



อัตราการขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญและบุคคลใกล้ชิดเรื่องปัญหาการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์

ทศพร เอกปรัชากุล พ.บ.* วรัญญา จิตรม่อง พ.บ.**
วิโรจน์ วีรชัย พ.บ.*** รัตมน กัลยาศิริ พ.บ.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราการขอปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเรื่องปัญหาการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ อัตราการพูดคุยถึงปัญหาการดื่มกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องของ

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ณ สถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ จำนวน 117 คน ที่เข้ารับการรักษาบำบัดสารเสพติดอื่นๆ เช่น เมทแอมเฟตามีน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ การประเมินการติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์แบบกึ่งโครงสร้าง ฉบับภาษาไทย (Semi-Structured Assessment for Substance Dependence and Alcoholism - Thai SSADDA) สถิติวิเคราะห์ใช้ χ^2 test หรือ Fisher's Exact test เปรียบเทียบระหว่างผู้เคยกับไม่เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตน โดยดูปัจจัยด้านปัญหาทางกายและปัญหาทางจิตที่เกิดจากดื่ม รวมถึงลักษณะทั่วไปของผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงคู่ และทำศึกษาอัตราการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างติดแอลกอฮอล์เพศชายจำนวน 52 คน ร่วมด้วย

ผลการศึกษา ผู้ติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.3 เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาการดื่ม แต่อัตราการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตนกับบุคคลใกล้ชิด พบร้อยละ 51.9 โดยพบว่าปัญหาทางกายจากการดื่มมีความสัมพันธ์กับการเคยปรึกษาปัญหาการดื่มกับผู้เชี่ยวชาญ ($p = 0.003$) และ บุคคลใกล้ชิด ($p = 0.004$) ทั้งนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยหรือไม่เคยปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ($p > 0.05$) แต่ผู้ที่เคยปรึกษาปัญหาการดื่มของตนกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ที่สมรสมาก่อน มีรายได้น้อย และมีอายุมากกว่า ผู้ที่ไม่เคยพูดคุยปัญหาด้านการดื่มกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03, 0.002, 0.03$ ตามลำดับ) เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพหุสัมพันธ์การถดถอยพบว่าการมีปัญหาทางกายจากการดื่มมีอิทธิพลต่อการเคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและการเคยปรึกษาเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวยังคงมีความสัมพันธ์ต่อการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มกับบุคคลใกล้ชิด

สรุป การขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์ยังอยู่ในระดับน้อย ผลเสียดูต่อสุขภาพทางกายจากการดื่มจัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคลใกล้ชิด

คำสำคัญ แอลกอฮอล์ การปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ การติดสารเสพติด

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(3): 269-278

* แพทย์ใช้ทุน โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนนคราห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

** นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้อำนวยการ สถาบันธัญญารักษ์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Rate of Consultation with Professionals and Relatives about Alcohol Drinking Problem in Patients with Alcohol Dependence

Thosporn Ekpreechakul M.D.***, Waranya Jitpong M.D.***,
Viroj Verachai M.D.***, Rasmon Kalayasiri M.D.****

Abstract

Objective: To study the rates of consultation with professionals, friends or family members in patients with alcohol dependence and to study related factors that may be associated with the decision to consult regarding drinking problems.

Methods: Data on demographics and alcohol-related physical / psychological symptoms were obtained from 117 methamphetamine users with lifetime alcohol dependence (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- IV) at Thanyarak Institute on Drug Abuse between August 2007 to September 2009 by using Thai version of the Semi-Structured Assessment for Substance Dependence and Alcoholism (Thai-SSADDA). Individuals with and without history of consultation with professionals about drinking problems were compared based on demographics and alcohol-related physical or psychological symptoms by using χ^2 test or Fisher's Exact Test. Then, the effects of all variables on history of consultation were analyzed using binomial logistic regression analysis. Also, the consultation data (with friends or family members about drinking problems) of the fifty-two male alcohol dependence subjects were analyzed using identical methods described above.

Results: Ten percents of the alcoholics had consulted with professionals about drinking problems while fifty percents of male alcoholics had talked about drinking problems with friends or family. Experiencing physical symptoms from alcohol effects were associated with alcohol consults with professionals, however age, sex, marital status, income and level of education were not associated with the consultation ($p > 0.05$). In contrast, alcoholics who had talked with friends or family about drinking problems were more likely to be married ($p = 0.03$), had less income ($p = 0.002$), and be older ($p = 0.03$) than those who never talked about their drinking problems with friends or family. When analyzed by binary logistic regression, physical health problems from alcohol drinking was the only factor associated with consultation with professionals. Having physical symptoms and low income were also associated with talking about drinking problem with friends or family.

Conclusion: Only few patients with alcohol dependence had consulted with professionals regarding drinking problem. Alcohol-related physical illness is the most important factor for alcoholics to consult with someone about drinking problem.

Keywords: alcohol, consultation, professional, substance-dependence

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(3): 269-278

* Chaingrai Regional Hospital, Chaingrai

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

*** Thanyarak Institute, Thanyaburi, Phatumtani

**** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปริมาณการดื่มและผลิตแอลกอฮอล์จัดอยู่ในอันดับต้นของโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2544 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกชนิด เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ ประมาณ 8.5 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ต่อหัวประชากร ทำให้ประเทศไทยมีอันดับการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์รวมทุกชนิดอยู่ใน 50 อันดับแรกของโลก และปริมาณการดื่มสุรากลั่นหรือเหล้า อยู่ใน 10 อันดับแรกของโลก¹ ฤทธิ์จากแอลกอฮอล์ส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายหากดื่มต่อเนื่องเป็นประจำ เช่น ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหาร มะเร็งตับ ตับแข็ง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นุ่วว่ สับสน^{2, 3} นอกจากนี้ สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขของไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2547 การบริโภคแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสูงเป็นอันดับสามที่มีผลกระทบต่อการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years - DALYs) ของชายไทย^{3, 4}

ข้อมูลจากโครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ที่ศึกษาโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่าสถานภาพการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย อายุตั้งแต่ 12- 65 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2550 มีผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ในประเทศไทย ในหนึ่งปีที่ผ่านมา สูงถึง 2.8 ล้านคน (ร้อยละ 22.7) ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) 0.39 ล้านคน (ร้อยละ 3.1) และดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจติดสุราประมาณ 0.23 ล้านคน (ร้อยละ 1.9)⁵ อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้เข้ารับการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาลที่รักษาการติดสารเสพติด โดยเฉพาะ ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับสารเสพติดผิดกฎหมายประเภทอื่น เช่น สารเมทแอมเฟตามีน ข้อมูลจากสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษา

ผู้ติดสารเสพติดที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศ พบจำนวนผู้เข้าบำบัดรักษาการติดแอลกอฮอล์เพียงประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าบำบัดรักษาการติดเมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า⁶

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดแอลกอฮอล์ของตนนั้น อาจเนื่องจากไม่ทราบว่า การดื่มของตนนั้นรุนแรงอยู่ในขั้นใด หรืออาจปฏิเสธภาวะการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง ทั้งนี้ พฤติกรรมการเข้าบำบัดรักษา หรือการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือ เพื่อนและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตน จัดเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดื่มให้ความสำคัญกับภาวะติดแอลกอฮอล์ของตนมากน้อยเพียงใด ซึ่งหากปล่อยภาวะการติดแอลกอฮอล์จนถึงขั้นเรื้อรัง อาจเป็นเหตุให้เกิดโรคร้ายตามมาดังที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบประชากรเพศชาย ตายจากโรคตับหรือตับแข็งเรื้อรัง ในปีพ.ศ. 2549 สูงถึง 18.6 คนต่อประชากร 100,000 คน⁷ สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ดื่มแบบอันตราย ไปจนถึงภาวะการติดแอลกอฮอล์ อาจพบรวมกันได้สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรไทย จัดเป็นภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทางกายต่างๆ ที่น่าทำการศึกษาดังกล่าวว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาหรือบำบัดดังกล่าว เนื่องจากจัดเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป่วยที่สำคัญ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะพยายามกระทำเพื่อให้ภาวะโรคที่ตนประสบอยู่บรรเทาหรือทุเลาลง ดังเช่นกรณีการติดแอลกอฮอล์ การที่ผู้ติดแอลกอฮอล์นำปัญหาการดื่มของตนไปคุยกับผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคคลใกล้ชิด จัดเป็นพฤติกรรมสำคัญเริ่มต้นในการแก้ไขปัญหาการดื่มของตน โดยผู้วิจัยได้เสนอที่จะทำการศึกษาดังกล่าวซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือ บุคคลอื่น เช่น เพื่อน ครอบครัว เกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตน โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางกาย หรือทางจิตใจจากการดื่ม จากการศึกษาท่อนหน้าของผู้วิจัย ซึ่งดำเนินการในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้า พบอัตราการติดแอลกอฮอล์ในประชากรกลุ่มนี้ได้สูงถึงประมาณ ร้อยละ 30^๖ ทางคณะผู้วิจัยจึงเลือกดำเนินการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการปรึกษาปัญหาการดื่ม ในกลุ่มประชากรเหล่านี้ ผลที่ได้ อาจเป็นจุดเริ่มต้นเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรึกษาปัญหาการดื่ม แอลกอฮอล์ของประชากรทั่วไปที่ไม่ได้เสพสารเสพติดชนิดอื่นได้

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2550 จนถึงเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2552 ณ สถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีประวัติติดแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น เมทแอมเฟตามีน จำนวน 117 คน ทั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์โดยไม่มีอาการซึม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีอายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี และไม่อยู่ในภาวะเมา หรือมีพฤติกรรมอาละวาด สำหรับเกณฑ์การติดแอลกอฮอล์นั้นใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ การประเมินการติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์แบบกึ่งโครงสร้าง ฉบับภาษาไทย (Semi-Structured Assessment for Substance Dependence and Alcoholism - Thai-SSADDA)^{๘,๙} โดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการสัมภาษณ์ตัวแปรอื่นที่นำมาใช้จากเครื่องมือและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาทางกายและจิตใจจากการใช้แอลกอฮอล์ ตลอดจน ประวัติการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและงานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ SSADDA ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ^{10, 11} ที่ต้องการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorder IV (DSM-IV) ได้รับการแปลย้อนกลับแบบสัมภาษณ์จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และตรวจสอบความถูกต้อง เปรียบเทียบฉบับแปลกลับและต้นฉบับจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ มีการนำไปทดลองใช้และปรับแก้ด้วยคำให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ทั้งนี้ SSADDA ฉบับภาษาไทย มี test-retest reliability ในการวินิจฉัยการติดสารเสพติด เช่น การติดฝิ่นหรืออนุพันธ์ ในระดับสูง ($k = 0.97$)^๙ สำหรับแบบสัมภาษณ์ในส่วนแอลกอฮอล์ จะมีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเคยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มกับผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ แพทย์แผนปัจจุบันสาขาอื่น นักจิตวิทยา พยาบาล พระนักบวช ทั้งนี้ การศึกษานี้ได้มีการเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเคยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่ม โดยคุยกับเพื่อนหรือครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ และมีการเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการหยุดดื่ม แอลกอฮอล์วิธีที่ใช้ในการหยุดดื่ม ในตอนท้ายของแบบทดสอบ SSADDA - alcohol section อีกด้วย และได้นำข้อคำถามที่เพิ่มนี้ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 52 คน โดยทำเพิ่มเติมเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในตอนท้ายหลังจากเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการพูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตน นอกจากนี้ แบบสัมภาษณ์ SSADDA ยังมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหาทางกาย และจิตใจที่เป็นผลจากการดื่ม โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นผู้ตอบ ใช่หรือไม่ใช่ด้วยตนเองเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว ตัวอย่างคำถาม เช่น “เนื่องจากว่าปัญหาสุขภาพหลายๆ ประการอาจเกิดขึ้นได้จากการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เป็นเวลานานๆ การดื่มของคุณเคยเป็นสาเหตุให้เป็น

ไร่คอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ใช่หรือไม่” สำหรับตัวอย่าง คำถามที่เกี่ยวเนื่องกับการปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดื่ม เช่น “คุณเคยหยิบยกปัญหาใดๆ ก็ตามที่คุณอาจจะ มี จากการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ไปคุยกับ ผู้เชี่ยวชาญใดๆต่อไปนี้บ้างหรือไม่” โดยการลงคำตอบ เป็นแบบสองตัวเลือกคือ “ไม่ใช่” หรือ “ใช่” จากนั้นให้ ผู้สัมภาษณ์อ่านลักษณะผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เช่น จิตแพทย์ แพทย์แผนปัจจุบันสาขาอื่น นักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญ ทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ พระหรือนักบวชหรือผู้นำทาง ศาสนา และ ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ (ระบุ) โดยสามารถให้ ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ ทั้งนี้ การเคยพูดคุยเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์กับเพื่อนหรือ บุคคลในครอบครัวนั้น เป็นการให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เมื่อผู้สัมภาษณ์ถามถึง การพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ดังกล่าวและอ่านลักษณะของ บุคคลเหล่านั้น เช่น เป็นเพื่อน หรือ บุคคลในครอบครัว โดยสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อเช่นกัน ทั้งนี้ การปรึกษาหรือพูดคุยเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ที่ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ หากผู้ตอบแบบสอบถามเคยพูดถึง การใช้แอลกอฮอล์หรือปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ ของตนเอง กับผู้เชี่ยวชาญ หรือกับเพื่อนหรือบุคคลใน ครอบครัว จะจัดว่าการสนทนาดังกล่าวเป็นการปรึกษา เรื่องการใช้หรือปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่า จะไม่ได้มีการนัดพูดคุยแบบเป็นแบบแผนเฉพาะเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม

การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ SSADDA ดำเนินการโดยนักจิตวิทยาจำนวน 5 ท่านที่ได้รับการ ฝึกการใช้แบบประเมิน SSADDA จากจิตแพทย์ ผู้ฝึกที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในการสัมภาษณ์ SSADDA ฉบับภาษาอังกฤษ และเป็นหนึ่งในทีมผู้แปลและตรวจ สอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ฉบับภาษาไทย ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ได้รับการฝึกสัมภาษณ์ในผู้ป่วย จริงคนละ 4 แบบสัมภาษณ์ ก่อนได้รับการอนุญาตให้ เข้าดำเนินการเก็บตัวอย่าง ทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์ทุกฉบับ

ทั้ง 117 ตัวอย่าง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องโดย ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ปรับแก้ไขและตรวจสอบโดย จิตแพทย์ผู้ฝึกและดำเนินงานวิจัย และส่งกลับให้ ผู้สัมภาษณ์ปรับแก้ไขจนได้ฉบับสุดท้าย ซึ่งจะเป็น ฉบับที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัย

ข้อมูลเชิงต่อเนื่องจะได้รับการตรวจสอบการ กระจายตัว โดยข้อมูลที่พบมีการเบี่ยงเบนการกระจาย ตัวไปจากแบบปกติ จะถูกแปลงเป็นค่า log เช่น อายุ และหากตัวแปรใดยังคงพบการเบี่ยงเบน จะได้รับการแปลงเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม เช่น จำนวนครั้งที่เข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนาต่อปี และ จำนวนปีที่รับการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดได้รับการนำไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง เปรียบเทียบ คือ two-tailed χ^2 test, Fisher’s Exact test หรือ unpaired t-test เพื่อวิเคราะห์ในเบื้องต้นว่าตัวแปร ใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรม การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และพฤติกรรมการศึกษาเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว จากนั้นนำปัญหาทางกายที่ เกิดจากการดื่ม และปัญหาทางจิตที่เกิดจากการดื่มไป วิเคราะห์ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการศึกษาผู้อื่นหรือไม่ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงคู่ โดยนำข้อมูล พื้นฐานทั่วไปเข้าร่วมเพื่อช่วยควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจ มีผลต่อพฤติกรรมการศึกษาของผู้ติดแอลกอฮอล์

ผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เรื่องปัญหาการดื่มกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

จากผู้ติดแอลกอฮอล์จำนวน 117 คน มีเพียง 12 คน (ร้อยละ 10.3) เคยพบผู้เชี่ยวชาญและพูดคุย เกี่ยวกับปัญหาการดื่ม โดยพูดคุยกับแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ไม่ใช่จิตแพทย์มากที่สุดเป็นจำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.1) ทั้งนี้ ผู้ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาการดื่ม ไม่มี ความแตกต่างกับผู้ไม่เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ($p > 0.05$) ในด้านข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น เพศ ศาสนา จำนวน ครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษาสูงสุด และ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ยกเว้น มีความแตกต่างกันอย่างใกล้เคียงกับการมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านอายุ กล่าวคือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ มีแนวโน้มที่จะมีอายุมากกว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ไม่เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญใดๆ เกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตนอย่างใกล้เคียงกับการมีนัยสำคัญทางสถิติ (อายุ 33.5 ± 10.1 ปี vs. 28.7 ± 7.2 ปี ตามลำดับ; $t = 1.9$, $df = 115$, $p = 0.06$, log transformed) (ตารางที่ 1)

อย่างไรก็ตาม พบว่ามีครึ่งหนึ่งของผู้ติดแอลกอฮอล์เพศชาย (27 คน จาก 52 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9) ที่เคยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตนกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว จาก (ตารางที่ 1) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของ การนับถือศาสนา จำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และระดับการศึกษา ระหว่างผู้ที่เคยปรึกษาปัญหาการดื่มของตนกับเพื่อนหรือครอบครัว กับผู้ไม่เคยปรึกษาปัญหาการดื่มของตนกับบุคคลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เคยปรึกษาปัญหาการดื่มกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่สมรสหรือเคยสมรสมาก่อน ($\chi^2 = 5.0$, $df = 1$, $p = 0.03$) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวในระดับน้อย ($\chi^2 = 9.3$, $df = 1$, $p = 0.002$) และเป็นผู้มีอายุมากกว่าผู้ไม่เคยพูดคุยปัญหาการดื่มกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อายุ 32.0 ± 8.6 ปี vs. 27.2 ± 6.0 ปี; $t = 2.3$, $df = 50$, $p = 0.03$, log transformed)

2. พฤติกรรมการปรึกษาปัญหาการดื่มกับปัญหาทางกายหรือทางจิตใจจากการดื่ม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ 48 คน (ร้อยละ 41.0) และ 41 คน (ร้อยละ 35.0) จากทั้งหมด 117 คน รายงานว่าเคยมีปัญหาทางกายจากการดื่มแอลกอฮอล์ และ ปัญหาทางด้านจิตใจจากการดื่มตามลำดับ (ตารางที่ 2) โดยพบ ปัญหาเกี่ยวกับการคิดไม่ทะลุปรุโปร่ง มากที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ

โรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 26.5) และชาปลายมือปลายเท้าติดต่อกันนานหลายชั่วโมง (ร้อยละ 16.2) ทั้งนี้พบว่าผู้ที่เคยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มกับผู้เชี่ยวชาญ จะรายงานว่ามีปัญหาทางกายจากการดื่มมากกว่าผู้ไม่เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (Fisher's Exact Test, $p = 0.003$) แต่ไม่มีสัดส่วนการมีปัญหาทางจิตจากการดื่ม ($p > 0.05$) ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่คุยปัญหาการดื่มของตนกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวมีปัญหาทางกายและจิตใจจากการดื่มมากกว่าผู้ไม่เคยนำปัญหาการดื่มของตนไปคุยกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 8.3$, $df = 1$, $p = 0.004$) และอย่างเกือบมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.1$, $df = 1$, $p = 0.08$) เรียงตามลำดับ

3. การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงคู่เกี่ยวกับพฤติกรรมปรึกษาปัญหาการดื่ม

จากตารางที่ 3 พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการหยิบยกปัญหาเกี่ยวกับการดื่มของตนไปคุยกับผู้เชี่ยวชาญจากการวิเคราะห์แบบถดถอย คือ การเคยมีปัญหาทางกายจากการดื่ม (OR = 7.7, $p = 0.02$) แต่ไม่พบว่าการมีปัญหาทางจิตจากการดื่ม หรือข้อมูลพื้นฐานทั่วไปอื่นๆ เช่น เพศ อายุ กิจกรรมทางศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หรือ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตน ในทำนองเดียวกัน พบว่าการเคยมีปัญหาทางกายจากการดื่มมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเคยปรึกษาเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดื่มของตน (OR = 6.4, $p = 0.03$) นอกจากนี้ พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์เคยนำปัญหาเกี่ยวกับการดื่มของตนไปพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเช่นกัน (OR = 7.3, $p = 0.02$)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ติดแอลกอฮอล์ กับ พฤติกรรมการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และเพื่อนหรือครอบครัว

	ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (N=117)			ปรึกษาเพื่อน / ครอบครัว (N=52) ^a		
	ใช่	ไม่ใช่	P Values	ใช่	ไม่ใช่	P Values
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
เพศ						
ชาย	10 (83.3)	63 (60.0)	0.21	-	-	-
หญิง	2 (16.7)	42 (40.0)				
ศาสนา						
อิสลาม	0 (0.0)	5 (4.8)	> 0.99	2 (7.4)	0 (0.0)	0.49
พุทธ	12 (100.0)	100 (95.2)	25 (92.6)	25 (100.0)		
กิจกรรมทางศาสนาต่อปี ^b						
0 - 4 ครั้ง	5 (41.7)	59 (56.7)	0.32	12 (44.4)	12 (48.0)	0.80
5 ครั้งขึ้นไป	7 (58.3)	45 (43.3)	15 (55.6)	13 (52.0)		
สถานภาพสมรส ^b						
ไม่เคยสมรส	8 (66.7)	79 (76.0)	0.49	18 (66.7)	23 (92.0)	0.03 ^c
เคยสมรส	4 (33.3)	25 (24.0)	9 (33.3)	2 (8.9)		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	6 (50.0)	60 (57.1)	0.64	14 (51.9)	13 (52.0)	0.99
มัธยมต้นและปลาย	6 (50.0)	45 (42.9)	13 (48.1)	12 (48.0)		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
0-15,000 บาท	8 (66.7)	54 (51.4)	0.32	19 (70.4)	7 (28.0)	0.002 ^d
15,001 บาทขึ้นไป	4 (33.3)	51 (48.6)	8 (29.6)	18 (72.0)		
อายุเฉลี่ย (ปี ± SD)	33.5 ± 10.1	28.7 ± 7.2	0.06	32.0 ± 8.6	27.2 ± 6.0	0.03 ^e

^a เฉพาะผู้ติดแอลกอฮอล์เพศชาย จำนวน 52 คน, ^b N = 116 คน, ^c p < 0.05, χ^2 test, two-tailed., ^d p < 0.01, χ^2 test, two-tailed.

^e p < 0.05, unpaired t-test; log transformed.

ตารางที่ 2 การแจกแจงข้อมูลปัญหาทางกายและจิตใจที่เกิดจากการดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์

ปัญหาทางกายที่เกิดจากการดื่ม (n=48)	จำนวน (N=117)		ปัญหาทางจิตที่เกิดจากการดื่ม (n=41)	จำนวน (N=117)	
	(n)	%		(n)	%
- โรคกระเพาะอาหาร	31	26.5	- คิดอะไรได้ไม่ทะลุปรุโปร่ง	33	28.2
- ซาปลายมือปลายเท้า	19	16.2	- หวาระแวง	13	11.1
- ปัญหาความจำ	14	12.0	- เศร้า หรือ หมดความสนใจ	11	9.4
- อาเจียนเป็นเลือด	6	5.1	- ตื่นเต้น กระวนกระวาย	7	6.0
- ตับอ่อนอักเสบ	4	3.4	- หูแว่ว	5	4.3
- กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ	2	1.7	- ภาพหลอน	5	4.3
- อื่นๆ	7	6.0	- ได้กลิ่นสิ่งที่ไม่ได้มีปรากฏ	3	2.6

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงคู่ ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
หรือการปรึกษาเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

	การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ		การปรึกษาเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว	
	Univariable OR	Multivariable OR ^a	Univariable OR	Multivariable OR b
	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)
มีปัญหาทางกายจากการดื่ม	8.5 (1.8, 41.1)	7.7 (1.3, 44.8)	5.8 (1.7, 20.2)	6.4 (1.2, 35.0)
มีปัญหาทางจิตจากการดื่ม	1.9 (0.6, 6.5)	0.8 (0.2, 3.3)	2.8 (0.9, 8.8)	1.3 (0.2, 7.2)
เพศชาย	3.2 (0.7, 15.3)	1.8 (0.3, 10.1)	-	-
อายุ	164.5 (0.6, >1000)	35.1 (0.02, >1000)	363.8(1.5, >1000)	3.0 (0.002, >1000)
กิจกรรมทางศาสนา	0.5 (0.2, 1.8)	0.6 (0.1, 2.7)	0.9 (0.3, 2.6)	0.9 (0.2, 4.5)
สถานภาพสมรส	0.7 (0.2, 2.3)	1.4 (0.3, 7.4)	0.2 (0.03, 0.9)	0.2 (0.03, 1.6)
ระดับการศึกษา	0.7 (0.2-2.4)	0.7 (0.2, 3.1)	1.0 (0.3, 3.0)	0.7 (0.1, 3.4)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	1.8 (0.5, 6.4)	1.9 (0.5, 7.9)	6.1 (1.8, 20.3)	7.3 (1.5, 36.5)

^a Adjust โดยเพศ อายุ กิจกรรมทางศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ/หรือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

^b Adjust โดยอายุ กิจกรรมทางศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ/หรือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

อภิปรายผลการศึกษา

พฤติกรรมการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือการพูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิด จัดเป็นพฤติกรรมเบื้องต้น ที่แสดงว่า ผู้มีปัญหาเริ่มเห็นความสำคัญของปัญหาที่ตนกำลังประสบอยู่ และเริ่มหาแนวทางแก้ไขจากการศึกษาผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่พบอัตราการติดแอลกอฮอล์ได้สูง พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จนถึงขั้นติดในกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการเคยปรึกษาปัญหาการดื่มของตนต่อผู้เชี่ยวชาญน้อยมาก โดยพบเพียง ร้อยละ 10 ของผู้ติดแอลกอฮอล์ทั้งๆ ที่อยู่ในสถานบำบัดรักษาการติดสารเสพติด โดยเฉพาะ แม้ว่าจะไม่ได้ติดแอลกอฮอล์ในปัจจุบันก็ตาม แต่กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นี้ เคยพูดคุยปัญหาการดื่มของตนกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวมากกว่า โดยการมีปัญหาด้านกายจากการดื่ม ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือ การปรึกษาศูนย์บำบัด

มีการศึกษาถึง สถิติการเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมของภาวะอื่นที่จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทาง

กายอื่นๆในประเทศไทย¹² เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าในปี พ.ศ. 2547 ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรไทยมีประมาณ 23% แต่มีเพียง หนึ่งในห้าของผู้ที่ได้รับการสำรวจพบว่ามีภาวะนี้เท่านั้น ที่เคยได้รับการวินิจฉัย โดยมีถึงประมาณ สามในสี่ส่วนของผู้ที่ถึงแม้จะเคยได้รับการวินิจฉัยแต่กลับไม่ยอมรับการรักษาหรือรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้ พบพฤติกรรมดูแลความเจ็บป่วยของตนเองในลักษณะทำนองเดียวกันของประชากรไทยที่มีต่อการดูแลภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคอื่นๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน¹² ผลที่ได้จากการศึกษานี้ ได้ค่าสถิติการประมาณการตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะการดูแลปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทางกายอื่นๆ ว่ามีผู้ที่ให้ความสนใจต่อภาวะเสี่ยง เช่น การติดแอลกอฮอล์ จนถึงขั้นไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญค่อนข้างน้อย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะตัวภาวะการติดสารเสพติดเองที่ บุคคลทั่วไปรวมถึงผู้ที่ติดแอลกอฮอล์คิดว่าเป็นเรื่องของ การ “อยู่ที่ใจ” ถ้าอดทนต่อภาวะความอยากดื่ม หรืออาการถอนสุรา แล้วก็น่าจะเลิกการดื่มได้ จึงอาจไม่ได้นำไปสู่ปัญหาการดื่มของตนไปรับคำแนะนำ หรือเข้ารับการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจาก

นี้ อาจเป็นเพราะผู้ดื่มไม่ทราบว่าการดื่มของตนเองอยู่ในขั้นใด ดังเช่นผู้เสพยาเสพติดโดยทั่วไป ไม่ยอมรับว่าการเสพยาของตนเองว่าถึงขั้น “ติดสาร” แล้ว โดยมีแนวคิดว่าจะหยุดดื่มเมื่อไหร่ก็น่าจะทำได้ จึงอาจเป็นเหตุให้ไม่ได้นำปัญหาของตนไปคุยหรือปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับคำแนะนำหรือการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์เพศชายเคยมีการปรึกษาหรือคุยกับบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับปัญหาการดื่มของตนได้ค่อนข้างสูงกว่าการไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญคิดเป็น ร้อยละ 52 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว เป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ดื่มอยู่แล้ว จึงเป็นแหล่งให้คำปรึกษาและกำลังใจที่ดีต่อการพยายามหยุดดื่มหรือหยุดการเสพยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาการดื่มของผู้ติดแอลกอฮอล์เอง อาจส่งผลกระทบต่อเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจเป็นเหตุให้การคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มเพิ่มสูงขึ้นเพราะบุคคลใกล้ชิดอาจเป็นผู้อยากให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการดื่มด้วยตนเองโดยที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่ได้ร้องขอ ดังเช่น การพบจากการศึกษาที่ว่า เศรษฐฐานะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรึกษาปัญหาการดื่มกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว กล่าวคือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีรายได้รวมของครอบครัวน้อย กลับมีการพูดคุยปัญหาการดื่มมากขึ้น อาจแสดงถึงการที่ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นไปกับการซื้อหาแอลกอฮอล์ ทำให้ต้องมีการพูดคุย ตักเตือนเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ได้มากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะที่มั่นคงกว่า ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่มีไปกับแอลกอฮอล์อาจจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการดื่ม ดังนั้น การรณรงค์ที่เน้นเฉพาะเรื่องผลเสียทางด้านเศรษฐกิจจากการดื่มเหล้า จึงอาจสามารถได้ผลในครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะต่ำอยู่แล้ว และอาจต้องมีการรณรงค์อื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี

ให้ความสนใจเริ่มการดูแลรักษาภาวะการดื่มแอลกอฮอล์ของตนมากขึ้น¹³

ในการทำงานเดียวกัน การพบว่าโรคต่างๆ ทางกาย อันเกิดเนื่องจากการดื่มเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีการปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับการดื่มกับบุคคลใกล้ชิด หรือผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นนั้น แสดงถึง การที่บุคคลให้ความสำคัญต่ออาการหรือโรคทางกายค่อนข้างมาก จนทำให้เปลี่ยนพฤติกรรมหรือเริ่มพฤติกรรมบางอย่างได้ ดังเช่น การไปปรึกษาปัญหาการดื่มของตนเอง เป็นต้น ดังนั้น การรณรงค์ในด้าน การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคต่างๆ หรือความไม่สุขสบายต่อโรคที่เกิดจากการดื่มที่พบได้บ่อย เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคตับ อาจทำให้ผู้ดื่มที่แม้ยังไม่ถึงขั้นติดแอลกอฮอล์ได้ตระหนักว่ามีโรคหรืออาการทางกายใดบ้างที่สามารถเกิดขึ้นได้จากแอลกอฮอล์ หรืออาจเป็นอาการที่เขากำลังประสบอยู่นอกจากนั้น การตรวจร่างกายเกี่ยวกับโรคหรืออาการที่พบอาจมีความสัมพันธ์กับการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มผู้มีความเสี่ยง อาจทำให้สามารถใช้เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ให้ความสนใจและเริ่มเข้ารับการรักษาหรือการบำบัดการติดแอลกอฮอล์ดังกล่าว

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรที่เสพยาเสพติดชนิดอื่น เช่น สารเมทแอมเฟตามีนร่วมด้วย จึงอาจยังไม่สามารถนำไปใช้ในวงกว้าง เช่น กับประชากรผู้ติดแอลกอฮอล์โดยทั่วไปได้และไม่ได้รวมตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องร่วมด้วย เช่น ประวัติการเข้ารับการรักษาการติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้ จำนวนตัวอย่างของการศึกษาค่อนข้างน้อย และผู้ที่เคยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนน้อยมาก อาจทำให้ตัวแปรที่ไม่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการศึกษาผู้เชี่ยวชาญ เป็นผลลบลงได้ จึงต้องระมัดระวังในการนำผลที่ได้ไปใช้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้ จัดเป็นจุดเริ่มต้น ในการเรียนรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับการรักษาจาก

ผู้เสียหาย หรือพูดคุยปัญหาของตนเองกับบุคคล
ใกล้ชิดของผู้ติดแอลกอฮอล์ และเรียนรู้ถึงตัวแปรที่
อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ทำให้สามารถ
เป็นพื้นฐานองค์ความรู้ แก่ผู้สนใจที่ต้องการศึกษา
เพิ่มเติม และอาจเป็นแนวทางเบื้องต้นเพื่อใช้ในการหา
วิธีรณรงค์ให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์หันมาสนใจการรับการ
ปรึกษาปัญหาการดื่มของตนเองกับผู้เสียหายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่จากสถาบันธัญญารักษ์
(นางสาวปริสสุทธิ์ สำราญทรัพย์ นางสาวรัชณี กลิ่นนีนมวอล
นางสาวจิตตรัตน์ ศรีวิเลิศ นางสาววรระยา ลากเจริญ)
นางสาวเรืองระวี คลีไบ และนายวุฒิชัย หาสุข สำหรับ
ข้อมูลตัวอย่างอาสาสมัคร ขอขอบคุณ นางสาวภัทรี
คงหอม ในการประสานงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้เป็น
อย่างดีงานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช RA
5/51 และ RA056/50) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(สกว. MRG5080249) และ ทุน training grant D43
TW006166 (ศ.นพ. โจเอล เกอเลอรันเตอร์ และ ศ.นพ.
โรเบิร์ต มาลิสัน) โดย Fogarty International Center (FIC),
National Institute on Drug Abuse (NIDA) และ National
Human Genome Research Institute (NHGRI)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Global status report on alcohol 2004. World Health Organization 2004. 12-13.
2. Rehm, J., et al., Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Res Health., 2003. 27(1): p. 39-51.
3. คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2547. 2549, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพฯ.

4. Thamarangs T.Thailand: alcohol today. Addiction 2006; 101:783-7.
5. สาวิตรี อัจฉนาวงศ์กรชัย. แบบแผนการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2552. 54 (ฉบับภาคผนวก 1): p. 139s-152s.
6. สถาบันธัญญารักษ์, รายงานประจำปี 2550. สถาบันธัญญารักษ์.2550.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, การสาธารณสุขไทย 2548-2550. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์: กรุงเทพมหานคร. 2550.
8. Kalayasiri, R., et al., Risk factors for methamphetamine-induced paranoia and latency of symptom onset in a Thai drug treatment cohort. Asian Biomedicine, 2009. 3(6): p. 635-643.
9. Malison, R.T., et al., Inter-rater reliability and concurrent validity of DSM-IV opioid dependence in a Hmong isolate using the Thai version of the Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA). In submission.
10. Pierucci-Lagha A, Gelernter J, Feinn R, Cubells JF, Pearson D, Pollastri A, for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA). Drug Alcohol Depend., 2005. 80(3): p. 303-12.
11. Pierucci-Lagha A, Gelernter J, Chan G, Arias A, Cubells Jf, Farrer L, semi-structured assessment for drug dependence and alcoholism (SSADDA). Drug Alcohol Depend., 2007. 91(1): p. 85-90.
12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. 2547, กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพมหานคร.
13. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, วิถีโอสร้างสุข.