



วิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุราหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล 1 ปี

Alcohol-dependent Trajectory after 1 Year Hospital Discharge

สุนทรี ศรีโกไสย*, ศิริศักดิ์ ธิติดิлокรัตน์**, หทัยชนนี บุญเจริญ***, ดวงเดือน ไชยน้อย****, อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณะ*****, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์*****, ลลิตา ศรีธรรมชาติ*****, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล*****

Soontaree Srikosai*, Sirisak Thitidilokrat**, Hathaichonnee Booncharoen***, Doungduan Chainoy****, Apisak Wittayanookulluk*****, Napatsorn Rungsiwaroj*****, Lasita Srithammachart *****, Tipaporn Wonghongkul*****

* สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

** โรงพยาบาลศรีธัญญา

*** ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4

**** โรงพยาบาลสวนปรุง

***** โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

***** คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Rajanagarindra Institute of Child Development

** Srithanya Hospital

*** Mental Health Center Region 4

**** Suan Prung Psychiatric Hospital

***** Thanyarak Chiangmai Hospital

***** Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี วิธีการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราในภาคเหนือของประเทศไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาดื่มสุราซ้ำในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนาชนิด prospective descriptive study กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคติดสุราที่รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่จำนวน 618 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์

ผลการศึกษา วิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุรามี 3 กลุ่ม ประกอบด้วย มีอาการคงที่ในช่วง 1 เดือนแรก (ไม่ดื่มสุรา) พบมีร้อยละ 55 (n=340) มีอาการไม่คงที่ (ดื่มหนัก) แต่ยังไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปี มีร้อยละ 30.2 (n=187) และมีอาการของโรคและกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน มีร้อยละ 51.8 (n=320) วิถีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลับมารักษาซ้ำเร็ว ร้อยละ 16.56 (n=53) กลับมารักษาซ้ำในระยะกลาง ร้อยละ 32.50 (n=104) และกลับมารักษาซ้ำในระยะยาว ร้อยละ 50.94 (n=163) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาดื่มสุราซ้ำในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ เพศ ชนิดของสุราที่ดื่ม ดื่มหนักใน 4 สัปดาห์ก่อนมารักษา และระดับแรงจูงใจ

สรุป ผู้ป่วยโรคติดสุรามีวิถีการดำเนินโรคและวิถีการกลับมารักษาซ้ำหลายรูปแบบ จึงควรมีโปรแกรมบำบัดเฉพาะสำหรับแต่ละรูปแบบของวิถีการดำเนินโรค และคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการเพิ่มระยะเวลาของการมีอาการคงที่ให้นานขึ้น

คำสำคัญ กลับมารักษาซ้ำ โรคติดสุรา วิถีการดำเนินโรค อาการคงที่

Corresponding author: สุนทรี ศรีโกไสย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(2): 153-166

ABSTRACT

Objective : To examine the trajectory of alcohol dependence and trajectory of hospital readmission within one year after hospital discharge among alcohol-dependent patients in Northern Thailand, and as well as, identify factors related to re-drinking within the first month after hospital discharge.

Methods : A prospective descriptive study was applied in this study. The population sample was 618 patients with alcohol dependence receiving an inpatient treatment at Suan Prung Psychiatric Hospital and Thanyarak Chiangmai Hospital. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Fisher exact test.

Results : There are three groups of trajectories of alcohol dependence which include a stable phase in the first month after discharge (early remission) which showed 55% (n = 340), an unstable phase (heavy drinking) but unnecessary to rehospitalization within 1 year of discharge being as 30.2% (n=187), and the readmission phase being as 51.8% (n= 320). Re-hospitalization data identified 3 trajectory groups: short duration to readmission as 16.56% (n=53), medium duration to readmission as 32.50% (n=104), and long duration to readmission as 50.94% (n=163). Factors related to re-drinking within the first month after hospital discharge include gender, type of alcohol beverage, heavy drinking within 4-week before admission, and motivational level.

Conclusion : The findings bring to light the differences of alcohol-dependent trajectory and the hospital readmission trajectory, as well as factors related to re-drinking within the first month. Therefore, a specific intervention program for each type of trajectory is necessary in order to extend a stable phase as long as possible.

Keywords: alcohol dependence, readmission, stable phase, trajectory

Corresponding author: Soontaree Srikosai

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(2): 153-166

บทนำ

ความชุกของผู้ป่วยติดสุราที่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางในภาคเหนือ พบมีมากเป็นอันดับสองรองจากผู้ป่วยโรคจิตเภท¹ หรือพบเป็นอันดับสองรองจากผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน² ผู้ป่วยติดสุราหลังได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีการกลับดื่มสุราซ้ำอยู่ระหว่างร้อยละ 28.0-86.0³ โดยพบมากที่สุดในช่วง 1-3 เดือนแรกหลังออกจากโรงพยาบาล⁴ ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2555-2556 พบว่า ร้อยละ 55 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ และร้อยละ 45 เป็นผู้ป่วยครั้งรอง¹ ในจำนวนนี้มีทั้งกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ 24 สัปดาห์ และ 36 สัปดาห์⁵ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 มีผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 35-55 และผู้ป่วยครั้งรอง พบมีร้อยละ 44-64 ในจำนวนนี้มีอาการกลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ภายใน 4 สัปดาห์ ถึง 24 สัปดาห์⁶ หลักฐานทางวิชาการระบุว่าผลกระทบของการกลับป่วยซ้ำบ่อยจะมีความรุนแรงมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่ป่วยซ้ำน้อยก็ต้องการการบำบัดรักษาเพื่อส่งเสริมความสามารถรับผิดชอบชีวิตประจำวันได้โดยไม่ดื่มสุรา การบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำ มี 2 ลักษณะควบคู่กัน คือการใช้ยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจ การบำบัดทางสังคมจิตใจเพื่อป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำในบริบทของโรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว โดยผู้ป่วยทั้งครั้งแรกและครั้งรองจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่องสุรา กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และการบำบัดครอบครัว ซึ่งเป็นรูปแบบบริการสำหรับผู้ติดสุราทุกราย ส่วนการบำบัดแบบรายบุคคลใช้รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจ การบำบัดแบบสั้น และการบำบัดแนวชาเทียร์ มีการใช้รูปแบบการจัดการแบบรายกรณีในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน^{6,7}

โรคติดสุราจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีวิถีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราหลายระยะ แนวคิดวิถีความเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังระบุว่าแต่ละระยะของวิถีการดำเนินโรคเรื้อรัง จะสะท้อนความต้องการการดูแลช่วยเหลือหรือป้องกันปัญหาแตกต่างกัน⁸ เริ่มจากระยะก่อนการเจ็บป่วยเรื้อรัง (pre-trajectory) ระยะที่มีอาการและอาการแสดงปรากฏรวมทั้งได้รับการวินิจฉัยโรค (trajectory onset) ระยะที่อาการของโรคคงที่ คือสามารถควบคุมได้ด้วยการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (stable) ระยะที่อาการของโรคเริ่มไม่คงที่ แต่ยังไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล (unstable) ระยะที่มีอาการของโรค ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาล (acute) ระยะวิกฤต ต้องได้รับการรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉิน (crisis) ระยะที่การดูแลตนเองสามารถทำได้จำกัดเพราะมีอาการของโรครุนแรงจึงต้องกลับมารักษาซ้ำ (come back) ระยะที่อาการของโรคแย่ลง (downwards) และระยะเสียชีวิต (dying)⁸ เมื่อพิจารณาระยะ stable และระยะ unstable พบว่ามีความสอดคล้องกับระยะจำหน่ายผู้ป่วยติดสุราออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรค ทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและในชุมชนได้ตามปกติ⁹ แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับวิถีการดำเนินโรคในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนว่ามีลักษณะอย่างไร แต่ละลักษณะมีขนาดปัญหาแตกต่างกันอย่างไร ในขณะที่การบำบัดทางสังคมจิตใจเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายใช้รูปแบบเดียวกันกับผู้ติดสุราทุกราย การมีความรู้ความเข้าใจในวิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุราวิถีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน และปัจจัยที่

สัมพันธ์กับการกลับดื่มซ้ำ จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีแนวทางให้การบำบัดรักษาที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีวิธีการดำเนินโรคในแต่ละรูปแบบ และสามารถตอบสนองปัญหาความต้องการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสมเฉพาะกลุ่มมากขึ้น ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการดำเนินโรคของโรคติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี ศึกษาวิธีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคติดสุราในภาคเหนือของประเทศไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับดื่มสุราซ้ำในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ชนิด prospective descriptive study

ประชากร คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา หรือโรคติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหรือโรคร่วมทางกายชนิดใดชนิดหนึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลที่ใช้ในประเทศไทยคือ American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) และ/หรือ Classification of Mental and behavioral Disorders (ICD-10) โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ในเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 678 ราย (โรงพยาบาลสวนปรุง 566 ราย โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 112 ราย) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 639 ราย (คิดเป็นร้อยละ 94.12) แบ่งเป็น 541 รายจากโรงพยาบาลสวนปรุง และ 98 ราย จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวน 618 ราย

วิธีการดำเนินโรคของโรคติดสุรา หมายถึง การดำเนินโรคในช่วง 12 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เริ่มจากการมีอาการคงที่ การมีอาการไม่คงที่ และการมีอาการของโรคปรากฏและกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์โดยการหาความชุกของแต่ละกลุ่มวิธีการดำเนินโรค

อาการคงที่ หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของโรคติดสุรา ประเมินโดยการไม่ดื่มสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มสุรา (The alcohol time-line follow-back [TLFB])

อาการไม่คงที่ หมายถึง ผู้ป่วยดื่มสุราหนัก แต่ยังไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินโดยการมีพฤติกรรมดื่มหนักหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ TLFB

มีอาการของโรค หมายถึง การมีอาการของการติดสุราอย่างรุนแรงหรือได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการติดสุรา ประเมินโดยการกลับมารักษาซ้ำ

การดื่มหนัก หมายถึง การดื่มสุราปริมาณมากในครั้งที่ดื่ม ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากสุราได้อย่างฉับพลัน โดยเพศชายดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐาน/วัน ขึ้นไป เพศหญิงดื่มตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐาน / วัน ขึ้นไป^{9,10}

ดื่มมาตรฐาน หมายถึง ปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ในเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์¹⁰ ได้แก่ เบียร์ 1 กระป๋อง (330 มิลลิลิตร) หรือ เหล้า 1 กัง (40 มิลลิลิตร) หรือไวน์ 1 แก้ว (140 มิลลิลิตร)¹¹

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับดื่มสุราซ้ำใน 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย หมายถึง ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กัน ได้แก่ เพศ อายุจริง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คนในครอบครัว ดื่มสุรา ประเภทของสุราที่ดื่ม การดื่มหนักใน 4 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ การสูบบุหรี่ และระดับ แรงจูงใจ

เครื่องมือที่ใช้ คือเครื่องมือรวบรวมข้อมูลด้าน การดื่มสุรา ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ

1. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorder identification test [AUDIT] เรียบเรียง โดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรก โดย ศาวิตรี อักษรางค์กรชัย องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ AUDIT ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ. 2001 ใช้คัดกรองระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-7) ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (คะแนน 8-15) ผู้ดื่มแบบอันตราย (คะแนน 16-19) และผู้ดื่มแบบ ติด (คะแนน ≥ 20)

2. แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา (severity of alcohol dependence questionnaire [SADQ]) สร้างขึ้นโดย สต็อกเวล และคณะ (Stockwell et al.) ในปี ค.ศ. 1983 แปลเป็นไทยและทดสอบคุณภาพโดย สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ ใช้คัดกรองระดับความรุนแรงของการติดสุราเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสุราระดับเล็กน้อย (คะแนน 0-15) กลุ่มติดสุราระดับปานกลาง (คะแนน 16-30) และกลุ่มติดสุราระดับรุนแรง (คะแนน ≥ 31)

AUDIT และ SADQ ผ่านการทดสอบความเที่ยง โดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน จากข้อมูลของผู้ติดสุราที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัครวิจัย จำนวน 15 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.69 และ 0.87 ตามลำดับ

3. ปฏิทินบันทึกการดื่มสุรา (The alcohol time-line follow-back [TLFB]) ผู้วิจัยได้ใช้ TLFB ฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 2000 และ ค.ศ. 2013 โดยขออนุญาตแปลเครื่องมือจากเจ้าของต้นฉบับ และ

ดำเนินการตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้รวบรวมข้อมูลการดื่มสุราในช่วง 4 สัปดาห์ก่อน การรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง การดื่มหนักใช้เกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลกคือ เพศชายดื่ม ≥ 5 ดื่มมาตรฐาน เพศหญิงดื่ม ≥ 4 ดื่มมาตรฐาน^{9,10} (1 ดื่มมาตรฐาน = alcohol 10 กรัม หรือเหล้า 1 กัง หรือเบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1 แก้ว)¹¹ TLFB ผ่านการทดสอบความเที่ยง โดยวิธีประเมินความเท่าเทียมกัน (equivalence) ด้วย วิธีการหาค่า inter-rater reliability โดยการนำข้อมูล ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวน วันที่หยุดดื่ม ภายใน 4 สัปดาห์ ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน ที่ได้จากการประเมินของหัวหน้าทีมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากผู้ช่วยนักวิจัยที่ทำหน้าที่รวบรวม ข้อมูลจำนวน 6 คน พบว่าข้อมูลจากการวัดครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 มีค่าเท่ากัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล 3 ระยะ โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึก อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ในสัปดาห์ของการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล (month₀) เพื่อรวบรวมข้อมูลการดื่มสุรา ก่อนเข้ารับการรักษาโดยใช้ AUDIT และ TLFB ข้อมูลระดับความรุนแรงของการติดสุรา (SADQ) และ ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครวิจัย

ระยะที่ 2 ระหว่างเดือนที่ 1 (month₁) ถึงเดือน ที่ 11 (month₁₁) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลในสัปดาห์สุดท้ายของแต่ละเดือน ใช้เครื่องมือ TLFB

ระยะที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้ายของเดือนที่ 12 หลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (month₁₂) ในกรณีที่ไม่มี readmission และในสัปดาห์ที่กลับมารักษาซ้ำในกรณี ที่มี readmission ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับระยะที่ 1 (ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคล)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลวิธีการดำเนินโรคของโรคติดเชื้อ และข้อมูลทั่วไปของประชากร วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ เพื่อวิเคราะห์หัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับดื่มซ้ำใน 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง ตามเอกสารเลขที่ 13/2557

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมีจำนวน 618 ราย มีอายุเฉลี่ย 43.3 ± 10.1 ปี อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุรครั้งแรก 18.8 ± 5.2 ปี และอายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุรครั้งแรก 37.6 ± 10.4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง มีร้อยละ 35.0 ที่สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรเป็นประจำ สมาชิกใจเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา มารับการรักษาครั้งแรก มีร้อยละ 38.8 สุรที่ดื่มเป็นประจำคือ สุรชนิด 35-40 ดีกรี (ร้อยละ 73.9) กลุ่มที่มีการดื่มหนักทุกวันในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ มีร้อยละ 55.1 และแรงจูงใจอยู่ในระดับ 'ตัดสินใจ' ร้อยละ 45.1 รองลงมาคือระดับ 'ลังเลใจ' ร้อยละ 28.8 และระดับ 'ไม่ตระหนักในปัญหาการดื่มสุร' ร้อยละ 24.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

1. วิธีการดำเนินโรคของโรคติดเชื้อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี พบมี 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 ระยะเวลาอาการคงที่

วิธีการดำเนินโรคของโรคติดเชื้อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี กลุ่มที่มีลักษณะอาการคงที่ (ไม่ดื่มสุร) ในช่วง 1 เดือนแรกพบมีร้อยละ

55.0 (ตารางที่ 1) ตั้งแต่เดือนที่ 2 เป็นต้นไปอาการคงที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับระยะมีอาการไม่คงที่และระยะมีอาการของโรคปรากฏและกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน

1.2 ระยะเวลาอาการไม่คงที่

กลุ่มที่มีอาการไม่คงที่ หมายถึงผู้ป่วยกลับมาดื่มหนัก แต่ยังไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลา 12 เดือนของการติดตามพบมีร้อยละ 30.26 (ตารางที่ 1) ในภาพรวมผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงดื่มหนักทุกเดือน ยกเว้นเดือนที่ 12 ที่มีการดื่มเฉลี่ย 1-2 การดื่มมาตรฐาน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า เดือนที่ 1 เพศชายเฉลี่ยดื่มหนักต่อวันมากกว่าเพศหญิง แต่ในเดือนที่ 3, 6, 9 พบเพศหญิงเฉลี่ยดื่มหนักต่อวันมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 3)

1.3 ระยะเวลาอาการของโรคปรากฏและกลับมารักษาซ้ำ

วิธีการดำเนินโรคของโรคติดเชื้อระยะมีอาการของโรค โดยมีอาการของการติดเชื้ออย่างรุนแรงหรือได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการติดเชื้อจำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน พบมีจำนวน 320 ราย (ตารางที่ 1) ระยะนี้พบมีทุกเดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. วิธีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำเร็ว (short duration to readmission) หมายถึง กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบมีร้อยละ 16.56 (n=53)

2.2 กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำในระยะกลาง (medium duration to readmission) หมายถึง กลับมารักษาซ้ำภายใน 2-6 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบมีร้อยละ 32.50 (n=104)

2.3 กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำในระยะยาว (long duration to readmission) หมายถึง กลับมา รักษาซ้ำภายในเดือนที่ 7-12 หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล พบมีร้อยละ 50.94 (n=163)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับดื่มสุราซ้ำใน ช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ เพศ ชนิดของสุราที่ดื่ม ดื่มหนักใน 4 สัปดาห์ก่อนมา รักษา และระดับแรงจูงใจ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดสุรา (N=618)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	582	94.2
หญิง	36	5.8
อายุ		
Mean = 43.3 ± 10.1, Min = 18, Max = 68		
อายุที่ดื่มสุราครั้งแรก (ปี)		
<15	55	8.9
15-18	333	53.9
19-24	146	23.6
≥ 25	84	13.6
Mean ± SD = 18.8 ± 5.2, Min = 10, Max = 44		
ชาย = 18.50 ± 4.82 หญิง = 23.83 ± 7.94		
อายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาปัญหาการดื่มสุราครั้งแรก		
Mean ± SD = 37.6 ± 10.4, Min = 19, Max = 68		
สถานะภาพสมรส		
โสด	176	28.5
แต่งงานแล้ว อยู่ด้วยกัน	254	41.1
แต่งงานแล้ว แยกกันอยู่	118	19.1
หม้าย/หย่า	70	11.3
การศึกษา		
ประถมศึกษา	373	60.4
มัธยมศึกษา	144	23.3
≥ ปริญญาตรี	101	16.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดสุรา (N=618) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	603	97.6
คริสต์	14	2.3
อิสลาม	1	0.1
อาชีพ		
ว่างงาน	57	9.2
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	9	1.5
รับจ้าง	305	49.4
เกษตรกรรม	101	16.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	73	11.8
อื่นๆ (เช่น ลูกจ้างส่วนตัว ค้าขาย)	73	11.8
มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุราเป็นประจำ		
มี	216	35.0
ไม่มี	402	65.0
ความสมัครใจเข้ารับการรักษา		
สมัครใจ	519	84.0
ไม่สมัครใจ	99	16.0
จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน		
ครั้งแรก	240	38.8
ครั้งที่ 2-5	245	39.7
≥ 6 ครั้ง	133	21.5
ประเภทของสุราที่ดื่มเป็นประจำ		
สุราสี	80	12.9
สุรา 35-40 ดีกรี	457	73.9
สุรากลั่นในชุมชน	43	7.1
เบียร์/ไวน์	38	6.1
การดื่มหนักในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้		
ไม่ดื่มหนัก	23	3.8
ดื่มหนักเป็นบางวัน	248	41.1
ดื่มหนักทุกวัน	332	55.1
ระดับแรงจูงใจ		
ไม่ตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา	149	24.1
ลังเลใจ	178	28.8
ตัดสินใจ	279	45.1
ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม	12	2.0

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของวิธีการดำเนินโรคของโรคติดเชื้อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี (N=618)

วิธีการดำเนินโรคของโรคติดเชื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะมีอาการคงที่ (ไม่ตีmites) ใน 1 เดือนแรก	340	55.0
ระยะมีอาการไม่คงที่ (ตีmites) ใน 12 เดือน แต่ยังไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	187	30.2
มีอาการของโรคและกลับมารับรักษาซ้ำ ใน 12 เดือน	320	51.8

ตารางที่ 3 ปริมาณการตีmites โดยเทียบกับ 1 ตีmitesมาตรฐาน/วันที่ตีmites หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกตามเพศและเดือนที่ 1, 3, 6, 9, และ 12

เดือนที่		ปริมาณการตีmites ต่อวัน			
		ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	ชาย	1	72	9.13	8.96
	หญิง	2	12	6.18	4.62
3	ชาย	1	72	8.37	8.81
	หญิง	3	48	9.75	12.80
6	ชาย	1	72	8.09	8.51
	หญิง	3	48	10.36	13.24
9	ชาย	1	48	7.84	7.44
	หญิง	2	24	8.43	8.14
12	ชาย	1	3	2.11	0.93
	หญิง	1	3	1.50	0.89

1 ตีmitesมาตรฐาน = เครื่องตีmitesที่มีแอลกอฮอล์ 10 กรัม¹⁰ ได้แก่ เบียร์ 1 กระป๋อง (330 มิลลิลิตร) หรือ เหล้า 1 กัง (40 มิลลิลิตร)¹¹

ตีmitesหนัก = เพศชายตีmites ≥ 5 ตีmitesมาตรฐาน/วัน เพศหญิงตีmites ≥ 4 ตีmitesมาตรฐาน/วัน^{9,10}

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อร้อยละ 55.0 (n=340) มีอาการคงที่ในช่วง 1 เดือนแรก แสดงให้เห็นว่า มีผู้ป่วยเกินครึ่ง แต่ไม่ถึงร้อยละ 60 ที่ไม่ตีmitesหลังจำหน่าย 1 เดือนใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{12,13} เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ตั้งแต่เดือนที่ 2 เป็นต้นไป อาการคงที่มีแนวโน้มลดลงโดยมีอัตราเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันในแต่ละเดือน แสดงถึงการมีพฤติกรรมตีmitesเกิด

ขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปตั้งแต่เดือนที่ 2 เป็นต้นไปหลังจากออกจากโรงพยาบาล คล้ายคลึงกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2556¹⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยหญิงติดเชื้อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ เดือนที่ 2 ของการติดตามพบว่ามี การตีmitesหนักเพิ่มขึ้น และยังคงคล้ายคลึงกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2552¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วย ติดเชื้อเพศชายมีจำนวนวันที่หยุดตีmitesลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนที่ 2 เป็นต้นไป การศึกษานี้ได้ยืนยันแนวคิดของโรคเรื้อรังที่ว่า

การติดสุราเป็นโรคเรื้อรังที่มีทั้งระยะหยุดดื่ม ระยะกลับไปดื่มซ้ำ และระยะเข้ารับการรักษา¹⁶ เป็นวงจรของการได้รับและการขาดแอลกอฮอล์หลายๆ ครั้ง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก⁶ วิธีการดำเนินโรคของโรคติดสุราจึงมีทั้งระยะที่อาการคงที่ (stable) และระยะที่อาการของโรคเริ่มไม่คงที่ (unstable) ผลการศึกษา¹⁷ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอาจยังคงรับประทานยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 1 เดือนแรก ซึ่งเป็นระยะเวลาที่แพทย์ส่วนใหญ่ให้ยาผู้ป่วยรับประทาน 1 เดือน และนัดติดตามอาการเมื่อครบ 1 เดือน หรือเมื่อครบ 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ ในช่วง 1 เดือนแรก ญาติอาจให้การดูแลใกล้ชิดในด้านการรับประทานยาให้ครบ 3 มื้อ การรับประทานยา การจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้าน เมื่อพิจารณาที่ตัวผู้ป่วย อาจพบว่าผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันตนเองให้หยุดดื่มสุราได้ในช่วงแรกๆ โดยส่วนหนึ่งอาจเกิดความล้าชวยใจที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำอย่างรวดเร็วหลังจากออกจากโรงพยาบาล¹⁷ การตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเอง การตระหนักในผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ตระหนักเรื่องการยอมรับจากสังคม^{17,18} การกลัวตักงาน หรือกลัวอาการทางจิตกำเริบ¹⁸ พยายามปิดกั้นการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนที่ดื่มสุรา การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในช่วงเวลาที่มักจะดื่มสุรา และการปรับเวลาการรับประทานยาให้เร็วขึ้น¹⁹ ประเด็นเหล่านี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราตลอด 1 เดือนแรกได้สำเร็จ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกเฉลี่ย 18.50 ± 4.82 ปี (ตารางที่ 1) หากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถหยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่องนานถึง 4 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล อาจได้

รับประสบการณ์ด้านบวกจากการไม่ดื่มสุรา ดังนั้น ระยะ 1 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยจะรอดจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำ หรือมีโอกาสที่จะมีอาการคงที่ได้มากขึ้น

อาการไม่คงที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงโดยดื่มหนักมากขึ้นเป็นช่วงๆ ในแต่ละเดือนตลอดระยะเวลาการติดตาม 1 ปี อธิบายได้ว่า อาจเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละเดือนของบริบทชุมชนในภาคเหนือ เช่น งานประเพณี งานรื่นเริงต่างๆ ที่มีการใช้สุราร่วมด้วย โดยเฉพาะช่วงเดือนที่มีประเพณีสงกรานต์ ส่วนเดือนที่มีการรณรงค์ทางสังคมให้ลดละเลิกสุราก็ช่วงเข้าพรรษา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษารุ่นนี้เข้าเกณฑ์การติดสุราตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (68.6%, $n = 419$ [ไม่ได้นำเสนอในตาราง]) อีกทั้งมีจำนวนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก 240 ราย (38.8%) ดังนั้น การทำหน้าที่ของสมองและสารสื่อประสาทต่างๆ ของผู้ป่วยติดสุรากลุ่มนี้จึงอาจผิดปกติไม่มาก หรือยังไม่มี ความรุนแรงของภาวะสมองถูกทำลาย กลุ่มตัวอย่างจึงอาจสามารถควบคุมการดื่มหนักของตนเองได้เป็นช่วงๆ ทำให้ไม่จำเป็นต้องกลับไปเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งครั้งแรกและครั้งรองจะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล^{6,7} ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงอาจมีการเรียนรู้วิธีดูแลตนเองเพื่อลดการดื่มหนัก นอกจากนี้ อายุของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน (21-40 ปี) จึงอาจตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะตกงานเนื่องจากการขาดงานหรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพเพราะการดื่มสุรา

และผลการศึกษาในตารางที่ 3 พบว่า เดือนที่ 1 เพศชายเฉลี่ยดื่มหนักต่อวันมากกว่าเพศหญิง แต่ในเดือนที่ 3, 6, 9 พบเพศหญิงเฉลี่ยดื่มหนักต่อวันมากกว่า

เพศชาย ซึ่งเป็นประเด็นข้อค้นพบที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน อาจอธิบายได้ว่า เพศหญิงหลังได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อกลับสู่ชุมชนอาจมีการตระหนักในบทบาทหน้าที่ของเพศหญิงตามความคาดหวังของสังคม แม้จะมีการกลับดื่มสุราก็ดีแต่อาจพยายามควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองในช่วงแรก แต่เมื่อได้เริ่มดื่มระยะหนึ่ง ในช่วงต่อมาอาจจะเลยประเด็นการควบคุมการดื่มซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ “เพศภาวะ” และการได้รับความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจจากคู่สมรสซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดื่มหนักของผู้หญิง การทบทวนองค์ความรู้การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีโดยสุนทร ศรีโกสย²⁰ พบว่า “เพศภาวะ” มีผลต่อความรุนแรงของการติดสุราในผู้หญิง จากการที่หญิงชายถูกคาดหวังให้มีความสำคัญในบทบาทที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่อึดฝายรู้สึกต่ำต้อยกว่าและต้องพึ่งพิงอีกฝ่าย ผู้หญิงจึงพยายามสร้างความเท่าเทียมทางเพศกับเพศชาย การดื่มสุราของผู้หญิงเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเท่าเทียมทางเพศ โดยเฉพาะงานมหรสพในชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้หญิงต้องการแสดงออกให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงชายคือ “ชายดื่มสุราได้ หญิงก็ดื่มได้” หรือ “ชายสนุกได้ หญิงก็สนุกได้เช่นกัน” และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสามีภรรยาที่ดื่มสุราทั้งคู่ ภรรยาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับความรุนแรงจากสามี 8.55 เท่า (95%, CI: 1.75-41.90) เมื่อเปรียบเทียบกับคู่สามีภรรยาที่ไม่ดื่มสุรา²¹ และการเสพติดสุราเรื้อรังของผู้หญิงอาจส่งผลให้การตระหนักรู้ในตนเองมีจำกัด และมีการสูญเสียความจำเร็วขึ้น²² ทำให้ประสบปัญหาด้านการใช้ความคิด การวางแผน และการวิเคราะห์เชิงเหตุและผลมากกว่าผู้ชายติดสุรา²³ จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มหนักมีเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่วนในช่วงเดือนที่ 12 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการดื่มในระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ อาจเนื่อง

มาจากกลุ่มที่ดื่มหนักส่วนใหญ่ได้เข้าสู่ระยะมีอาการของโรคและกลับมารับรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน

ระยะมีอาการของโรคและกลับมารับการบำบัดรักษาซ้ำพบมีจำนวน 320 ราย หรือร้อยละ 51.8 สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินโรคของโรคเรื้อรังชนิดโรคติดสุราจะมีระยะที่มีอาการของโรคปรากฏและเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ หลังจากผ่านระยะที่อาการของโรคเริ่มไม่คงที่⁸ ซึ่งยืนยันแนวคิดของวิธีการดำเนินโรค (trajectory model) ที่ระยะต่างๆ จะมีความเชื่อมโยงกัน และการที่มีผู้ป่วยประมาณครึ่งของทั้งหมดกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุรานั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดสุราจำนวนหนึ่งไม่สามารถละเลิกสุราได้ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยติดสุราหรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสุรามีการกลับมารับรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 62-68²⁴ ทั้งนี้ อาจอธิบายด้วยแนวคิดของการติดสุราและแนวคิดโรคเรื้อรังได้ว่า ผู้ที่เคยติดสุราแม้จะได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในแล้ว ยังคงมีความเสี่ยงต่อการกลับดื่มสุราก็ดีตลอดเวลา การกลับดื่มสุราก็ดีส่งผลต่อการทำงานผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ผู้ติดสุราเสี่ยงต่อการมีอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal symptom) หากระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดลดต่ำลง โดยระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราจะเริ่มจากระยะระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาการจะรุนแรงขึ้นโดยเข้าสู่ระยะมีอาการประสาทหลอน ระยะระบบประสาทตื่นตัว และระยะมีอาการเพื่อสับสน ตามลำดับ²⁵ อาการขาดสุราระดับรุนแรง หรือการเสี่ยงต่อการมีอาการขาดสุราระดับรุนแรง เป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยกลับมารับรักษาซ้ำ และการที่มีผู้ติดสุราร้อยละ 51.8 กลับมารับการบำบัดรักษาซ้ำนั้นยังสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ติดสุรากลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะติดสุราเรื้อรังหรือรุนแรง อาจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเริ่ม

ดื่มสุรารั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม เช่น บุหรี่ และอาจมีปัญหาด้านบุคลิกภาพหรือปัญหาด้านจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำนายนการกลับดื่มสุรารั้งหรือการกลับมารักษารั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ นอกจากนี้ ตัวแปรด้านช่วงเวลาทีกลับไปดื่มเพียงเล็กน้อยในครั้งแรก และความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นปัจจัยทำนายวิถีการดื่มสุรารั้งและดื่มหนักมากขึ้นในเวลาต่อมา²⁷ ดังนั้น การป้องกันระดับตติยภูมิจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความรุนแรงของโรค

วิถีการกลับมารักษารั้งแบบผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม อาจอธิบายได้ว่า การกลับมารักษารั้งเร็วหรือช้าแตกต่างกันนั้น อาจเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรารั้ง ระดับความรุนแรงของการมีอาการทางจิตจากสุรารั้ง ระดับความรุนแรงของการมีอาการของโรคร่วมทางกาย หรือระดับความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรารั้ง การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามวิถีการกลับมารักษารั้งจะช่วยให้แผนการบำบัดรักษามีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่พบ

ปัจจัยด้านเพศ ชนิดของสุรารั้งที่ดื่ม การดื่มหนักใน 4 สัปดาห์ก่อนมารักษา และระดับแรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาดื่มสุรารั้งในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ เพศชายมีการกลับมาดื่มสุรารั้งครั้งแรกมากกว่าเพศหญิง²⁸ การดื่มสุรารั้งในปริมาณมากทุกวันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมาดื่มสุรารั้ง²⁹ แรงจูงใจภายในตัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารั้งดื่มสุรารั้ง^{30, 31} กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงมีหลายระยะที่อาจสลับกันไปมาตามระดับแรงจูงใจ เริ่มจากระยะเมินเฉย/ไม่ตระหนักในปัญหา จนสามารถเข้าสู่ระยะที่กระทำพฤติกรรมใหม่และคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

นั้นได้³² ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในปี ค.ศ. 2016 ที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรารั้งกลับมาดื่มสุรารั้ง เพราะปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ และสถานภาพสมรส รวมทั้งภาวะอารมณ์ความรู้สึกทางลบ และขาดการรับรู้ความสามารถในตนเอง³³

สรุป

วิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุรารั้งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี แบ่งเป็น อาการคงที่ อาการไม่คงที่ และมีอาการของโรคและกลับมารักษารั้งแบบผู้ป่วยใน ส่วนวิถีการกลับมารักษารั้งแบบผู้ป่วยใน จำแนกเป็น กลับมารักษารั้งเร็ว กลับมารักษารั้งในระยะกลาง และกลับมารักษารั้งในระยะยาว ปัจจัยด้านเพศ ชนิดของสุรารั้งที่ดื่ม การดื่มหนักก่อนมารักษา และระดับแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการกลับมาดื่มสุรารั้งใน 1 เดือนหลังจำหน่าย สะท้อนถึงการมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือแตกต่างกัน จึงควรมีโปรแกรมบำบัดเฉพาะสำหรับแต่ละรูปแบบของวิถีการดำเนินโรค และแต่ละรูปแบบของวิถีการกลับมารักษารั้ง เพื่อส่งเสริมการเพิ่มระยะเวลาของการมีอาการคงที่ให้นานขึ้นและค้ำึงเพศภาวะของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่อนุมัติงบประมาณสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. Suan Prung Psychiatric Hospital. Statistic of patients receiving treatment and care at Suan Prung Psychiatric Hospital 2010-2013. Medical Record Sector of Suan Prung Psychiatric Hospital; 2013.

2. Thanyarak Chiangmai Hospital. Statistic of patients receiving treatment and care at Thanyarak Chiangmai Hospital 2010-2014. Medical Record Sector of Thanyarak Chiangmai Hospital; 2014.
3. Witkiewitz K. Defining relapse from a harm reduction perspective. *J Evid Based Soc Work* 2005; 2(1): 191-206.
4. Zywiak WH, Stout RL, Trefry WB, Glasser I, Connors GJ, Maisto SA, et al. Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(4): 349-53.
5. Suan Prung Psychiatric Hospital. Statistic of hospital readmission 2012-2013. Medical Record Sector of Suan Prung Psychiatric Hospital; 2013.
6. Suan Prung Psychiatric Hospital. Manual of Alcohol-dependent patients nursing. Suan Prung Psychiatric Hospital; 2013.
7. Substance and Drug Treatment Center. Document of nurses' orientation, Substance and Drug Treatment Center, Chiang Mai; 2010.
8. Corbin JM. The corbin and strauss chronic illness trajectory model: an update. *Sch Inq for Nurs Pract* 1998; 12(1): 33-41.
9. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteriro MG. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
10. World Health Organization (WHO). Global Status Report: Alcohol and Young People. Geneva, Switzerland: WHO, Substance Abuse Department; 2001.
11. The Integrated Community Management for Substance Abuse Program. Manual of treatment and care for people with alcohol problem: A basic manual for health care providers. Chiang Mai: Wanidakarnpim; 2010.
12. Snelleman M, Schoenmakers TM, Mheen D. Attentional bias and approach/avoidance tendencies do not predict relapse or time to relapse in alcohol dependency. *Alcohol Clin Exp Res* 2015; 39(9): 1734-9.
13. Sununta Prungkrang. Effect of motivational enhancement therapy for alcohol-dependent patients in inpatients department, Substance and Drug Treatment Center Khon Kean. (Abstract) Alcohol National Conference: Alcohol is not a common trade (p. 174). 21-22 November 2007, Richmond Hotel, Nonthaburi; 2550.
14. Srikosai S, Thaweewattanaprecha S. Internal change among alcohol-dependent persons receiving Satir Transformational Systemic Therapy: a case study of inpatients. *Suan Prung Bulletin* 2013; 29(1):1-16.
15. Srikosai S, Piboonsri L, Sunanta W, Tangjaiman K, Sarnkhum A, Pusopa O. Effectiveness of motivational enhancement therapy among alcohol-dependent patients receiving follow-up sessions every 2 versus every 4 weeks on reduction of alcohol drinking problems.

- Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2009; 54(3): 259-72.
16. McKay JR. The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. *Recent Dev Alcohol* 2001; 15, 357-72.
 17. Totharong P, Limprasutr P, Wannapornsiri C. Experience of persistent cut down of alcohol intake among former alcohol dependence. *Journal of Nursing Science Naresuan University* 2008; 2(2): 45-61.
 18. Darakorn na ayuthaya P. Successful of alcohol abstinence among alcohol-dependent with psychiatric comorbidity. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 27(1): 1-15.
 19. Srikosai S, Khantharat C. Knowledge management on how to achieved alcohol abstinence among people who used to be alcoholics and receiving alcohol psychosocial treatment clinic, Suan Prung Psychiatric Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, Northern Branch* 2007; 13: 10-6.
 20. Srikosai S. A literature review of alcohol consumption and alcohol dependence among women. Chiang Mai: Wanidakarnpim. Support by the Integrated Community Management for Substance Abuse Program; 2010.
 21. Sarakarn P, Khammanard Y. Alcohol drinking behavior and violence to women in Khon Kaen Province. Research report; 2007.
 22. Antai-Otong D. Women and alcoholism: Gender-related medical complications: treatment considerations. *J Addict Nurs* 2006; 17: 33-45.
 23. Flannery B, Fishbein D, Krupitsky E, Langevin D, Verbitskaya E, Bland C. et al. Gender differences in neurocognitive functioning among alcohol-dependent Russian patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31(5): 745-54.
 42. Soyka M, Helten B, Cleves M, Schmid P. High rehospitalization rate in alcohol-induced psychotic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263(4): 309-13.
 25. Corfee AF. Alcohol withdrawal in the critical care unit. *Aust Crit Care* 2011; 24(2): 110-6.
 26. Gelsi E, Vanbiervliet G, Cherikh F, Marine-Barjoan E, Truchi R, Arab K. Factors predictive of alcohol abstention after resident detoxication among alcoholics followed in an hospital outpatient center. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31: 595-9.
 27. Witkiewitz K, Masyn KE. Drinking trajectories following an initial lapse. *Psychol Addict Behav* 2008; 22(2): 157-67.
 28. Zywiak WH, Stout RL, Trefry WB, Glasser I, Connors GJ, Maisto SA, et al. Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(4): 349-53.
 29. Tuithof M, Have M, Brink W, Vollebergh W, Graaf R. Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2014; 140(1): 85-91.
 30. Jittichairoj K. The study of alcoholic rehabilitation program. Conference of the Ministry of Public Health for the 12th; 2004 Aug 24-27, p.246; Royal Phuket City Hotel, Phuket.

-
31. Menon J, Kandasamy A. Relapse prevention. Indian J Psychiatry 2018; 60(Suppl 4): S473-S478.
32. Kim KM, Kim JS, Kim GJ, Kim SS, Jung JG, Kim SM, et al. The readiness to change and insight in alcohol dependent patients. J Korean Med Sci 2007; 22: 453-8.
33. Abeiat Al DD, Hamdan-Mansour AM, Hanouneh SI, Ghannam BM. Psychosocial predictors of relapse among patients with alcohol problems. Curr Drug Abuse Rev. 2016; 9(1): 19-25.