์ สุนันตรา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

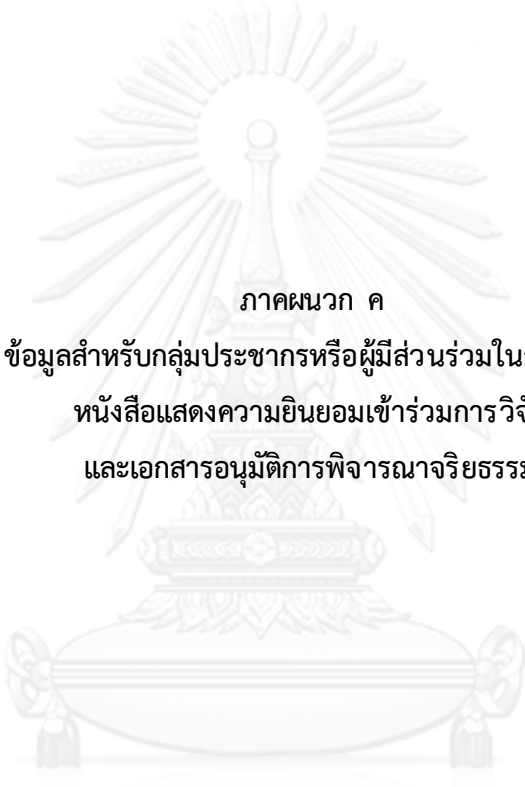
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร รณศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายสุรัตน์ สุนันตรา
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157
ชื่อนิสิต	นางณัฐกฤตา ชันดี โทร. 085-022-2514



ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

และเอกสารอนุมัติการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย                      ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์  
ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา

ชื่อผู้วิจัย                                นางณัฐกฤตา ชันดี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ                            เลขที่ 60 ถนน พหลโยธิน ตำบลประชาติปต์ย์ อำเภอ ธัญบุรี จังหวัด  
ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12130 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5310050-8 ต่อ  
359 มือถือ 085-0222514 E-mail :nutkrista.matee@hotmail.co.th

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาภาวะอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ประวัติการเกิดอาการถอนพิษสุรา ประวัติการเกิดอาการการชัก ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนทางกาย การใช้สารเสพติดร่วม แบบแผนการดื่ม ปริมาณการดื่ม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา

3. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งกลุ่มหรือแบ่งพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ในเขตภาคกลาง จำนวน 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ในเขตภาคเหนือ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และในเขตภาคใต้ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาตามรายงานประจำปี 2555 ดังนี้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 118 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จำนวน 56 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จำนวน 30 คน และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 5 คน มีอายุระหว่าง อายุ 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา

4. ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ-สกุลและที่อยู่ ลงในรายงานวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้

5.1 ในการวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participant) ซึ่งผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเองและขอความ

ร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลักโดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ทั้งหมด 5 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 111 ข้อ

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

5.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5.4 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยระหว่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นด้านจิตใจหรือเกิดความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหยุดการตอบแบบสอบถามได้พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการดีขึ้นสามารถทำแบบสอบถามต่อได้ในเวลาต่อมาเมื่อพร้อม หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

5.5 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

5.6 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางฉวีภักดิ์ ชันดี โทรศัพท์ หมายเลข 02-5310050-8 ต่อ 359 มือถือ 085-0222514

5.7 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อ และที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล จะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5.8 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนงานและจัดให้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ และป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น

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

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่ง ได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา ของผู้วิจัยชื่อนางฉัฐกฤตา ขันดี สถานที่ติดต่อ 60 ถ. พหลโยธิน ต. ประชาธิปัตย์ อ. รัชฎบุรี จ. ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์12130 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)02-5310050-8 ต่อ 359

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตรายและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 111 ข้อ และได้ทราบถึงประโยชน์จากการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นาง ฉัฐกฤตา ขันดี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ที่ สธ ๐๓๑๓/๑๐๗



สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู  
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
ตำบลประชาธิปไตย อำเภอรัญบุรี  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๑๗ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๘๑๕ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางณัฐกฤตา ชันติ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันฯ ได้ประชุมพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๖ ซึ่งมีมติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามโครงการร่างการวิจัยได้ แต่ให้แก้ไขรายละเอียดในโครงร่างการวิจัย นั้น

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันฯ ได้ตรวจสอบแล้วพบว่าครบถ้วนตามข้อเสนอแนะ จึงมีมติให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยตามที่แนบท้ายนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการโครงการวิจัยตามกระบวนการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิโรจน์ วีรชัย)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐ ๘ ต่อ ๔๙๒, ๔๙๙, ๕๐๓

โทรสาร ๐ ๒๕๙๘ ๙๓๑๔



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

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพยาติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา.....

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL WITHDRAWAL OF.....  
ALCOHOLICS RECEIVING INPATIENT DETOXIFICATION.....

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....ณัฐกฤตา ขันดี.....

สาขา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....คณะ.....พยาบาลศาสตร์.....

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

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองโครงการวิจัย

ไม่รับรอง

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

วันที่หมดอายุ .....5.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2558.....

ลงนาม .....

(... นพ.ลำชา ... ลักษณาภินชัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....

(..... นางสาวเนา... นิลบรรพ์.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วนได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน ( ) หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด
  - ( ) คู่
  - ( ) หม้าย/หย่า
  - ( ) แยกทางกันอยู่
3. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - ( ) ไม่ได้เรียน
  - ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
  - ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย
  - ( ) ปริญญาตรี
  - ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
  - ( ) ไม่มีอาชีพ/พ่อบ้าน/แม่บ้าน
  - ( ) รับจ้าง
  - ( ) รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ
  - ( ) ธุรกิจส่วนตัว
  - ( ) ทำสวน/ทำนา/ทำไร่
  - ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

6. จำนวนครั้งที่การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาในสถานบริการสุขภาพ  
รวมถึงครั้งนี้จำนวน .....ครั้ง
7. ความดันโลหิตขณะแรกรับ เท่ากับ .....มิลลิเมตรปรอท (ผู้วิจัยกรอกข้อมูล)
8. ประวัติการเสพยาและสารเสพติดอื่นๆภายใน30 วันก่อนมาโรงพยาบาล
- 8.1 ยาบ้า/ยาไอซ์ ( ) ไม่เคยเสพ ( ) เคยเสพ
- 8.2 ยานอนหลับ ( ) ไม่เคยเสพ ( ) เคยเสพ
- 8.3 สารระเหย ( ) ไม่เคยเสพ ( ) เคยเสพ
- 8.4 กัญชา ( ) ไม่เคยเสพ ( ) เคยเสพ
- 8.5 อื่นๆ..... ( ) เคยเสพ
9. ประวัติการชัก (สาเหตุมาจากการดื่มสุรา)
- ( ) ไม่เคย ( ) เคย ถ้าหากเคยชักครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....
10. ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราเช่น มือสั่นมาก เหงื่อออก คลื่นไส้อาเจียน  
กระสับกระส่าย
- ( ) ไม่เคย
- ( ) เคยเกิดครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....
11. การบริโภคแอลกอฮอล์
- 11.1 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม
- ( ) สุราขาว 40 ดีกรี ( ) สุราสี ( ) เบียร์
- ( ) บรั่นดี ( ) อื่นๆ.....
- 11.2 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวัน และรวมเวลาการดื่ม  
มานาน.....เดือน/ปี
- ( ) 1-2 กีก ( ) 1-2 แก้ว ( ) ครึ่งขวด
- ( ) 1 ขวดกลม ( ) อื่นๆ.....
- 11.3 แบบแผนการดื่ม
- ( ) ดื่มเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ( ) ดื่มตอนกลางวัน ( ) ดื่มในตอนเย็น
- ( ) ดื่มตลอดทั้งวัน ( ) อื่นๆ.....
12. โรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น อาการปวดศีรษะ โรคความดันโลหิตสูง และอื่นๆ
- ( ) ไม่มี
- ( ) มี ถ้าหากมี (ระบุโรค).....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา

แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol – Revised (CIWA-Ar) (Sullivan et al., 1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถือเป็น gold standard มีการประเมินอาการผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราอย่างละเอียดนำเข้ามาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกโดยจอห์นบี ซอว์นเดอร์ส (John B.Suanders) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์(2547) ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol –Revised (CIWA-Ar) (Sullivan et al., 1989) ประกอบด้วยข้อความที่ใช้บรรยายอาการทั่วไปของอาการขาดสุราจำนวน 10 ข้อพร้อมทั้งประเมินอาการตรงตามมาตรฐานโดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัยในแต่ละพื้นที่นำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งการประเมินอาการขาดสุรา ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาในช่วงเวลาหลังดื่มครั้งสุดท้าย 6-96 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่จะมีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราโดยจะติดตามประเมินอาการต่อเนื่องในระยะเวลา 7 วันขณะบำบัดรักษา

ค่าคะแนน CIWA-Ar กำหนดไว้ในแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจาก แอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของกรมสุขภาพจิตปี 2549 ได้จากฐานข้อมูล ต่างประเทศว่า

คะแนน CIWA-Ar	การแปลความหมาย
1-9 คะแนน	อาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย ระยะที่ไม่มีอาการรุนแรง
10-14 คะแนน	อาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง
15-18 คะแนน	อาการถอนพิษสุราระดับมาก
มากกว่า 19 คะแนน	อาการถอนพิษสุราระดับรุนแรงมาก

อาการ/ วันที่ เวลา	วันที่					วันที่					วันที่				
ชีพจร (เต็ม 1 นาที )															
ความดันโลหิต															
1. คลื่นไส้อาเจียน															
2. การสั่น															
3. การขับเหงื่อ															
4. อาการวิตกกังวล															
5. อาการกระวนกระวาย															
6. การรับสัมผัสผิดปกติ															
7. การรับรู้ทางเสียง ผิดปกติ															
8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ															
9. อาการปวดศีรษะ															
10. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล															
ประเมินคะแนน															
พยาบาลผู้ประเมิน															

<p>1. คลื่นไส้ อาเจียน ถาม “ คุณรู้สึกพะอืด พะอม ” คลื่นไส้/ อาเจียนไหม ? สังเกต</p> <p>0 ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน</p> <p>4 คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร</p> <p>7 คลื่นไส้อยู่เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย</p>	<p>6.การรับสัมผัสผิวดูดปฏิกิริยา “รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ตามผิวหนังบ้างไหม”</p> <p>0.ไม่มี</p> <p>1.คันยุบยิบเป็นเหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน</p> <p>2.คันยุบยิบ ปวดแสบปวดร้อน</p> <p>3.คันยุบยิบปานกลางปวดแปลบๆ</p> <p>4.คันยุบยิบปานกลาง มีอาการประสาทหลอนทางสัมผัส</p> <p>5. อาการประสาทหลอนรุนแรง</p> <p>6.มีอาการประสาทหลอนรุนแรงมาก</p> <p>7.อาการประสาทหลอนรุนแรงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา</p>	<p>8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ ถาม “ คุณรู้สึกว่าแสงไฟที่เห็น จ้าเกินปกติไหม? สีเปลี่ยนไปจากเดิมไหม? ทำให้คุณรู้สึกแสบตาไหม? คุณเห็นสิ่งที่มันแปลกๆบ้างไหม? สิ่งที่คุณเห็นคุณรู้ว่ามีจริงไหม? ” สังเกต</p> <p>0 ไม่มี</p> <p>1 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย</p> <p>2 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย</p> <p>3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง</p> <p>4 มีอาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง</p> <p>5 มีอาการประสาทหลอนรุนแรง</p> <p>6 มีอาการประสาทหลอนรุนแรงมาก</p> <p>7 มีอาการประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา</p>
<p>2.การสั้น ทดสอบ ให้เหยียดแขนตรงกางมือออก สังเกต</p> <p>0 ไม่มีอาการสั้น</p> <p>1.ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ปลายนิ้วมีอาการสั้น</p> <p>4.สั้นปานกลาง พบว่าสั้นขณะผู้ป่วยเหยียดแขน</p> <p>7.สั้นรุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน</p>	<p>7.การรับสัมผัสผิวดูดปฏิกิริยา ถาม “คุณรู้สึกพะวงกับเสียงรอบๆตัวมากกว่าเดิมไหม?”</p> <p>0 ไม่มีเสียง</p> <p>1 มีเสียงระคายหูเล็กน้อย ทำให้กั้วน้อยมาก</p> <p>2 มีเสียงระคายหู ทำให้กั้วน้อย</p> <p>3 มีเสียงระคายหู ทำให้กั้วปานกลาง</p> <p>4 มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง</p> <p>5 มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก</p> <p>6 มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน</p> <p>7 มีหูแว่วอยู่ตลอดเวลา</p>	<p>9. ปวดศีรษะถาม “มีอาการปวดศีรษะบ้างไหม” รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบศีรษะไหม?</p> <p>0.ไม่มี</p> <p>1.มีน้อยมาก</p> <p>2.มีอาการน้อย</p> <p>3.มีอาการปานกลาง</p> <p>4.มีอาการรุนแรงปานกลาง</p> <p>5.มีอาการรุนแรง</p> <p>6.มีอาการรุนแรงมาก</p> <p>7.มีอาการรุนแรงที่สุด</p>
<p>3 การขับเหงื่อ สังเกตการขับเหงื่อเป็นพักๆ</p> <p>0 ไม่มีเหงื่อ</p> <p>1ไม่ค่อยเห็นว่ามีเหงื่อ แต่ฝ่ามือขึ้น</p>	<p>4 เห็นเหงื่อออกเป็นเม็ดๆ เห็นชัดบริเวณหน้าผาก</p> <p>7 เหงื่อออกทั้งตัว</p> <p>4 วิดกกังวลถาม “ คุณรู้สึกวิดกกังวลไหม?” สังเกต</p> <p>0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย</p> <p>1 กังวลเล็กน้อย</p> <p>4 กังวลปานกลางหรือปิดบังทำให้น่าสงสัยว่าจะมี</p> <p>7 หวาดกลัวรุนแรง</p>	<p>10.การรับรู้ สถานที่ ถาม “วันนี้วันอะไร ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? คุณกำลังคุยกับใคร”</p> <p>0.ตอบได้ถูกต้องตรงตามคำถาม</p> <p>1.ตอบได้ไม่แน่นอนเรื่องวัน</p> <p>2.ตอบผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน</p> <p>3.ตอบผิดพลาดมากกว่า 2 วัน</p> <p>4.ตอบผิดทั้งสถานที่และหรือบุคคล</p>
<p>4 เห็นเหงื่อออกเป็นเม็ดๆ เห็นชัดบริเวณหน้าผาก</p> <p>7 เหงื่อออกทั้งตัว</p> <p>4 วิดกกังวลถาม “ คุณรู้สึกวิดกกังวลไหม?” สังเกต</p> <p>0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย</p> <p>1 กังวลเล็กน้อย</p> <p>4 กังวลปานกลางหรือปิดบังทำให้น่าสงสัยว่าจะมี</p> <p>7 หวาดกลัวรุนแรง</p>	<p>5 อาการกระวนกระวาย สังเกต</p> <p>0 พฤติกรรมเคลื่อนไหวปกติ</p> <p>1 กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย</p> <p>4 ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง</p> <p>7 เดินไปเดินมาขณะตอบคำถาม ผุดลุกผุดนั่ง</p>	<p>10.การรับรู้ สถานที่ ถาม “วันนี้วันอะไร ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? คุณกำลังคุยกับใคร”</p> <p>0.ตอบได้ถูกต้องตรงตามคำถาม</p> <p>1.ตอบได้ไม่แน่นอนเรื่องวัน</p> <p>2.ตอบผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน</p> <p>3.ตอบผิดพลาดมากกว่า 2 วัน</p> <p>4.ตอบผิดทั้งสถานที่และหรือบุคคล</p>
<p>5 อาการกระวนกระวาย สังเกต</p> <p>0 พฤติกรรมเคลื่อนไหวปกติ</p> <p>1 กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย</p> <p>4 ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง</p> <p>7 เดินไปเดินมาขณะตอบคำถาม ผุดลุกผุดนั่ง</p>		

## ประเมินอาการขาดสุรา ( Ciwa -Ar)

อาการ / วันที่																			
ซีพจร (เต็ม 1 นาที )																			
ความดันโลหิต																			
1. คลื่นไส้อาเจียน																			
2. การสั่น																			
3. การขับเหงื่อ																			
4.อาการวิตกกังวล																			
5.อาการกระวน กระวาย																			
6. การรับสัมผัสผิดปกติ																			
7. การรับรู้ทางเสียง ผิดปกติ																			
8.การรับรู้ทางตา ผิดปกติ																			
9.อาการปวดศีรษะ																			
10.การรับรู้เวลา สถานที่บุคคล																			
ประเมินคะแนน																			
พยาบาลผู้ประเมิน																			

**การรักษา**

- คะแนน CIWA-Ar = 10-18 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 5 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และ ประเมินซ้ำทุก 15 นาที
- คะแนน CIWA-Ar = 19-24 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 10 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และ ประเมินซ้ำทุก 15 นาที
- คะแนน CIWA-Ar = มากกว่า 24 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 20 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และ ประเมินซ้ำทุก 15 นาที

**หมายเหตุ** ในการให้ยา Diazepam ต้องรายงานแพทย์ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง  
ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางจิตให้รายงานแพทย์เป็นกรณี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล จำแนกเป็น

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory -STAI) ของSpielberger (1967) ที่แปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี, รศ.ดร. สายฤดี วรกิจโกศล และดร.มาลี นิสสัยสุข (2534 )ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

**ส่วนแรก เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety-ANX-S)** ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ

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

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

วิธีตอบแบบวัดผู้ตอบต้องพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใดซึ่งจัดไว้ 4 ระดับคือ

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

มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก

ถ้าเลือกตอบในช่อง ไม่รู้สึกเลย ให้ 4 คะแนน

ตอบในช่อง รู้สึกเล็กน้อย ให้ 3 คะแนน

ตอบในช่อง รู้สึกค่อนข้างมาก ให้ 2 คะแนน

และตอบในช่อง รู้สึกมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

ถ้าเลือกตอบในช่อง ไม่รู้สึกเลย ให้ 1 คะแนน

ตอบในช่อง รู้สึกเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ตอบในช่อง รู้สึกค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน

และตอบในช่อง รู้สึกมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

**การแปลผล** คะแนนทั้งหมดของแบบวัดนี้กระจายอยู่ในช่วงระหว่าง 20-80 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูง ถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันต่ำ

ส่วนที่สอง เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ เป็นเชิงนิมาน 7 ข้อมี 1, 6, 7, 10, 13, 16 และ 19 และเป็นข้อที่มีความหมายเชิงนิเสธ 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 และ 20 วิธีตอบแบบวัดผู้ตอบต้องพิจารณาว่า ข้อความในแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใดซึ่งจัดไว้ 4 ระดับ คือ

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

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมาน(ทางบวก) และความหมายเชิงนิเสธ(ทางลบ) ให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	การให้คะแนน	
	ข้อความเชิงนิมาน (ทางบวก)	ข้อความเชิงนิเสธ(ทางลบ)
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 ผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวสูง ถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ มีผู้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงที่สุด(Springhouse review,2002; Schulth,2002 อ้างถึงใน พัฒนี เอกบุตร,2551) ตามช่องคะแนนดังนี้

- |       |       |         |                                      |
|-------|-------|---------|--------------------------------------|
| คะแนน | 20-40 | หมายถึง | ความวิตกกังวลเล็กน้อย                |
| คะแนน | 41-60 | หมายถึง | ความวิตกกังวลระดับปานกลาง            |
| คะแนน | 61-70 | หมายถึง | ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง          |
| คะแนน | 71-80 | หมายถึง | ความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงที่สุด |

### ตอนที่ 1. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในขณะปัจจุบัน

ลักษณะของแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในขณะปัจจุบันช่วงที่เข้ารับการรักษา จำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะนี้

ข้อความในแต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จึงไม่ควรใช้เวลาในการพิจารณานานเกินไป

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกเล็กน้อย	รู้สึกค่อนข้างมาก	รู้สึกมากที่สุด
1.ฉันรู้สึกสงบ				
2.ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3.ฉันรู้สึกดีใจ				
4.ฉันรู้สึกเศร้าใจ				
5.ฉันรู้สึกสบายใจ				
6.ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
7.ฉันรู้สึกกังวลใจอย่างไม่รู้สาเหตุ				
8.ฉันรู้สึกได้พักผ่อน				
9.ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
10.ฉันรู้สึกสะดวกสบาย				
11.ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ฉันรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13.ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย				
14.ฉันรู้สึกอึดอัด				
15.ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16.ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17.ฉันรู้สึกหวาดหวั่น				
18.ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				
19.ฉันรู้สึกรำเริงเบิกบาน				
20.ฉันรู้สึกแจ่มใส				

## ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกทั่วไปของท่านที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ลักษณะของแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกทั่วไปของท่าน ลักษณะของแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายความรู้สึกทั่วไปของท่าน จำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ความรู้สึกในขณะนี้	แทบไม่เคยเลย	รู้สึกบางครั้ง	รู้สึกบ่อยๆ	รู้สึกเกือบตลอดเวลา
1. ฉันรู้สึกแจ่มใส				
2. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายง่าย				
3. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้				
4. ฉันอยากจะมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ฉันพลาดเสมอเพราะตัดสินใจไม่เหมาะสม				
6. ฉันรู้สึกได้พักผ่อน				
7. ฉันรู้สึกสงบเย็นใจและมั่นคง				
8. ฉันรู้สึกว่าปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถแก้ไข				
9. ฉันคิดกังวลเกินกว่าเหตุ				
10. ฉันมีความสุข				
11. ฉันมีความตั้งใจมุ่งมั่นเกินไป				
12. ฉันขาดความมั่นใจในตนเอง				
13. ฉันรู้สึกมั่นคงปลอดภัย				
14. ฉันมักจะหลีกเลี่ยงการเผชิญเหตุการณ์วิกฤติหรือความยุ่งยากทั้งหลาย				
15. ฉันรู้สึกมีความทุกข์และเศร้า				
16. ฉันรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิต				
17. ฉันรู้สึกสูญเสียเวลากับเรื่องไร้สาระ				
18. ฉันผิดหวังมากจนกระทั่งลืมไม่ได้				
19. ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ฉันมีความรุ่มรวยใจและตั้งเครียดเมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องและสนใจอยู่				

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินวัดหาภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจาก Beck (1967) เรียกว่า (BDI Beck Depression Inventory) ที่แปล และทดลองใช้โดย มุกดา ศรีรงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ มีระดับการประมาณค่า 5 ระดับ คิดคะแนนโดย รวมคะแนนทั้ง 21 ข้อ และแบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนที่ได้ดังนี้

0-9	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	ปกติ
10-15	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	น้อย
16-19	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	ปานกลาง
20-29	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	มาก
30-63	คะแนน	มีระดับคะแนนความซึมเศร้า	รุนแรง

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าตัวเลขเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรงกับความรู้สึกเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ....0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า  
 ....1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า บางครั้ง  
 ....2 ฉันรู้สึกซึมเศร้า ตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้  
 ....3 ฉันรู้สึกซึมเศร้า จนทนต่อไปไม่ได้แล้ว
2. ....0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต  
 ....1 ฉันรู้สึกท้อแท้กับอนาคตเป็นบางครั้ง  
 ....2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป  
 ....3 ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
3. ....0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลว  
 ....1 ฉันรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ  
 ....2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด  
 ....3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
4. ....0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ  
 ....1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่างอย่างดั่งเช่นเคย  
 ....2 ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่าง  
 ....3 ฉันไม่ได้รู้สึกพอใจ และเบื่อหน่ายต่อทุกสิ่งทุกอย่าง
5. ....0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด  
 ....1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง  
 ....2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา  
 ....3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6. ....0 ฉันไม่รู้สีกว่าถูกลงโทษ  
 .....1 ฉันรู้สีกว่าฉันอาจถูกลงโทษ  
 .....2 ฉันคาดว่าอาจจะถูกลงโทษ  
 .....3 ฉันรู้สีกว่าถูกลงโทษ
7. ....0 ฉันไม่รู้สีกฝิดหวังในตนเอง  
 .....1 ฉันรู้สีกฝิดหวังในตนเอง  
 .....2 ฉันรู้สีกสะอิดสะเอียนในตนเอง  
 .....3 ฉันเกลียดตัวเอง
8. ....0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันอ่อนแอและฝิดพลาดกว่าคนอื่น  
 .....1 ฉันชอบบวิเคราะห์ตัวเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความฝิดพลาด  
 .....2 ฉันตำหนิตัวเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ฝิด  
 .....3 ฉันตำหนิตัวเองสำหรับทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. ....0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย  
 .....1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง  
 .....2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน  
 .....3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. ....0 ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น  
 .....1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย  
 .....2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ  
 .....3 ฉันเคยร้องไห้แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออก แม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
11. ....0 ฉันไม่รู้สีกฉุนเฉียวโกรธง่าย  
 .....1 ฉันเป็นคนฉุนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน  
 .....2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา  
 .....3 ฉันรู้สีกโกรธง่ายตลอดเวลา
12. ....0 ฉันยังคงให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ  
 .....1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย  
 .....2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา  
 .....3 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง
13. ....0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ  
 .....1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 .....2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 .....3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย

14. ....0 ฉันไม่รู้สึกว่าตัวเองต่างไปจากเมื่อก่อน  
 ....1 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ  
 ....2 ฉันรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอริยาบถของฉัน ที่ทำให้ฉันไม่น่ามอง  
 ....3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
15. ....0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย  
 ....1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น กว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง  
 ....2 ฉันต้องผลักดันตัวเองอย่างมากที่จะทำงานอะไรๆ  
 ....3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. ....0 ฉันนอนได้ตามปกติ  
 ....1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย  
 ....2 ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อไปอีก  
 ....3 ฉันไม่สามารถนอนได้เลย
17. ....0 ฉันไม่รู้สึกว่าเหนื่อยกว่าปกติ  
 ....1 ฉันรู้สึกว่าเหนื่อยกว่าแต่ก่อน  
 ....2 ฉันรู้สึกว่าเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ  
 ....3 ฉันรู้สึกว่าเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้
18. ....0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ  
 ....1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างเคย  
 ....2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง  
 ....3 ฉันไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆเลย
19. ....0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง  
 ....1 น้ำหนักของฉันลดลง ประมาณ 2 กิโลกรัม  
 ....2 น้ำหนักของฉันลดลง ประมาณ 4 กิโลกรัม  
 ....3 น้ำหนักของฉันลดลง ประมาณ 6 กิโลกรัม
20. ....0 ฉันไม่วิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพ  
 ....1 ฉันวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพ  
 ....2 ฉันวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น  
 ....3 ฉันวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. ....0 ความสนใจเรื่องทางเพศของฉันเป็นปกติ  
 ....1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย  
 ....2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก  
 ....3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีก





## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนามา จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ซึ่งสร้างโดย บัญญัติพัชร ปิยะบุญ สิทธิ (2547) จากแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดทั้ง 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแล เอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าระหว่าง บุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูล การ ตักเตือน การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหที่เกิดขึ้น หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับ พฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) เป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ โดยตรงในรูปวัตถุหรือสิ่งของ เวลา เงิน หรือบริการ

โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
จริงมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น	5 มากที่สุด
จริงมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็น	4 ส่วนมาก
จริงปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น	3 ปานกลาง
จริงเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น	2 เล็กน้อย
ไม่จริง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น	1 เล็กน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน ลักษณะของข้อความที่แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคม จากจริงมากที่สุดถึงไม่จริง ให้คะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนลักษณะข้อความที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนน กลับกัน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่าน โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือกลงนี้

ที่	การสนับสนุนทางสังคม ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่อไปนี้อย่างไร	ระดับความคิดเห็น				
		จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงเล็กน้อย	ไม่จริง
1	การไม่ดื่มสุรา ทำให้ได้รับความรักจากบุคคลในครอบครัว					
2	การไม่ดื่มสุรา ทำให้ได้รับความเคารพจากบุคคลอื่นมากกว่าคนที่ดื่มสุรา					
3	การไม่ดื่มสุรา ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดมากกว่าคนที่ดื่มสุรา					
4	การไม่ดื่มสุรา ทำให้ได้รับการชื่นชมจากเพื่อน					
5	เมื่อข้าพเจ้ามีความเครียด ข้าพเจ้าได้รับการเอาใจใส่และได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว					
6	บุคคลใกล้ชิดข้าพเจ้าให้เวลาในการรับฟังปัญหาของข้าพเจ้าและช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหา					
7	เมื่อต้องการสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ข้าพเจ้าหาซื้อได้อย่างสะดวก					
8	ข้าพเจ้าได้รับเงินทองค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ					
9	เมื่อมีความเครียด ข้าพเจ้าจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้องจากบุคลากรสุขภาพ					
10	บุคคลใกล้ชิดมักแนะนำวิธีการในการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราอยู่เสมอ					
11	ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องราวความเป็นไปต่างๆของคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด					
12	ครอบครัวของข้าพเจ้าจะคอยขอร้องหรือห้ามมิให้ข้าพเจ้าดื่มสุรา					
13	ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุราจากบุคลากรทางสุขภาพ					
14	บุคลากรทางสุขภาพมีการจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ ความเข้าใจถึงโทษของการดื่มสุรา					



ภาคผนวก จ  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totaltingibal	meanciwa	tcwiwa	2	2	totalanxs	coaddic	volu of alcohol	pattern drink
2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.053 .445 208	-.126 .069 208	-.100 .151 208	-.043 .534 208	-.106 .127 208	-.098 .159 208	-.005 .945 208	-.005 .945 208	.141 .042 208	-.160 .021 208	.027 .702 208	-.066 .346 208	-.192 .005 208
2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.128 .065 208	-.334 .000 208	-.333 .000 208	-.074 .288 208	-.371 .000 208	-.395 .000 208	.124 .074 208	.124 .074 208	1 .042 208	-.297 .000 208	.000 .996 208	.059 .399 208	-.022 .751 208
totalanxs	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.019 .785 208	.623 .000 208	.118 .091 208	-.010 .884 208	.177 .010 208	.115 .098 208	-.011 .872 208	-.011 .872 208	-.160 .021 208	1 .000 208	-.017 .805 208	.003 .965 208	.112 .106 208
coaddic	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.019 .784 208	-.063 .362 208	.084 .225 208	.086 .215 208	.054 .439 208	.072 .303 208	-.001 .987 208	-.001 .987 208	.027 .702 208	-.017 .805 208	1 .000 208	.079 .260 208	.075 .282 208
volu of alcohol	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.000 .997 208	-.124 .075 208	-.033 .636 208	.115 .099 208	-.136 .050 208	-.047 .499 208	.029 .673 208	.029 .673 208	-.066 .346 208	.003 .965 208	.079 .260 208	1 .054 208	.134 .005 208
pattern drink	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.031 .660 208	.041 .553 208	.033 .636 208	-.027 .697 208	.035 .618 208	.091 .193 208	.053 .448 208	.053 .448 208	-.022 .751 208	.112 .106 208	.075 .282 208	.134 .054 208	1 208

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

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

Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totalintangib	4	meanciwa	tciwa	2	2	totalanxs
meanciwa	.221 <sup>a</sup>	.177	.225 <sup>a</sup>	.051	.236 <sup>a</sup>	.298 <sup>**</sup>	.	1	1.000 <sup>**</sup>	.036	-.040	.040
	.044	.109	.041	.649	.032	.006	.	.000	.000	.749	.718	.720
	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
tciwa	.221 <sup>a</sup>	.177	.225 <sup>a</sup>	.051	.236 <sup>a</sup>	.298 <sup>**</sup>	.	1.000 <sup>**</sup>	1	.036	-.040	.040
	.044	.109	.041	.649	.032	.006	.	.000	.	.749	.718	.720
	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
2	.050	-.056	-.182	-.152	-.160	-.125 <sup>a</sup>	.	.036	.036	1	.345 <sup>**</sup>	-.136
	.654	.616	.100	.169	.149	.260	.	.749	.749	.001	.001	.221
	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
2	.097	-.376 <sup>**</sup>	-.347 <sup>**</sup>	-.139	-.356 <sup>**</sup>	-.381 <sup>**</sup>	.	-.040	-.040	.345 <sup>**</sup>	1	-.313 <sup>**</sup>
	.385	.000	.001	.210	.001	.000	.	.718	.718	.001	.001	.004
	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
totalanxs	.096	.598 <sup>**</sup>	.141	.055	.167	.124 <sup>a</sup>	.	.040	.040	-.136	-.313 <sup>**</sup>	1
	.389	.000	.202	.624	.132	.265	.	.720	.720	.221	.004	.004
	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83

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

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

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.



## Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totaltangible	meanciwa	tciwa	2	2	totalanxs
meanciwa	.030	-.232 <sup>*</sup>	.139	.285 <sup>**</sup>	.049	-.003	1	1.000 <sup>**</sup>	.032	.179	-.283 <sup>**</sup>
		.023	.177	.005	.636	.973		.000	.757	.081	.005
	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
tciwa	.030	-.232 <sup>*</sup>	.139	.285 <sup>**</sup>	.049	-.003	1.000 <sup>**</sup>	1	.032	.179	-.283 <sup>**</sup>
		.023	.177	.005	.636	.973	.000		.757	.081	.005
	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
2	.144	-.156	-.062	-.020	-.051	-.094	.032	.032	1	.049	-.232 <sup>*</sup>
		.130	.551	.849	.624	.361	.757	.757		.632	.023
	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
2	.092	-.346 <sup>**</sup>	-.283 <sup>**</sup>	.064	-.376 <sup>**</sup>	-.401 <sup>**</sup>	.179	.179	.049	1	-.325 <sup>**</sup>
		.001	.005	.539	.000	.000	.081	.081	.632		.001
	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
totalanxs	-.054	.667 <sup>**</sup>	.059	-.142	.169	.105	-.283 <sup>**</sup>	-.283 <sup>**</sup>	-.232 <sup>*</sup>	-.325 <sup>**</sup>	1
		.000	.570	.169	.101	.311	.005	.005	.023	.001	
	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96

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

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



Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totaltangibal	meanciwa	tcwiwa	2	2	totalanxs
age	1	.177	.016	.095	-.114	.094	.055	.055	-.207	.264	.067
Pearson Correlation		.408	.939	.659	.597	.661	.798	.798	.333	.213	.756
Sig. (2-tailed)		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
totalanxt	.177	1	.284	.137	.303	.257	-.096	-.096	-.192	-.277	.591**
Pearson Correlation		.408	.179	.523	.150	.225	.657	.657	.368	.190	.002
Sig. (2-tailed)		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
totalsocZ	.016	.284	1	.723**	.936**	.806**	-.235	-.235	.068	-.545**	.145
Pearson Correlation		.179		.000	.000	.000	.268	.268	.751	.006	.498
Sig. (2-tailed)		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
totalemotion	.095	.137	.723**	1	.510*	.256	-.220	-.220	.270	-.527**	.179
Pearson Correlation		.523	.000		.011	.227	.302	.302	.203	.008	.402
Sig. (2-tailed)		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
totalinform	-.114	.303	.936**	.510*	1	.776**	-.248	-.248	-.075	-.427*	.114
Pearson Correlation		.150	.000	.011		.000	.243	.243	.727	.037	.595
Sig. (2-tailed)		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
totaltangibal	.094	.257	.806**	.256	.776**	1	-.095	-.095	-.009	-.398	.061
Pearson Correlation		.225	.000	.227	.000		.660	.660	.967	.054	.778
Sig. (2-tailed)		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24

## Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totaltangible	meanciwa	tcywa	2	2	totalanxs
meanciwa	.055	-.096	-.235	-.220	-.248	-.095	1	1.000**	-.145	.000	-.118
	Pearson Correlation										
	Sig. (2-tailed)	.798	.268	.302	.243	.660	.000	.000	.500	1.000	.582
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
tcywa	.055	-.096	-.235	-.220	-.248	-.095	1.000**	1	-.145	.000	-.118
	Pearson Correlation										
	Sig. (2-tailed)	.798	.268	.302	.243	.660	.000	.000	.500	1.000	.582
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
2	-.207	-.192	.068	.270	-.075	-.009	-.145	-.145	1	-.143	.040
	Pearson Correlation										
	Sig. (2-tailed)	.333	.751	.203	.727	.967	.500	.500	.504	.504	.851
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
2	.264	-.277	-.545**	-.527**	-.427*	-.398	.000	.000	-.143	1	-.153
	Pearson Correlation										
	Sig. (2-tailed)	.213	.006	.008	.037	.054	1.000	1.000	.504	.504	.476
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
totalanxs	.067	.591**	.145	.179	.114	.061	-.118	-.118	.040	-.153	1
	Pearson Correlation										
	Sig. (2-tailed)	.756	.498	.402	.595	.778	.582	.582	.851	.476	.476
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24

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

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

Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totaltangible	meanciwa	tciwa	2	2	totalanxs
age	1	.723	-.280	-.149	-.346	-.205	.428	.428	.262	.487	-.160
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)		.167	.649	.810	.568	.741	.472	.472	.670	.406	.797
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
totalanxt	.723	1	.290	.159	.221	.483	.249	.249	-.310	.310	.232
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.167		.636	.798	.721	.410	.686	.686	.612	.612	.707
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
totalsocZ	-.280	.290	1	.852	.886*	.880*	-.456	-.456	-.262	-.721	.927*
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.649	.636		.067	.045	.049	.440	.440	.670	.169	.023
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
totalemotion	-.149	.159	.852	1	.545	.689	-.159	-.159	.248	-.712	.806
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.810	.798	.067		.343	.198	.799	.799	.688	.177	.099
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
totalinform	-.346	.221	.886*	.545	1	.720	-.756	-.756	-.516	-.706	.888*
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.568	.721	.045	.343		.170	.139	.139	.373	.183	.044
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
totaltangible	-.205	.483	.880*	.689	.720	1	-.100	-.100	-.491	-.327	.654
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.741	.410	.049	.198	.170	.401	.873	.873	.401	.591	.231
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

## Correlations

	age	totalanxt	totalsocZ	totalemotion	totalinform	totaltangible	meanciwa	tciwa	2	2	totalanxs
meanciwa	.428	.249	-.456	-.159	-.756	-.100	1	1.000**	.268	.752	-.650
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.472	.686	.440	.799	.139	.873		.000	.663	.143	.235
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
tciwa	.428	.249	-.456	-.159	-.756	-.100	1.000**	1	.268	.752	-.650
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.472	.686	.440	.799	.139	.873	.000		.663	.143	.235
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	.262	-.310	-.262	.248	-.516	-.491	.268	.268	1	-.167	-.086
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.670	.612	.670	.688	.373	.401	.663	.663	.789		.890
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	.487	.310	-.721	-.712	-.706	-.327	.752	.752	-.167	1	-.848
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.406	.612	.169	.177	.183	.591	.143	.143	.789		.069
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
totalanxs	-.160	.232	.927*	.806	.888*	.654	-.650	-.650	-.086	-.848	1
Pearson Correlation											
Sig. (2-tailed)	.797	.707	.023	.099	.044	.231	.235	.235	.890	.069	
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

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

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

Test Statistics

	sex	hx withdrawal	rumfit	coaddc	bloodpressure	volu of alcohol	pattern drink	complication	meanciwa
Chi-Square	38.942 <sup>a</sup>	94.231 <sup>a</sup>	23.558 <sup>a</sup>	546.962 <sup>b</sup>	17.308 <sup>a</sup>	87.817 <sup>c</sup>	153.010 <sup>c</sup>	14.019 <sup>a</sup>	129.615 <sup>d</sup>
df	1	1	1	3	1	4	4	1	75
Asymp. Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 104.0.

b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 52.0.

c. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 41.6.

d. 76 cells (100.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2.7.



## Correlations

		mean ciwagr	age
totalanxs	Pearson Correlation	.063	.019
	Sig. (2-tailed)	.365	.785
	N	208	208
totalanxt	Pearson Correlation	.080	.099
	Sig. (2-tailed)	.252	.154
	N	208	208
totaldep	Pearson Correlation	.076	.146*
	Sig. (2-tailed)	.273	.035
	N	208	208
totalseas	Pearson Correlation	.033	-.071
	Sig. (2-tailed)	.635	.305
	N	208	208
totalsocZ	Pearson Correlation	.024	.159*
	Sig. (2-tailed)	.728	.021
	N	208	208
mean_ciwagr	Pearson Correlation	1	.210**
	Sig. (2-tailed)		.002
	N	208	208
age	Pearson Correlation	.210**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	208	208

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

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

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางณัฐกฤตา ชันดี เกิดวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2507 ที่จังหวัดสมุทรสงคราม สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นต้น จากวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี ศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2527 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนครวัดนวลนวิดิฐ ปีพ.ศ. 2549 ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY