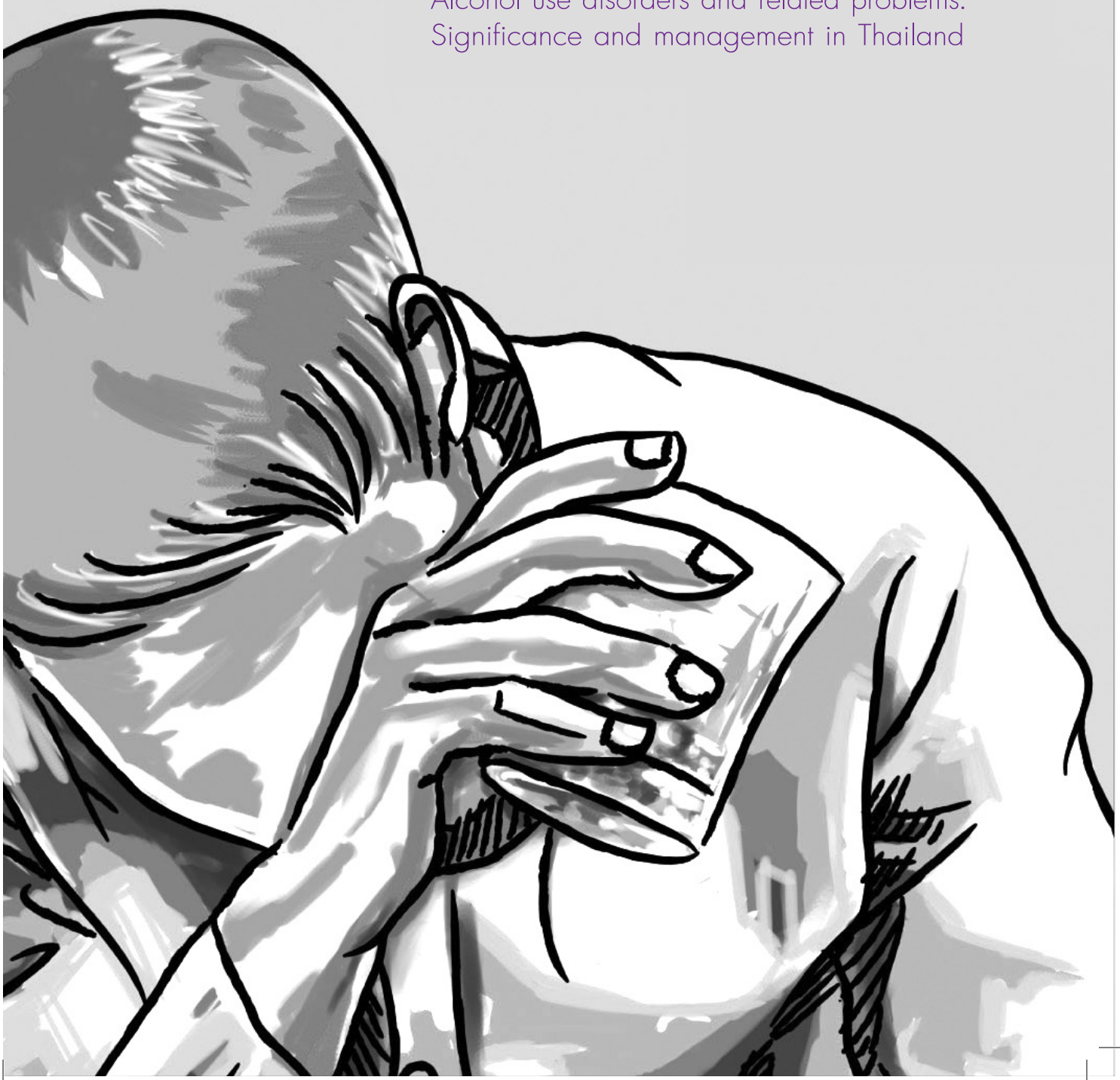
ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา:

ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย

Alcohol use disorders and related problems:
Significance and management in Thailand



ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย

Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย /
เรียบเรียงโดย สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล.--พิมพ์ครั้งที่ 1.--สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2557.

472 หน้า : ภาพประกอบ, ตาราง
ISBN 978-616-7790-48-0

1. การดื่มสุรา--ไทย. 2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์--ไทย. I. สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. II. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
(WM274 ส687ป 2557)

บรรณาธิการจัดการ : อนุพงศ์ นิติเรืองจรัส
บรรณาธิการ : สาวิตรี อัษณางค์กรชัย
รูปเล่ม : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (พัชรินทร์ โพธิ์ทอง)
ปก : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิสธวัช แตงอ่อน)
พิมพ์ที่ : สหมิตรการพิมพ์ (1992), กทม.
พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2557 [1,000 เล่ม]

สนับสนุนโดย แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

จัดพิมพ์โดย หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทร. 0-7445-1148 โทรสาร. 0-7421-2900
ติดต่อสั่งซื้อได้ที่ http://medinfo2.psu.ac.th/bookunit/bookcorner.html

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนิยม

การเกิดขึ้นของหนังสือ “ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย” นับว่าเป็นโชคดีของจิตแพทย์ แพทย์ และบุคลากรสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา รวมทั้งนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง ผู้ที่ทำงานทางด้านนี้จำเป็นต้องมีความรู้ที่ครอบคลุมและทันสมัย มีความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อผู้ดื่มสุราและผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา การมีหนังสือภาษาไทยที่รวบรวมองค์ความรู้และเสนอแนะแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อิงตามหลักฐานทางวิชาการ และประสบการณ์ทางคลินิกและทางการวิจัยของผู้นิพนธ์ทั้งสองคน จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ซึ่งพบเห็นได้ในชีวิตประจำวัน การดื่มสุราทำให้เกิดโทษโรคภัยไข้เจ็บ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมมากมายมหาศาล ในขณะที่ภาคอุตสาหกรรมสุราก็ได้พยายามพัฒนาสุราประเภทต่างๆ และวิธีการโฆษณาเชิญชวนให้คนดื่มสุรามากขึ้น ในภาควิชาการและวงการสาธารณสุขก็มีการพัฒนาวิธีการป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น บุคลากรที่ทำงานในด้านนี้จึงมีหน้าที่ที่จะต้องพัฒนาตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อจะได้รู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมสุรา และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยต่อไปในระยะยาว

ด้วยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความตั้งใจมุ่งมั่นของคณะผู้นิพนธ์ทำให้หนังสือเล่มนี้มีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์เป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพทุกระดับในประเทศไทย ในฐานะจิตแพทย์ ครูแพทย์ ผู้ผลักดันนโยบายด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา และที่ปรึกษาคณะกรรมการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผมขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณในความเพียรพยายามของ รศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาลที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ออกมาในหนังสือเล่มนี้

ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทาง
ของแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ถ้อยแถลงจาก

แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

พฤติกรรมการดื่มสุราในประเทศไทยพบได้เป็นประจำทุกวันในทุกสังคม ตั้งแต่งานเลี้ยงฉลองงานมงคลต่างๆ หรือแม้กระทั่งงานศพ โดยคนทั่วไปเคยชินและเห็นเป็นวิถีชีวิตปกติ แต่การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ประเภท ทั้งยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และสถานพยาบาลทุกระดับทำให้มีภาระการดูแลในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อโรคหลักที่เจ็บป่วย ทำให้อาการกำเริบรุนแรง หรืออาการแย่ลงด้วย

ที่ผ่านมาแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สามารถบูรณการเข้ากับสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับตามความรุนแรงของปัญหา โดยนำไปทดลองใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ ใน 22 จังหวัด 57 อำเภอ 452 ตำบล พบว่า บุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลทุกระดับมากกว่าร้อยละ 90 ขาดความรู้ในการดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา และจำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมเสริมความรู้ ซึ่งต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก

การที่ รศ.ดร.พญ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ จิตแพทย์และนักวิจัย ที่มีประสบการณ์ทำงานกับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา ได้กรุณานิพนธ์หนังสือ “ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย” นับว่าเป็นโชคดีอย่างยิ่งต่อแผนงาน ผรส. และบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลทุกระดับได้มีหลักฐานทางวิชาการที่ทันสมัย ใช้ภาษาไทยที่ง่ายต่อความเข้าใจ สามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง และสามารถเลือกนำไปใช้ดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมสอดคล้องต่อการดำเนินงานในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

แผนงานผรส.ขอขอบพระคุณอาจารย์ รศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล ที่ได้กรุณาถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านวิชาการ ด้านคลินิก และด้านการวิจัยมาในนิพนธ์ฉบับนี้ และยินดีในการสนับสนุนการจัดพิมพ์ เผยแพร่ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถพัฒนาศักยภาพได้ด้วยตนเอง ในอันจะนำความรู้ที่ได้ไปให้บริการแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพต่อไป

แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
ผู้จัดการแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

คำนำ

หนังสือเล่มนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร

หนังสือ “ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการบำบัดรักษาในประเทศไทย” เล่มนี้เป็นผลงานของคณะผู้นิพนธ์ซึ่งเป็นจิตแพทย์ อาจารย์แพทย์ และนักวิจัยที่ทำงานกับผู้ดื่มสุราและผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราในประเทศไทยมาเป็นเวลานานหลายปี หนังสือเล่มนี้ถูกเรียบเรียงมาจากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการจากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พร้อมสอดแทรกการสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลและความรู้ ร่วมกับประสบการณ์ของคณะผู้นิพนธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา และในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทย

หนังสือเล่มนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อใคร

หนังสือเล่มนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้อ่านซึ่งเป็นจิตแพทย์ แพทย์สาขาอื่น แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรสุขภาพที่ทำงานกับผู้ดื่มสุราหรือดูแลรักษาผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ได้มีหนังสือวิชาการภาษาไทยที่รวบรวมองค์ความรู้ที่ครอบคลุมและทันสมัย อิงตามหลักฐานวิชาการ เกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา สำหรับเป็นคู่มือหรือแนวทางสำหรับใช้ในการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ดื่มสุราและเวชปฏิบัติในประเทศไทย หรือศึกษาเพิ่มเติมตามความสนใจ

หนังสือเล่มนี้สำคัญอย่างไร

สุราเป็นสารเสพติดที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรชายในประเทศไทย การดื่มสุราสัมพันธ์กับการเกิดความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บรวมทั้งปัญหาสังคมอีกมากมาย โดยที่ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาเหล่านี้อาจจะไม่ได้ตระหนักว่าเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา การป้องกันปัญหา การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหา การประเมินและการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวมทั้งให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราจึงเป็นงานสำคัญของบุคลากรสุขภาพทุกคน องค์ความรู้ในเรื่องการป้องกันและการดูแลรักษาผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ถูกพัฒนาขึ้นมามากมายในปัจจุบัน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ผลดีและคุ้มทุน เมื่อเทียบกับการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ อีกหลายโรค

หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาอะไรบ้าง

หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลรักษาผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ประกอบด้วยบทต่างๆ 14 บท ในบทแรกจะเป็นการเกริ่นนำด้วยนิยามของแบบแผนการดื่มสุรา ปัญหาและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา และกรอบแนวคิดของการป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา บทที่สองเป็น

คำนำ

การทบทวนระบาดวิทยาของปัญหาจากการดื่มสุราในโลกและในประเทศไทย ทั้งในด้านความชุกและแบบแผนของการดื่มสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา บทที่สามกล่าวถึงการป้องกันระดับปฐมภูมิสำหรับปัญหาจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นมาตรการเชิงสาธารณสุขแบบครอบจักรวาลสำหรับประชาชนทั่วไป ทั้งผู้ที่ดื่มและผู้ที่ไม่ดื่มสุรา บทที่สี่ถึงหกมีเนื้อหาเกี่ยวกับการคัดกรอง การประเมินทางคลินิก และการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญก่อนที่จะให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา บทที่เจ็ดเป็นการกล่าวนำเกี่ยวกับหลักการวางแผนและเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา ก่อนที่จะไปถึงบทที่แปดถึงบทที่สิบสองซึ่งมีเนื้อหาอย่างละเอียดเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา โดยเริ่มตั้งแต่การบำบัดแบบย่อ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเมาสุราและขาดสุรา การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และการลดอันตรายจากการดื่มสุราในผู้ป่วยที่ยังไม่ต้องการจะเลิกดื่มสุรา เนื้อหาในตอนสุดท้ายของหนังสือเล่มนี้คือบทที่สิบสามและสิบสี่กล่าวถึงการดูแลรักษาประชากรกลุ่มเฉพาะซึ่งได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่อยู่ในระหว่างให้นมบุตร กลุ่มโรคของทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และการดูแลรักษาผู้ดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

เนื้อหาในหนังสือแต่ละบท นอกจากจะกล่าวถึงองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์สนับสนุนแล้ว คณะผู้นิพนธ์ยังได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ความรู้และประสบการณ์ พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยและบริการเพื่อป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราในบริบทของประเทศไทย

เนื่องจากหนังสือเล่มนี้เขียนมาสำหรับผู้อ่านที่เป็นนักวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ ภาษาที่ใช้จึงพยายามให้อ่านเข้าใจได้ง่าย อนุโลมให้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษสำหรับคำหลายคำที่ยังไม่มีศัพท์บัญญัติภาษาไทย หรือเป็นศัพท์ภาษาอังกฤษที่ผู้อ่านคุ้นชินมากกว่า หรือศัพท์ภาษาไทยอาจจะทำให้เข้าใจยากกว่า และไม่สื่อความหมายตรง

สุดท้ายนี้ คณะผู้นิพนธ์หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อ่าน เพื่อเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป และทำคุณประโยชน์ให้กับวงการสาธารณสุขและสังคมของประเทศไทยสืบต่อไป

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

บรรณาธิการ

ผู้นิพนธ์

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ได้รับวุฒิบัตรจิตเวชศาสตร์ จากแพทยสภา โดยฝึกอบรมที่ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ศึกษาต่อจนได้รับ M. Med. Sc. (Clinical Epidemiology) จาก University of New Castle ประเทศออสเตรเลีย และ Ph. D. (Medicine) จาก University of Sydney ประเทศออสเตรเลีย
ทำงานที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2526-2549
ปัจจุบันเป็น รองศาสตราจารย์ ทำงานที่หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ได้รับวุฒิบัตรจิตเวชศาสตร์ จากแพทยสภา โดยฝึกอบรมที่ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ศึกษาต่อจนได้รับ M. Med. Sc. (Clinical Epidemiology) จาก Gadjah Mada University ประเทศอินโดนีเซีย
ปัจจุบันเป็น รองศาสตราจารย์ ทำงานที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ความดีและคุณประโยชน์ของหนังสือเล่มนี้ คณะผู้นิพนธ์ขออุทิศให้กับคณาจารย์ทุกท่านที่ได้สั่งสอนให้วิชาความรู้และความเป็นแพทย์แก่คณะผู้นิพนธ์มาจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานและบุคลากรสุขภาพทุกคน ที่ได้ร่วมกันดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และที่ขาดไม่ได้ก็คือ ผู้ดื่มสุรา และผู้ป่วยทุกคน ที่คณะผู้นิพนธ์ถือว่าเป็นครูที่มีความสำคัญที่สุด ที่ทำให้มีความรู้และเข้าใจในปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา

ขอขอบคุณแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนทรัพย์ในการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้

ขอขอบคุณบุคลากรของหน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการดำเนินการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนลูกให้มีความรู้ความสามารถ และจิตสำนึกของการเป็นจิตแพทย์ อาจารย์แพทย์ และนักวิจัย

ขอขอบคุณสามี ลูก และลูกศิษย์ที่ให้กำลังใจและดูแลช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ทั้งในระหว่างการนิพนธ์หนังสือเล่มนี้ และในชีวิตการทำงานตลอดมา

สารบัญ

คำนิยม หน้า

คำนำ

ผู้นิพนธ์

กิตติกรรมประกาศ

บทที่ 1 บทนำ 1

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 2
- ภาวะและโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา 3
- หน่วยดื่มมาตรฐาน (Standard drink) 6
- การดื่มสุราแบบปลอดภัย 7
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา 9
- ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันปัญหาจากการดื่มสุรา 12
- ปัจจัยระดับบุคคลที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและโรคติดสุรา 12
- การป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา 17

บทที่ 2 ระบาดวิทยาของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา 27

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 28
- ความชุกและแบบแผนการดื่มสุราทั่วโลก 29
- การสูญเสียปีสุขภาวะจากการดื่มสุราทั่วโลก 30
- ระบาดวิทยาของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย 33
- แบบแผนการดื่มสุราของคนไทย 37
- บรรทัดฐานการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2550 38
- ปัญหาสุขภาพและสังคมที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในประเทศไทย 39
- ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มสุรา 42
- ความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol-use disorders) 42
- ปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา 44
- อุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 45
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 45

สารบัญ

Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand

หน้า

บทที่ 3 การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ **51**

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 52
- นโยบายสุรา 53
- มาตรการลดการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพ 56
- การป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น 59
- หลักการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในเด็กและเยาวชน 61
- การป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย 63
- ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ 68
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 69

บทที่ 4 การคัดกรอง **77**

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 78
- ความหมายของการคัดกรอง 79
- ข้อควรคำนึงในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา 80
- การคัดกรองในหน่วยบริการต่างๆ 82
- เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา 89
- เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพทั่วไปที่มีคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราร่วมด้วย 106
- เครื่องมือคัดกรองทางชีวภาพ (Biological screening tests) 108
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 110

บทที่ 5 การประเมินทางคลินิก **119**

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 120
- วัตถุประสงค์ของการประเมินทางคลินิก 123
- เนื้อหาของการประเมินทางคลินิก 124
- การประเมินแบบแผนการดื่มสุรา 125
- การคำนวณจำนวนหน่วยมาตรฐานของสุราที่ดื่ม 126

หน้า

- การประเมินแรงจูงใจและระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 128
- การประเมินภาวะติดสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา 131
- การประเมินผลกระทบจากการดื่มสุรา 132
- การประเมินประสบการณ์ในการหยุดดื่มและการรับการบำบัดรักษา 135
- การประเมินสภาวะสุขภาพ 135
- การประเมินโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต 135
- การประเมินความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจ (Cognitive function) 139
- การตรวจร่างกาย 140
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 140
- การหาข้อมูลประกอบรอบข้าง 144
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับในประเทศไทย 146

บทที่ 6 การวินิจฉัยโรค **151**

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 152
- กระบวนการวินิจฉัยโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา 153
- การจำแนกและหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา 154
- เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะดื่มแบบอันตราย (Harmful use of alcohol) 158
- เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (Alcohol dependence) 160
- การระบุความรุนแรงและสถานะการดำเนินโรค 163
- การวินิจฉัยแยกโรค 167
- เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา 168
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 173

บทที่ 7 การวางแผนการรักษา **177**

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 178
- หลักสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา 179
- ขั้นตอนของการดูแลรักษา 182

หน้า

- ❑ การวางเป้าหมายของการบำบัดรักษา 184
- ❑ ประเภทของการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา 185
- ❑ การทบทวนประสิทธิผลของการบำบัดรักษา 187
- ❑ การเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 188
- ❑ การบำบัดรักษาเป็นลำดับขั้น (Stepped care approach) 189
- ❑ การติดตามดูแลหลังการรักษา (After care) 190
- ❑ การลดอันตรายจากการดื่มสุรา (Harm reduction) 192

บทที่ 8 การบำบัดแบบย่อ **197**

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- ❑ สาระสำคัญ 198
- ❑ คำจำกัดความของการบำบัดแบบย่อ (Brief intervention) 199
- ❑ ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อ 200
- ❑ การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่อในประเทศไทย 204
- ❑ วิธีการบำบัดแบบย่อ 211
- ❑ การบำบัดแบบย่อตามแนวทางของ ASSIST 215
- ❑ การบำบัดแบบย่อแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในงานเวชปฏิบัติ 220
- ❑ สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 225

บทที่ 9 ภาวะเมาสุราและภาวะขาดสุรา **231**

[สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล]

- ❑ สาระสำคัญ 232
- ❑ ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication) 233
- ❑ กลไกของการเกิดภาวะเมาสุรา 233
- ❑ พิษของแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย 234
- ❑ อาการเมาสุรา 236
- ❑ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมาสุรา 237
- ❑ การประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเมาสุรา 237
- ❑ การวินิจฉัยภาวะเมาสุรา 238

หน้า

- การวินิจฉัยแยกโรค 239
- การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยเมาสุรา 240
- การรักษาภาวะเมาสุรา 241
- ภาวะขาดสุรา 243
- สาเหตุพยาธิสรีรวิทยาของภาวะขาดสุรา 243
- ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดสุรารุนแรง 245
- การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา 246
- เครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา 247
- การวินิจฉัยภาวะขาดสุรา 250
- ระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา 251
- ภาวะหรือโรคที่มักพบร่วมกับภาวะขาดสุรา 253
- องค์ประกอบในการดูแลรักษาถอนพิษสุรา (Detoxification) 253
- ยาที่ใช้ในการสงบอาการขาดสุรา 254
- ยากันชัก (Anticonvulsant drugs) 256
- รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา 259
- กระบวนการรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก 259
- แนวทางการดูแลรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก 262
- แนวทางการดูแลรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยใน 264
- ข้อบ่งชี้ในการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 266
- Refractory delirium tremens 266
- การป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดสุรารุนแรง 267
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 267

บทที่ 10 จิตเภสัชบำบัด **277**

[สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล]

- สาระสำคัญ 278
- ยาที่ทำให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากสุรา (Aversive-causing drugs) 279
- ยาลดความอยากดื่มสุรา (Anti-craving Medications) 283
- ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคติดสุรา 293

หน้า

- ยาชนิดอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic system 297
- แนวทางการใช้ยาเพื่อรักษาโรคติดสุราในเวชปฏิบัติ 301
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 304

บทที่ 11 จิตสังคมบำบัด **311**

[สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล]

- สาระสำคัญ 312
- ชนิดของจิตสังคมบำบัด 313
- Project MATCH 314
- The United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT) 317
- การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 318
- กระบวนการบำบัดแบบ MET 321
- การป้องกันการกลับติดซ้ำ (Relapse prevention) 331
- ความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy) 333
- พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) 335
- Contingency Management (CM) 335
- เทคนิคของ CM 336
- การเสริมพลังโดยชุมชน (Community Reinforcement Approach) 337
- Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) 337
- วิธีบำบัดที่อิงกับครอบครัว (Family-based approaches) 339
- การจัดการรายกรณี (Case Management) 341
- การฟื้นสภาพทางจิตวิญญาณ (Spirituality Recovery) 342
- กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous) 343
- การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-step facilitation) 344
- ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community, TC) 349
- การพัฒนารูปแบบของจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย 354
- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน 355

หน้า

- กลุ่มช่วยเหลือกันเอง 357
- การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถีพุทธ) 357
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 359

บทที่ 12 การลดอันตราย 367

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 368
- หลักการและเป้าหมายของการลดอันตราย 369
- อันตรายของการดื่มสุรา 371
- มาตรการที่ใช้ในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา 371
- บทบาทของบุคลากรสุขภาพต่อนโยบายและมาตรการลดอันตราย 372
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 373

บทที่ 13 การดูแลประชากรกลุ่มเฉพาะ 375

[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]

- สาระสำคัญ 376
- หญิงตั้งครรภ์ 378
- ทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา 381
- ความซุกของ Fetal alcohol spectrum disorders 382
- ปัจจัยเสี่ยงของโรค FASD 383
- การวินิจฉัยโรค Fetal Alcohol Syndrome (FAS) 384
- การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มโรค FASD 388
- กระบวนการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค FASD 389
- การดูแลรักษาเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD 392
- ผู้สูงอายุ 393
- ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 394
- สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย 396

สารบัญ

Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand

	หน้า
บทที่ 14 ภาวะโรคร่วม	**403**
[สาวิตรี อัษณางค์กรชัย]	
❑ สาระสำคัญ	404
❑ ระบาดวิทยาของภาวะโรคร่วม	406
❑ ลักษณะและกระบวนการเกิดภาวะโรคร่วม	409
❑ การประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม	415
❑ การวินิจฉัยและจำแนกภาวะโรคร่วม	422
❑ Alcohol-induced mental disorders	423
❑ เครื่องมือคัดกรองและวินิจฉัยภาวะโรคร่วม	428
❑ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม	429
❑ จิตสังคมบำบัดสำหรับภาวะโรคร่วม	430
❑ จิตเภสัชบำบัด	431
❑ สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	432
ดัชนี	**439**
Index	**445**

บทที่ 1

บทนำ

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้เป็นการเกริ่นนำของหนังสือเล่มนี้ ประกอบด้วย คำจำกัดความของการดื่มสุราแบบต่างๆ ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ทั้งปัจจัยระดับบุคคล เช่นพันธุกรรม บุคลิกภาพและพฤติกรรม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมในวัยเด็ก กรอบแนวคิดของมาตรการในการป้องกันและดูแลรักษาปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิด้วยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ทุติยภูมิด้วยการคัดกรองและบำบัดแบบย่อ ตติยภูมิด้วยการบำบัดรักษาด้วยยาและทางจิตสังคม และการดูแลหลังรักษา ไปจนถึงระดับจตุรภูมิด้วยวิธีการลดอันตราย

สาระสำคัญ

- การดื่มสุราและโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราแบ่งออกได้เป็นห้ากลุ่มใหญ่ คือ การดื่มแบบที่ยังไม่เป็นปัญหา (หรือการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ การดื่มแบบปลอดภัย การดื่มแบบพอประมาณ หรือการดื่มแบบควบคุมได้) ภาวะหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราแบบไม่เสพติด (ประกอบด้วย การดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) การดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) และการดื่มแบบผิดแผน (alcohol abuse)) โรคติดสุรา (alcohol dependence) โรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol-induced disorders) และภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (comorbid alcohol-use and psychiatric disorders)
- การกำหนดหน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) และการกำหนดระดับการดื่มสุราที่ปลอดภัยมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยใช้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกว่าหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และในการแนะนำผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ คือ ไม่เกิน 4 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันสำหรับผู้ชาย ไม่เกิน 2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันสำหรับผู้หญิง ส่วนเด็ก วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรดื่มเลย และควรจะมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์
- พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีส่วนร่วมกันอย่างละครึ่งต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคติดสุรา มียีนหลายตัวที่มีการศึกษาว่าสัมพันธ์กับการเป็นโรคติดสุรา เช่น ยีนของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านภาวะเครียดในวัยเด็ก ความสัมพันธ์ในครอบครัว บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของเด็กมีผลต่อการปรับเปลี่ยนปัจจัยทางพันธุกรรมทำให้เพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดสุราในวัยผู้ใหญ่ได้
- การป้องกันปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราแบ่งเป็นสี่ระดับ คือ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองและบำบัดแบบย่อ การดูแลรักษาทั้งทางกายและจิตสังคม และการลดอันตราย

การดื่มสุราเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าการดื่มสุราจะมีประโยชน์บ้าง เช่น ลดความประหม่าเก้อเขินในการเข้าสังคม ใช้ในพิธีกรรมทางศาสนาหรือประเพณี หรือใช้เป็นส่วนผสมอย่างหนึ่งในการประกอบอาหารบางชนิด แต่โทษที่เกิดจากการดื่มสุราในปริมาณมากเกินพอดีมีมากมาย และมากกว่าประโยชน์ของการดื่มสุราเสียอีก โดยทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นโรคตับ โรคของระบบทางเดินอาหาร ประสาทสมอง โรคจิตเวช ซึ่งรวมทั้งโรคความผิดปกติจากการดื่มสุรา และยังทำให้เกิดปัญหาทางสังคม อุบัติเหตุ และอาชญากรรมอีกด้วย เช่นการบาดเจ็บที่เกิดจากการขับรถหลังดื่มสุรา การทะเลาะเบาะแว้ง และทารุณกรรมในครอบครัว เป็นต้น ถึงกระนั้น คนจำนวนมากก็ยังดื่มสุรา จนกระทั่งสุรากลายเป็นสารเสพติดที่คนนิยมใช้มากที่สุดทั้งในประเทศไทย และในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าสุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสามารถซื้อหาได้ง่ายในหลายๆ ประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย

คำว่า “สุรา” หมายถึงเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ซึ่งอาจจะเรียกว่า “น้ำเมา” “เหล้า” “เมรัย” หรือ “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ในภาษาไทย ในปัจจุบันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายชนิด ได้แก่ เหล้าทั้งเหล้าแดงและเหล้าขาวซึ่งเรียกว่า whiskey, brandy หรือ spirits ในภาษาอังกฤษ เบียร์ ไวน์ทั้งไวน์แดงและไวน์ขาว น้ำผลไม้ผสมแอลกอออล์ (alcopops หรือ wine-cooler) เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และเหล้าปั่น (cocktail) สุราผสมสำเร็จพร้อมดื่ม (ready-to-drink alcohol; RTD) สุราพื้นเมืองประเภทต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันตามภูมิภาค เช่น หวาก กระแช่ อุ สาโท และน้ำตาลเมา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเองในบ้านหรือนอกกฎหมายที่เรียกว่า “เหล้าเถื่อน” หรือ “สุรานอกระบบ”

ในประเทศไทยแบ่งชนิดของสุราออกเป็นสองชนิดใหญ่ๆ เพื่อใช้เป็นหลักในการกำหนดอัตราภาษี ได้แก่ สุราแช่ (เบียร์ ไวน์ สปาร์กกิ้งไวน์) และสุรากลั่น ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิดย่อย คือ สุราขาวที่ปราศจากเครื่องย้อมหรือสิ่งผสมปรุงแต่ง หรือการปรุงแต่งใดๆ สุรากลั่นชนิดอื่นๆ นอกจากสุราขาวและสุราสามทับซึ่งใช้ในการอุตสาหกรรม หรือใช้ทางการแพทย์ เภสัชกรรมและวิทยาศาสตร์[1]

ในหนังสือเล่มนี้จะใช้คำว่า “สุรา” เมื่อกล่าวถึง “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” และ “การดื่มสุรา” เมื่อกล่าวถึง “การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” แต่จะใช้คำว่า “แอลกอออล์” หรือ “เอทานอล” เมื่อกล่าวถึงสารเคมี เช่น “ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์” และใช้คำว่า “ความผิดปกติจากการดื่มสุรา”เมื่อกล่าวถึงโรค alcohol-use disorders

ภาวะและโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา

ความผิดปกติทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับจากการดื่มสุรา (Alcohol-related disorders) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชกลุ่มหนึ่ง ซึ่งรวมถึงปัญหาและความเจ็บป่วยทางจิตใจหลายระดับ ตั้งแต่ปัญหาที่มีความรุนแรงน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous drinking) การดื่มสุรา

แบบอันตราย (harmful drinking) หรือการดื่มสุราแบบผิดแผน (alcohol abuse) ไปจนถึงโรคติดสุรา (alcohol dependence) ซึ่งรวมเรียกว่า “ความผิดปกติจากการดื่มสุรา” (alcohol-use disorders) และโรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol-induced disorders)

ในหนังสือเล่มนี้จะกล่าวถึงรูปแบบการดื่มสุรา และลักษณะที่จัดว่าเป็นพยาธิสภาพ (pathological) หรือโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา โดยแบ่งออกได้เป็นห้ากลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. การดื่มแบบที่ยังไม่เป็นปัญหา มีคำที่ใช้เรียกการดื่มแบบนี้หลายคำ เช่น การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low-risk drinking) การดื่มแบบปลอดภัย (safe-limit drinking) การดื่มแบบพอประมาณ (moderate drinking) หรือการดื่มแบบควบคุมได้ (controlled drinking) มีการศึกษาหลายงานที่บอกว่าการดื่มสุราแต่พอประมาณอาจจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ก็ยังไม่มีผู้ยืนยันว่าการดื่มสุราปริมาณเท่าไรจึงจะจัดว่าปลอดภัยหรือมีประโยชน์มากกว่าโทษ เพราะระดับดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล และความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรายังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ หลายด้านอีกด้วย[2-4] ดังนั้น ในหนังสือเล่มนี้จะใช้คำว่า “การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ หรือการดื่มแบบไม่เป็นปัญหา” เมื่อกล่าวถึง การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ การดื่มพอประมาณ หรือการดื่มแบบปลอดภัย ซึ่งในที่นี้หมายถึงการดื่มสุราในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดื่ม

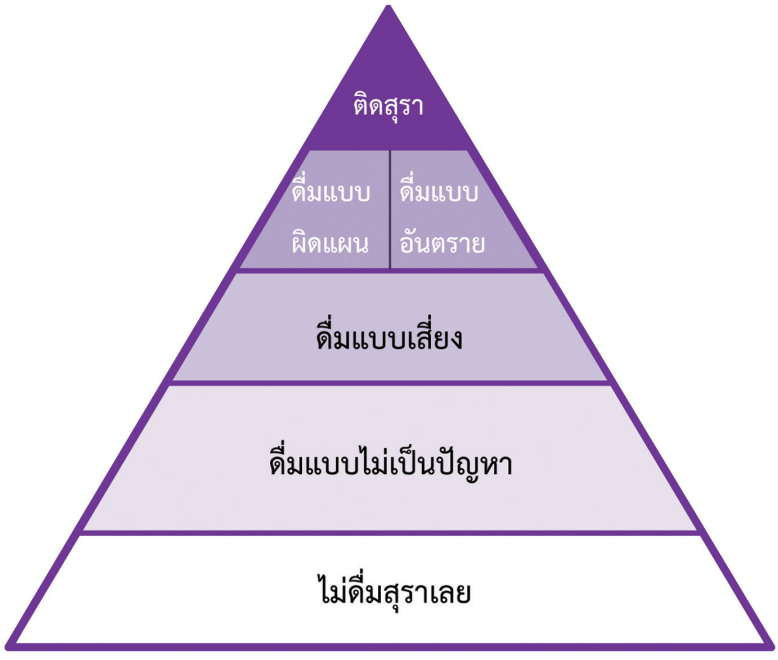
2. ภาวะหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราแบบไม่เสพติด (Non-dependent alcohol use disorders) ประกอบด้วย

- การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous alcohol use) คือการดื่มสุราในระดับที่เกินกว่าระดับที่แนะนำว่าปลอดภัย ดื่มแบบนี้เป็นประจำ แต่ยังไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ
- การดื่มแบบอันตราย (Harmful alcohol use) คือการดื่มสุราในระดับที่เกิดอันตรายต่อสุขภาพกายหรือจิตใจแล้ว แต่ยังไม่ถึงขั้นติดสุรา
- การดื่มแบบผิดแผน (Alcohol abuse) การดื่มสุราที่ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมซ้ำๆ แก่ตัวผู้ดื่มเอง และ/หรือกับผู้อื่น เช่น ขับรถหลังดื่มสุรา ปัญหาด้านสัมพันธภาพ หรือการดื่มสุราในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพ การดื่มปริมาณมากหรือดื่มหนักในแต่ละครั้งที่ดื่ม (binge drinking) ซึ่งหมายถึงการดื่มสุราปริมาณมากภายในระยะเวลาสั้น จนทำให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 0.08 กรัมเปอร์เซ็นต์ (โดยทั่วไปจัดว่าเป็นการดื่ม 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในผู้ชาย หรือ 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปในผู้หญิงภายในเวลา 2 ชั่วโมง ต่อไปนี้จะเรียกการดื่มแบบ binge drinking ว่า “การดื่มหนักต่อครั้ง”)[5] ก็จัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการดื่มแบบผิดแผน และสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดปัญหาแบบเฉียบพลัน เช่นอุบัติเหตุและความรุนแรง ผู้ที่ดื่มแบบผิดแผนถ้ามีปัญหาสุขภาพจากการดื่มสุรา คนๆ นั้นก็จะถูกจัดว่ามีการดื่มแบบอันตรายร่วมด้วย

3. โรคติดสุรา (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มอาการทางพฤติกรรม จิตใจ และความนึกคิดและเข้าใจ (cognition) ผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีแรงผลักดันภายในให้อยากดื่มสุราอยู่เสมอ จนเป็นภาวะ “เสพติด” สุรา และมีผลกระทบต่อสุขภาพและความรับผิดชอบตามมา

4. โรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา (Alcohol-induced disorders) ได้แก่ กลุ่มอาการทางจิตเวชที่เป็นผลจากการดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานาน เช่น โรคจิต (psychosis) โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ปัญหาการนอน ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ โรคความจำบกพร่อง (amnestic disorder) และโรคสมองเสื่อม (dementia) เป็นต้น

5. ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่นๆ (Comorbidity of alcohol use disorder and other psychiatric disorder or physical disease) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีทั้งความผิดปกติจากการดื่มสุราและมีโรคอื่นๆ ทางจิตเวช หรือโรคทางร่างกายอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มสุราร่วมด้วย ตัวอย่างที่พบบ่อย คือผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเภทที่ดื่มสุราแบบอันตรายหรือเป็นโรคติดสุราร่วมด้วย เป็นต้น[6]



ภาพที่ 1.1 รูปแบบของการดื่มสุรา

หน่วยดื่มมาตรฐาน (Standard drink)

ในประเทศตะวันตกนิยมบอกปริมาณสุราที่ดื่มแต่ละครั้งเป็นจำนวนหน่วยดื่ม (“ดริ้งค์”) หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานในแต่ละประเทศมีปริมาณแตกต่างกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดว่าหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 14 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (0.6 ออนซ์ปริมาตรหรือ 1.2 ช้อนโต๊ะ)[7] ส่วนในประเทศออสเตรเลีย หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์[8] และประเทศสหราชอาณาจักร หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 มล. หรือ 8 กรัม[9] เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย ผู้นิพนธ์ได้เป็นคนเริ่มกำหนดให้หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยอิงตามมาตรฐานของประเทศออสเตรเลีย และองค์การอนามัยโลก[10] และใช้ขนาดดังกล่าวในงานวิจัยต่างๆ รวมทั้งในเวชปฏิบัติ[11-15] ทำให้มีผู้ใช้ขนาดดังกล่าวตามมาจนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในประเทศไทย[16]

เนื่องจาก สุราแต่ละประเภท มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ หรือเอทานอลไม่เท่ากัน ปริมาณสุราหนึ่งหน่วยมาตรฐานสำหรับเครื่องดื่มแต่ละประเภทจึงไม่เท่ากัน ภาพที่ 1.2 แสดงขนาดของสุราประเภทต่างๆ หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานที่ใช้ในประเทศไทย จะเห็นว่า เครื่องดื่มประเภทเหล้าหรือสุรากลั่น (เหล้าขาว เหล้าแดง วิสกี้ บรั่นดี) ซึ่งมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง (ร้อยละ 40 ต่อลิตรหรือมากกว่านั้น) หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานจะเท่ากับสุราเพียงหนึ่งถ้วยยาเล็กหรือประมาณ 25-30 มิลลิลิตร เบียร์ส่วนใหญ่จะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 4-7 ต่อลิตร หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานจึงประมาณเท่ากับสามส่วนสี่ถึงหนึ่งกระป๋อง และหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานของไวน์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 12-14 จะเท่ากับประมาณ 100 มิลลิลิตร

ภาพที่ 1.2 ขนาดสุราหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน

การดื่มสุราแบบปลอดภัย

การดื่มสุราอาจจะมีประโยชน์ได้บ้าง หรือเป็นที่ยอมรับได้ในสังคม และไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หากดื่มในระดับพอประมาณหรือปลอดภัย[17] ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาว่าการดื่มสุราปริมาณเท่าไรจึงจะจัดว่าเป็นการดื่มที่ปลอดภัย องค์การอนามัยโลกได้ใช้ปริมาณเฉลี่ยของเอทานอลที่ดื่มต่อวันที่ดื่ม (drinking day) แบ่งระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในระยะยาวออกเป็นสามระดับ คือ เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง[10] (ตารางที่ 1.1) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบในการศึกษาวิจัย โดยอิงตามผลการวิเคราะห์ผลการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการตายจากทุกสาเหตุกับปริมาณสุราที่ดื่มต่อวัน ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นรูปเส้นโค้งเหมือนตัวอักษร “J” นั่นคือ การดื่มสุราในปริมาณที่น้อยกว่า 30 กรัมต่อวันในผู้ชาย และน้อยกว่า 20 กรัมต่อวันในผู้หญิงจะมีความเสี่ยงต่อการตายจากทุกสาเหตุน้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าผู้ชายดื่ม 30-39 กรัมต่อวันความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าผู้ชายดื่มตั้งแต่ 40 กรัมต่อวันขึ้นไป หรือผู้หญิงดื่มตั้งแต่ 20 กรัมต่อวันขึ้นไป ความเสี่ยงต่อการตายจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามปริมาณสุราที่ดื่มต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ดื่มเลย[18] (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.1 การจัดระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพในระยะยาวจากปริมาณสุราเฉลี่ยที่ดื่มต่อวันโดยองค์การอนามัยโลก (เกณฑ์สำหรับใช้ในการวิจัย)[10]

เพศ	ระดับความเสี่ยง		
	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง
ผู้ชาย	1-40	41-60	61+
ผู้หญิง	1-20	21-40	41+

(หน่วยสุราที่ดื่มเป็น กรัม/วัน)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ของประเทศสหรัฐอเมริกาให้นิยามว่า การดื่มมากเกินไป หมายถึง การดื่มที่ทำให้เกิดหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหา หรือทำให้การดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุราซับซ้อนมากขึ้น และกำหนดว่าผู้ชายที่ดื่มมากกว่า 4 หน่วยดื่มต่อวัน (หรือมากกว่า 14 หน่วยดื่มต่อสัปดาห์) และผู้หญิงที่ดื่มมากกว่า 3 หน่วยดื่มต่อวัน (หรือ 7 หน่วยดื่มต่อสัปดาห์) มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะมีปัญหาจากการดื่มสุรา และในบางสภาวะถึงแม้จะดื่มน้อยกว่านี้ก็อาจ

จะมีปัญหาตามมาได้ ขึ้นอยู่กับอายุ สภาวะแวดล้อมและการใช้ยาอย่างอื่นร่วมด้วย เกณฑ์ดังกล่าวนี้มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนจากการสำรวจทางระบาดวิทยาระดับชาติ ซึ่งพบว่าปริมาณการดื่มที่เกินจากระดับแนะนำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดสุราและภาวะดื่มสุราแบบผิดแผน[19] ส่วนในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากยังไม่ทราบกันว่าการดื่มสุราปริมาณเท่าไรจึงจัดว่าปลอดภัย จึงแนะนำว่าผู้หญิงไม่ควรดื่มสุราเลยในระหว่างตั้งครรภ์[20]

ในข้อแนะนำสำหรับการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำของประเทศแคนาดา กำหนดว่า ถ้าต้องการลดความเสี่ยงจากการดื่มสุราในระยะยาว ควรดื่มภายในระดับต่อไปนี้คือ 0-2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันสำหรับผู้หญิง (หรือไม่เกิน 10 หน่วยดื่มต่อสัปดาห์) 0-3 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันสำหรับผู้ชาย (หรือไม่เกิน 15 หน่วยดื่มต่อสัปดาห์) และควรมีวันที่ไม่ดื่มเลยบ้างในแต่ละสัปดาห์ เพื่อจะได้ไม่เกิดภาวะดื้อต่อแอลกอฮอล์ (tolerance) และการดื่มจนเป็นนิสัย (habit formation) ส่วนในการลดความเสี่ยงระยะสั้น ข้อแนะนำนี้กำหนดว่า ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 3 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 4 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน[21]

สำหรับข้อแนะนำของประเทศออสเตรเลีย เพื่อลดความเสี่ยงจากการดื่มสุราต่อสุขภาพ ระบุว่า สำหรับผู้ชายและผู้หญิงที่มีสุขภาพดี การดื่มสุราไม่เกิน 2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันจะไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บชั่วชีวิตจากการดื่มสุรา และเพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บแต่ละครั้ง ผู้ชายและผู้หญิงที่มีสุขภาพดีไม่ควรดื่มสุราเกิน 4 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อการดื่มแต่ละครั้ง ส่วนในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรดื่มสุราเลย[22]

ตารางที่ 1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราตายจากทุกสาเหตุกับปริมาณสุราที่ดื่มต่อวัน[18]

เพศ	ปริมาณสุราเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน (กรัม)							
	0	0.1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+
ผู้ชาย	1.00	0.88	0.84	0.93	1.01	1.06	1.20	1.37
	95% CI	(0.86-0.90)	(0.82-0.86)	(0.91-0.95)	(0.98-1.04)	(1.03-1.10)	(1.15-1.26)	(1.33-1.40)
ผู้หญิง	1.00	0.88	0.94	1.13	1.33	1.47	1.47	1.58
	95% CI	(0.86-0.90)	(0.93-0.96)	(1.10-1.16)	(1.27-1.39)	(1.39-1.56)	(1.33-1.62)	(1.49-1.69)

ค่าในตารางคือ อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) และ 95% confidence interval (95% CI)

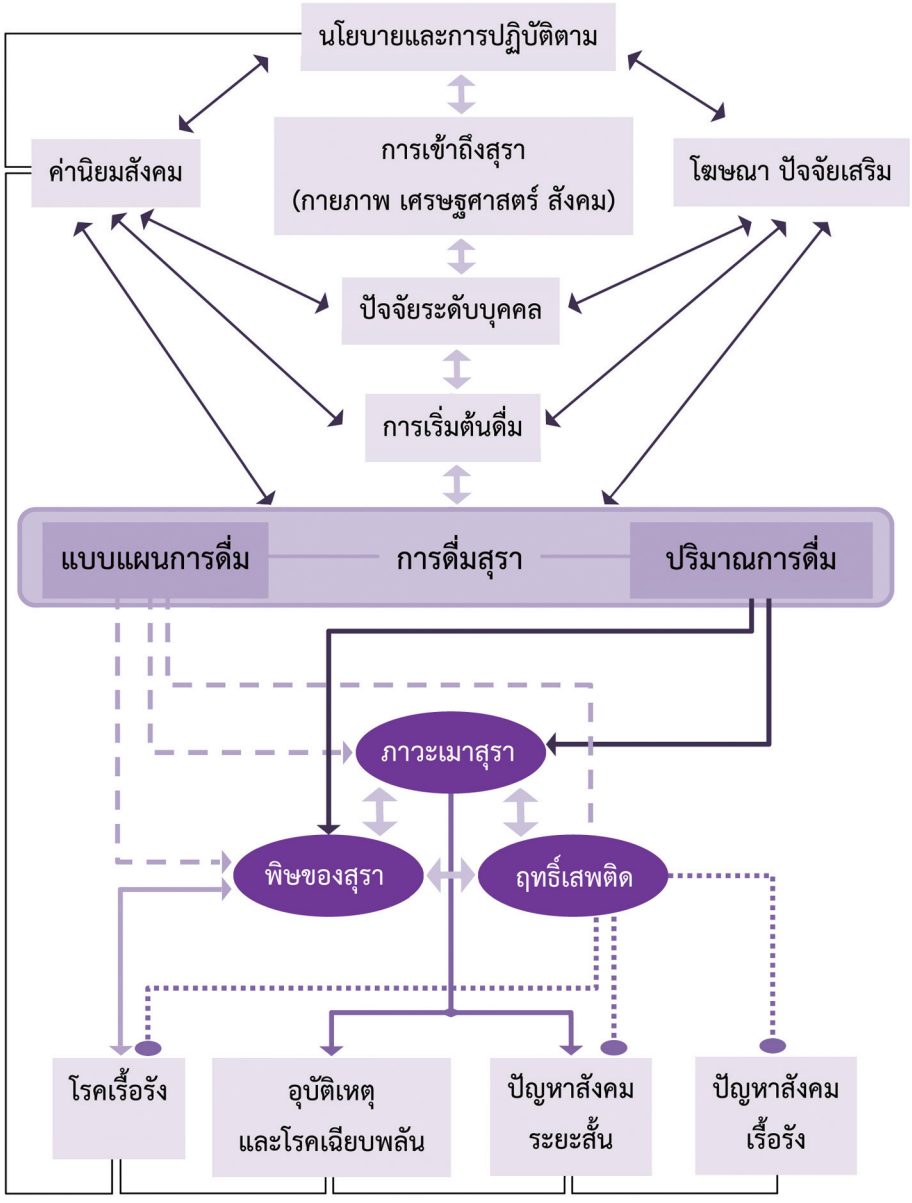
สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากเรายังไม่มีการวิจัยที่ให้ข้อมูลว่าการดื่มระดับใดสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หรือระดับการดื่มที่ปลอดภัยต่อสุขภาพควรเป็นเท่าไร ผู้นิพนธ์จึงเสนอให้ใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในการแนะนำผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป นั่นคือ หากต้องดื่มสุรา ผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 4 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน (เท่ากับเบียร์ไม่เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด ไวน์ไม่เกิน 4 แก้วขนาด 100 มล. หรือเหล้าไม่เกิน 4 ถ้วยเล็กขนาด 25-30 มล.) ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงไม่ควรดื่มเกิน 2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน เด็ก วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรดื่มเลย โดยผู้ดื่มสุราเป็นประจำควรจะมีวันที่ไม่ดื่มเลย 2-3 วันต่อสัปดาห์ และการไม่ดื่มสุราเลยจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดทั้งกับผู้หญิงและผู้ชาย จากการสำรวจแบบแผนการดื่มสุราในประชากรไทยระดับชาติ พบว่าความเสี่ยงจากการดื่มสุราเมื่อแบ่งเป็นสามระดับตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกนี้มีความสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงที่ได้จากการวัดด้วยแบบสอบถาม Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า เกณฑ์ดังกล่าวน่าจะใช้ได้กับประชากรไทย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา

การที่บุคคลแต่ละคนจะมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราขึ้นกับปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ซึ่งหากพิจารณาตามกรอบแนวคิดทางสาธารณสุขจะประกอบด้วยปัจจัยสามด้าน ได้แก่ ตัวคนผู้ดื่มสุรา (host) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (environment) และจากตัวสุราเองซึ่งมีฤทธิ์เสพติด (agent)

การเข้าใจเรื่องสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา จะทำให้สามารถวางแผนมาตรการในการป้องกันปัญหา และดูแลบำบัดรักษาผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา หรือปัญหาแทรกซ้อน ทั้งทางกายและทางจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ภาพที่ 1.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา[23]

เมื่อกล่าวถึงการดื่มสุรา มีองค์ประกอบสำคัญสององค์ประกอบที่ต้องพิจารณาคือ แบบแผนการดื่ม (pattern of drinking) และปริมาณการดื่ม (quantity of consumption) แบบแผนการดื่มสุราหมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มชนิดใด ดื่มที่ไหน เวลาใดหรือในโอกาสอะไร และดื่มกับใคร ข้อมูลเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ตัวอย่างเช่น อุบัติเหตุจากการขับรถขณะเมาสุราคงไม่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราในขณะรับประทานอาหารเย็นที่บ้าน ไม่ว่าจะดื่มปริมาณมากน้อยเพียงไร แต่ถ้าเขาดื่มปริมาณเท่ากันนี้ที่ร้านอาหารแล้วต้องขับรถกลับบ้านก็อาจจะเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวได้[10]



ภาพที่ 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา

ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2552.

ทั้งแบบแผนและปริมาณการดื่มสุรามีผลต่อการเกิดความเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา ทั้งโรคเรื้อรัง โรคเฉียบพลัน อุบัติเหตุ และปัญหาสังคมระยะสั้นและเรื้อรัง โดยผ่านกลไกสามอันซึ่งเป็นคุณสมบัติของตัวแอลกอฮอล์เองได้แก่

1) ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ (Toxicity) แอลกอฮอล์ต่างชนิดทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มเมทิลแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย

2) การก่อให้เกิดความมึนเมา (Intoxication) ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่มีต่อระบบประสาทส่วนกลาง

3) ฤทธิ์เสพติดของแอลกอฮอล์ (Dependence) ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผ่อนคลาย เคลิบเคลิ้ม ง่วงซึม ลดความยับยั้งชั่งใจ เกิดภาวะดื้อสุรา (tolerance) และขาดสุรา (withdrawal) ทำให้ไม่สามารถหยุดดื่มได้

ความรุนแรงของปัญหาและความเจ็บป่วยจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงตามปริมาณการดื่มสุราของบุคคลในสังคม (dose-response relationship) และความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุราที่สังคมได้รับ ก็มีผลต่อค่านิยมของสังคมในการดื่มสุรา และทัศนคติของสังคมต่อนโยบายการป้องกัน และควบคุมปัญหาการดื่มสุราอีกด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราสามารถแบ่งออกได้เป็นห้ากลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ และพันธุกรรม ซึ่งส่งผลต่อการลองและเริ่มต้นดื่ม และการดื่มต่อไปจนเกิดปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา ปัจจัยชักนำและส่งเสริมการดื่มสุรา ซึ่งได้แก่ ค่านิยมของสังคมต่อการดื่มสุรา เช่น อยู่ในสังคมที่ยอมรับการดื่มสุราในชีวิตประจำวันหรือในพิธีกรรมต่างๆ การเข้าถึงสุราทั้งในเชิงกายภาพ เศรษฐศาสตร์และสังคม เช่น การอยู่ในพื้นที่ที่มีจุดจำหน่ายสุราหนาแน่น เปิดขายตลอดเวลา มีสุราราคาถูกหาได้ง่าย โดยอาจจะได้จากการซื้อหรือได้มาจากผู้อื่นโดยไม่ต้องเสียเงิน การเชิญชวนโน้มน้าวจากโฆษณา การคบเพื่อนที่ดื่มสุรา[24,25] และปัจจัยสุดท้ายคือความเข้มแข็งของนโยบายควบคุมปัญหาสุรา การร่วมมือและปฏิบัติตามนโยบายโดยประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการต่างๆ ซึ่งหากมีความเข้มงวดและร่วมมือดีย่อมมีผลต่อปัจจัยในระดับอื่นๆ ทั้งในด้านการจำกัดการเข้าถึง การควบคุมโฆษณา และค่านิยมของสังคม ซึ่งส่งผลให้การดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มในสังคมลดลงได้[26,27] ในการวางแผนนโยบายหรือโปรแกรมเพื่อป้องกันหรือจัดการกับปัญหาการดื่มสุรา ผู้วางนโยบายหรือโปรแกรมจึงควรคิดถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อย่างครอบคลุม (ภาพที่ 1.3)

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันปัญหาจากการดื่มสุรา

ในการมองปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้สารเสพติดรวมทั้งสุรา นักวิชาการนิยมพิจารณาในรูปความสมดุลระหว่างปัจจัยเสี่ยง (risk factor) และปัจจัยป้องกัน (protective factor) ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ลักษณะ ตัวแปร หรือความเสี่ยงซึ่งหากมีอยู่ในบุคคลใดแล้ว บุคคลนั้นจะมีโอกาสมากกว่าคนอื่นๆ ทั่วไปที่จะเกิดโรคหรือความผิดปกตินั้นได้ ปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่มากระตุ้น (precursor) ให้เกิดปัญหาและจะเกิดขึ้นก่อนที่คนๆ นั้นจะเริ่มดื่มสุราแบบเป็นปัญหา ส่วนปัจจัยป้องกัน คือสิ่งที่หากมีในบุคคลใดแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสน้อยลงที่จะมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเป็นปัญหา หรือช่วยลดปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราในคนๆ นั้นได้ คนที่เคยสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเป็นปัญหา เรียกว่าคนๆ นั้นมีภูมิต้านทานหรือความหยุ่นตัว (resilience) ต่อการเกิดปัญหา หรือสามารถต้านทานปัจจัยเสี่ยงได้

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันมีผลต่อเด็กและเยาวชนได้แตกต่างกันตามช่วงอายุ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการมีปัจจัยเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนได้หากเด็กได้รับมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ[28,29] ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในเยาวชน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว เพื่อนฝูง โรงเรียน และชุมชน (ตารางที่ 1.3)[29]

ตารางที่ 1.3 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในเยาวชน[29]

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับ	ปัจจัยป้องกัน
พฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่เล็ก	บุคคล	การควบคุมตนเองดี
ขาดการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่	ครอบครัว	พ่อแม่กำกับดูแลดี
เพื่อนใช้สุรา/สารเสพติด	เพื่อนฝูง	เพื่อนเรียนเก่ง สนใจการเรียน
สุรา/สารเสพติดหาง่ายในโรงเรียน	โรงเรียน	นโยบายต่อต้านการใช้สุรา/สารเสพติด
ยากจน	ชุมชน	ความสัมพันธ์ในชุมชนดี

ปัจจัยระดับบุคคลที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและโรคติดสุรา

การที่คนแต่ละคนมีพฤติกรรมดื่มสุราต่างกัน และดื่มแล้วเกิดผลต่อร่างกาย จิตใจหรือพฤติกรรมต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะทางชีววิทยาและจิตวิทยาของบุคคลนั้น คนบางคนอาจจะดื่มไวน์หรือเบียร์ 1-2 แก้วพร้อมอาหารเย็นเป็นประจำ โดยไม่ได้รู้สึกอยากจะดื่มมากขึ้นกว่านี้ หรือไม่ได้รู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง แต่คนบางคนกลับไม่สามารถจะควบคุมการดื่มของตนเองได้เลย บางครอบครัวอาจจะมีสมาชิก

ครอบครัวที่เป็นโรคติดสุราหลายคน ตั้งแต่รุ่นพ่อแม่มาจนถึงรุ่นลูกและหลาน ในขณะที่บางครอบครัวกลับไม่มีเลย ในปัจจุบันนักวิจัยทราบดีว่าลักษณะทางพันธุกรรมและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมมีผลร่วมกันอย่างละครึ่งต่อการเกิดความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคติดสุรา โดยที่ยีนหรือลักษณะทางพันธุกรรมมีผลต่อการตอบสนองของร่างกายต่อแอลกอฮอล์ ความไวต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ การเผาผลาญแอลกอฮอล์ และโอกาสที่ร่างกายจะเกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์ ส่วนสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น สภาพครอบครัวในวัยเด็ก ภาวะเครียดหรือเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กจะเป็นตัวปรับความเสี่ยงที่คนๆ นั้นมีจากปัจจัยทางพันธุกรรมให้เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้[30,31]

ลักษณะทางพันธุกรรม

จากความก้าวหน้าในการวิจัยทางพันธุศาสตร์โดยการศึกษาความสัมพันธ์ของยีนต่างๆ (genome wide association studies) ทำให้เราเข้าใจเรื่องยีนที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นโรคติดสุรามากขึ้น ในปัจจุบัน ยีนที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ[32,33] ได้แก่

1. ยีนกำกับรหัสเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญแอลกอออล์ในร่างกาย (Genes encoding enzymes involved in alcohol metabolism)

เมื่อแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายจะถูกกระบวนการเมตาบอลิซึมให้ acetaldehyde ในขั้นแรกด้วยเอนไซม์ alcohol dehydrogenase (ADH) จากนั้น acetaldehyde จะถูกเปลี่ยนเป็น acetic acid ด้วยเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) ก่อนที่จะถูกกำจัดออกจากร่างกาย มียีนหลายตัวที่กำกับรหัสของเอนไซม์สองชนิดนี้ ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ทำให้อัตราและความสามารถในการเมตาบอลิซึมแอลกอฮอล์และ acetaldehyde แตกต่างกัน ถ้า ALDH ทำงานบกพร่อง acetaldehyde จะสะสมอยู่นานและเป็นพิษต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการไม่สบาย หน้าแดง ตัวแดงขึ้นผื่น ร้อนวูบวาบ หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ทำให้คนๆ นั้นไม่สามารถดื่มสุราได้ เรียกว่า alcohol flushing reaction ซึ่งพบมากในคนเอเชียเชื้อสายจีน การมีภาวะบกพร่องเอนไซม์นี้เป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีความแตกต่างตามเชื้อชาติ (genetic polymorphism) และจัดเป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคติดสุราได้[34]

ผู้นิพนธ์ได้ศึกษาจำแนกยีน (genotyping) ของ ALDH2 ซึ่งเป็น isoenzyme หลักในกระบวนการ oxidation ของ acetaldehyde ในผู้ชายไทย 283 คน ประกอบด้วยผู้ติดสุรา 85 คน ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตราย (hazardous-harmful drinkers) 62 คน และผู้ไม่ดื่มหรือดื่มแบบไม่เป็นปัญหา (non-hazardous-harmful drinkers) 136 คน ALDH2 isoenzyme มี 2 alleles คือ ALDH2*1 ซึ่งเป็น allele ปกติ และ ALDH2*2 ซึ่งเป็น allele ที่แปรปรวน (mutant allele) แต่ทำงานเด่นกว่า ALDH2*1 คนที่มี homozygous ALDH2*2/*2 genotype หรือ heterozygous ALDH2*1/*2 genotype จะมีการทำงานของเอนไซม์ ALDH บกพร่องและมีอาการ flushing reaction เมื่อดื่มสุรา

ในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว พบว่าอัตราการมี mutant ALDH2*2 allele เท่ากับร้อยละ 15.5 โดยพบว่าคนที่มี heterozygous ALDH2*1/*2 มีความเสี่ยงที่จะมีโรคติดสุราหรือมีภาวะดื่มแบบเสี่ยง-แบบอันตรายน้อยกว่าผู้ที่มี homozygous ALDH2*1/*1 ถึง 7 เท่า (relative probability ratio (RPR) = 0.14; 95% CI: 0.05, 0.41) และ 4 เท่า (RPR = 0.23; 95% CI: 0.08, 0.61) ตามลำดับ โดยผู้ที่เป็น heterozygous ALDH2*1/*2 ร้อยละ 80 มีอาการ flush หลังดื่มสุรา ในขณะที่ผู้ที่เป็น homozygous ALDH2*1/*1 เพียงร้อยละ 28 มีอาการดังกล่าว การศึกษานี้จัดว่าเป็นงานที่สำคัญของประเทศไทยงานหนึ่งที่ให้ข้อมูลสนับสนุนบทบาทของ mutant ALDH2*2 allele ในการป้องกันการดื่มสุราแบบเสี่ยง-แบบอันตรายและการเป็นโรคติดสุราในคนไทย[35]

2. ยีนที่กำกับรหัสของโปรตีนชนิดอื่น

ยีนชนิดอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเป็นโรคติดสุรา ได้แก่ ยีนที่กำกับรหัสของหน่วยย่อยของ receptors ของ gamma-aminobutyric acid (GABA) ซึ่งเป็น neurotransmitter ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกสุข พึงพอใจ เหมือนได้รับรางวัลเมื่อดื่มสุราเข้าไป $GABA_A$ receptor ประกอบด้วยห้าหน่วยย่อย alleles บางตัวของหน่วยย่อยเหล่านี้มีผลต่อความเสี่ยงของการเป็นโรคติดสุราหรือสารเสพติดชนิดอื่นและการเกิดอาการของ conduct disorder รวมทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าสมองที่สัมพันธ์กับโรคเหล่านี้ได้ alleles ของยีน GABRA2 ซึ่งกำกับรหัสของหน่วยย่อย alpha2 ของ $GABA_A$ receptor มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเป็นโรคติดสุรามากที่สุด โดยคนที่มียีนชนิดนี้แปรปรวน สมองจะมีความไวต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มาก จึงทำให้คนๆ นั้นมีความเสี่ยงที่จะดื่มสุรามากกว่าคนอื่น เพื่อจะได้คงความรู้สึกสุขและพึงพอใจที่ได้รับจากการดื่มสุราเอาไว้ตลอดเวลา จึงทำให้มีโอกาสที่จะเป็นผู้ติดสุราได้มากกว่าคนอื่นที่ไม่ยีน GABRA2 แปรปรวน[36]

ยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือ nuclear factor-ΚB–related genes[37] และยีนที่เกี่ยวข้องกับนาฬิกาชีวิต (circadian system)[38] ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดด้วย ก็มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเป็นโรคติดสุรา จึงพบว่าคนที่มีความเครียดหรือมีวงจรการนอนหลับ-ตื่นแปรปรวนมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากขึ้น

นอกจากนั้นยังมียีนที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราอีกมากมาย ได้แก่ ยีนที่เกี่ยวข้องกับ receptors ของสารสื่อนำประสาทชนิดอื่นๆ คือ dopamine, endogenous opioids, serotonin, acetylcholine และ nicotinic รวมทั้งยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบฮอร์โมนของ hypothalamic–pituitary axis[32] และยีนชนิดอื่นๆ อีกที่เรายังไม่เข้าใจหน้าที่ของมันอย่างชัดเจน แต่การศึกษาองค์ประกอบของยีนเหล่านี้ในสัตว์ทดลอง ทำให้พบ quantitative trait loci (QTLs) บางตัว (บนโครโมโซม 1 และ 4 ในหนูทดลอง ซึ่งเปรียบได้กับโครโมโซม 1 และ 9 ในคน) และ quantitative trait genes (QTGs) บางตัว (เช่น Mpdz, Kcnj9 และยีนที่เกี่ยวข้องกับ mitochondrial respiration and oxidative stress) quantitative trait เหล่านี้น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดสุรา และอาการขาดสุราในคน[39]

เพศ

ความชุกของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มในผู้ชายสูงกว่าในผู้หญิง ปรากฏการณ์นี้พบเห็นเหมือนกันทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย[12,40-43] ในด้านปัจจัยทางชีววิทยา ผู้หญิงมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อการมีความผิดปกติจากการดื่มสุราน้อยกว่าผู้ชาย แต่มีโอกาสที่จะมีปัญหาทางชีวภาพจากการดื่มสุรามากกว่าผู้ชาย เช่น การเผาผลาญและกำจัดแอลกอออล์ออกจากร่างกายของผู้หญิงจะทำได้ช้ากว่าในผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงเมาเร็วกว่าผู้ชายถึงแม้ว่าจะดื่มปริมาณเท่ากัน[42,44-47] ในด้านปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม ผู้ชายกลับมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิงในการดื่มสุราและมีปัญหาจากการดื่ม เพราะการดื่มสุราของผู้ชายมักได้รับการยอมรับมากกว่าในผู้หญิง ทำให้ผู้ชายมักจะมองการดื่มสุราในแง่บวกมากกว่าผู้หญิง และผู้ชายก็มักมีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น ชอบท้าทายมากกว่าผู้หญิง นอกจากนั้น ผู้ชายมักจะมีปัจจัยป้องกันน้อยกว่าผู้หญิง[48] ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้ชายดื่มสุรามากกว่าผู้หญิงและเกิดปัญหาต่างๆ รวมทั้งการเป็นโรคติดสุราตามมาได้มากกว่าผู้หญิง

อายุ

การศึกษาทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ พบว่าส่วนใหญ่แล้วคนจะเริ่มดื่มสุราในช่วงวัยรุ่นที่อายุประมาณ 13-15 ปี ถึงแม้จะมีบางคนที่เริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อยกว่านั้น เช่น 8-9 ปี แต่ก็เป็นส่วนน้อย อัตราการดื่มสุราและการดื่มหนักต่อครั้งจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุประมาณ 21 ปี ก็จะค่อนข้างคงที่ นอกจากนั้น ยังพบว่าจำนวนวันของการดื่มหนักจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชาย จนถึงช่วงอายุประมาณ 30 ปีขึ้นไปก็จะเริ่มลดลงเรื่อยๆ[40,49]

แบบแผนการดื่มก็มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ วัยรุ่นและเยาวชนมักจะดื่มไม่บ่อย แต่ในวันที่ดื่มมักจะดื่มปริมาณมาก ในขณะที่ผู้ใหญ่จะดื่มบ่อยหรือดื่มเป็นประจำมากกว่าเยาวชน แต่ดื่มปริมาณน้อยกว่าในแต่ละครั้งที่ดื่ม ซึ่งเป็นลักษณะที่พบทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ[13,49] นอกจากนั้น การดื่มสุรายังมีผลต่อร่างกายและพัฒนาการแตกต่างไปในแต่ละช่วงอายุด้วย ทารกในครรภ์ที่มารดาดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์จะได้รับผลกระทบต่อร่างกายและพัฒนาการอย่างรุนแรงตามปริมาณสุราที่ได้รับ เรียกว่ากลุ่มโรค fetal alcohol spectrum disorders วัยรุ่นที่ดื่มสุราจะมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านพัฒนาการทางสังคม ปัญหาการเรียนและการเปลี่ยนแปลงหรือทำลายสมองซึ่งคงอยู่ติดตัวไปจนถึงวัยผู้ใหญ่[49] ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการดื่มสุรา รวมทั้งผลกระทบจากการดื่มสุราอย่างชัดเจน

บุคลิกภาพและพฤติกรรม

ลักษณะของบุคลิกภาพและพฤติกรรมบางอย่างซึ่งปรากฏขึ้นมาตั้งแต่ในวัยเด็ก ตั้งแต่ก่อนที่จะเข้าโรงเรียนเป็นตัวทำนายถึงการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยและการดื่มหนักหรือการมีความผิดปกติจากการดื่มสุราในอนาคต ลักษณะเหล่านี้ได้แก่ พฤติกรรมแบบอันธพาล (antisocial behavior) การควบคุมตนเองต่ำ ความวิตกกังวล แนวโน้มที่จะมีอารมณ์เศร้า และขี้อาย เป็นต้น[50] คนที่มีลักษณะเหล่านี้คงอยู่ติดตัวมีโอกาสสูงที่จะมีปัญหารุนแรงจากการดื่มสุราในวัยผู้ใหญ่

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราและโรคติดสุรา

จากการศึกษาคู่แฝดและบุตรบุญธรรมสรุปตรงกันว่า การเป็นโรคติดสุราเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมร้อยละ 50 อีกร้อยละ 50 เกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม[51] ซึ่งหมายความว่าปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญพอๆ กันกับปัจจัยทางพันธุกรรมของคนๆ นั้น นอกจากนั้น การศึกษาต่างๆ ยังพบว่า คนที่มียีนที่แปรปรวนบางตัวจะมีความเสี่ยงต่อการมีความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ก็ต่อเมื่อคนๆ นั้นเผชิญกับภาวะเครียดที่รุนแรงเพียงพอเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเครียดในวัยเด็ก แต่เด็กที่เคยเผชิญกับภาวะเครียดรุนแรง เช่น การถูกทารุณกรรมประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่จะมีพยาธิสภาพทางจิตในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทร่วมกันต่อความสมดุลระหว่างความเสี่ยงกับความหยุ่นตัวส่วนบุคคล (risk-resilience balance) ในการเกิดพยาธิสภาพรวมทั้งการติดสุรา[30]

ภาวะเครียดในวัยเด็กอาจแบ่งได้เป็นสองลักษณะ คือ

1) การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (Childhood maltreatment) ตัวอย่างเช่น การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายหรืออารมณ์ และการถูกทอดทิ้งทางกายและทางอารมณ์

2) การเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต (Stressful life events) เช่นการหย่าร้างของพ่อแม่ ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ หรือโรคจิตเวชในครอบครัว ภาวะเครียดทั้งสองกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ด้วย เช่นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล เป็นต้น และความรุนแรงของภาวะเครียดนี้แปรผันโดยตรงกับความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิตในวัยผู้ใหญ่[52]

สิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในวัยเด็กและวัยรุ่น ครอบครัวที่มีลักษณะต่อไปนี้ คือ มีคนในครอบครัวมีความผิดปกติจากการดื่มสุรา พ่อแม่มีพฤติกรรมแบบอันธพาล แม่เป็นโรคซึมเศร้า พ่อแม่ดูแลไม่ดี (เช่น ทารุณกรรม ละเลย หรือไม่อบรมสั่งสอน) แม่ดื่มสุราตอนตั้งครรภ์ มีความขัดแย้งในครอบครัว จะทำให้เด็กขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และเด็กอาจจะเลียนแบบพฤติกรรมการดื่มสุราของพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นในบ้าน ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่น ครอบครัวที่มีคุณภาพคือครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างอบอุ่น มีกฎระเบียบเหมาะสม และมีความเครียดในระดับที่ควบคุมจัดการได้[49,50,53] การศึกษาในประเทศไทยก็ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพ

แวดล้อมในครอบครัวในวัยเด็กกับความเสี่ยงของการดื่มแบบเสี่ยง-แบบอันตรายและการเป็นโรคติดสุราในวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่า ผู้ติดสุรามีประวัติเคยถูกลงโทษอย่างไม่สมเหตุสมผล เผชิญกับพฤติกรรมน่าอับอายขายหน้าของพ่อแม่ในที่สาธารณะ และเผชิญกับพ่อที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหลังดื่มสุรา เช่นเมา ทำลายข้าวของ เอะอะอาละวาด ในวัยเด็กมากกว่าผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง-แบบอันตรายหรือผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มแบบไม่เป็นปัญหา[53]

การเผชิญกับภาวะเครียดเหล่านี้ในช่วงที่เด็กกำลังมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรการจัดการกับความเครียด (stress circuitry) ซึ่งรวมถึง hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, mesolimbic dopamine reward pathway และ brain morphometry การมียีนที่แปรปรวนร่วมกับการเผชิญกับภาวะเครียดจะเพิ่มโอกาสในการเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองจนเป็นความเสี่ยงต่อการติดสุรา ตัวอย่างเช่น มีการศึกษาที่พบว่า ปฏิกิริยาระหว่างการมียีน CRHR1 แปรปรวนกับการถูกทารุณกรรมในวัยเด็กเป็นตัวทำนายการทำงานของ HPA axis ที่ผิดปกติในวัยผู้ใหญ่[54]

ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมในวัยเด็กร่วมกับลักษณะบุคลิกภาพและพฤติกรรมของเด็กที่กล่าวมานี้เป็นเส้นทาง (pathway) ไปสู่การมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสติปัญญา ทำให้เด็กมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์และสมาธิ เกิดปัญหาการเรียนและปัญหาทางสังคมเมื่อเข้าโรงเรียน คบเพื่อนเกเร และมีพฤติกรรมเกเร ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดชนิดอื่น ซึ่งเส้นทางดังกล่าวไม่ได้จำเพาะกับพฤติกรรมการดื่มสุราเท่านั้น แต่ยังทำนายปัญหาอื่นๆ ด้วย เช่น conduct problems ปัญหาการเรียน การออกจากโรงเรียนกลางคัน การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร บุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial และโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorders)[49] ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้นอกจากจะมีความสำคัญในด้านการศึกษาวิจัยแล้ว ยังมีประโยชน์ในทางคลินิกอีกด้วย ทำให้ผู้รักษาเข้าใจเหตุผลของการซักประวัติทางพันธุกรรม ประวัติครอบครัวและชีวิตในวัยเด็กของผู้ป่วย และระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้ดียิ่งขึ้น

การป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา

ปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุราเกิดขึ้นได้ทั้งจากการดื่มเพียงครั้งเดียวหรือการดื่มหลายครั้ง และจากการดื่มของตนเองหรือการดื่มของผู้อื่น ปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงหลายระดับ ซึ่งเป็นปัญหาทั้งทางสุขภาพ สาธารณสุขและสังคม การป้องกันและดูแลรักษาปัญหาจากการดื่มสุรา จึงต้องทำในหลายระดับและใช้มาตรการหลากหลาย ทั้งมาตรการทางการแพทย์ สาธารณสุข สังคมและกฎหมายประกอบกัน ผู้นิพนธ์ได้เสนอกรอบแนวคิดในการวางมาตรการป้องกันปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราไว้ตามภาพที่ 1.4 โดยแบ่งมาตรการป้องกันออกเป็นสี่ระดับ ดังนี้

ภาพที่ 1.4 ระดับของมาตรการป้องกันปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา[14]

- มาตรการระดับปฐมภูมิ เป็นมาตรการแบบครอบจักรวาล (universal) มีเป้าหมายสำหรับประชากรทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นผู้ดื่มสุราหรือไม่ดื่ม รวมทั้งผู้ดื่มสุราที่ยังไม่มีปัญหา มาตรการระดับนี้ประกอบด้วยมาตรการที่สำคัญห้าด้าน ซึ่งสามารถเขียนเป็นภาษาอังกฤษแบบย่อว่า 5Es (Education, Empowerment, (Law) Enforcement, Environmental manipulation, Engineering) รายละเอียดของมาตรการระดับนี้จะอยู่ในบทที่ 3 ของหนังสือเล่มนี้ มาตรการเหล่านี้ ได้แก่
    - การให้ความรู้ (Education) คำแนะนำแก่ประชาชนเกี่ยวกับการดื่มสุรา ผลกระทบ วิธีป้องกันบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลือต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว และดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาจากการดื่มสุราและส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้

- การเสริมพลังอำนาจบุคคล (Empowerment) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา และเสริมปัจจัยป้องกันปัญหา ตัวอย่างกิจกรรมเหล่านี้ เช่น การฝึกทักษะชีวิต การสร้างเสริมสมรรถนะส่วนตน (self-efficacy) ในการควบคุมตนเอง จัดการแก้ไขปัญหา หรือปฏิเสธสิ่งกระตุ้นทางลบ เป็นต้น
- การบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการปัญหาจากการดื่มสุรา มาตรการนี้เป็นบทบาทตรงของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอดส่อง จับกุมและดำเนินคดีกับผู้ที่ละเมิดกฎหมาย เช่น กฎหมายเกี่ยวกับอายุต่ำสุดที่จะซื้อสุราได้ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการห้ามจำหน่ายหรือห้ามดื่มในสถานที่บางประเภท เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน หากพบเห็นการจำหน่ายสุราให้กับบุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือในสถานที่ต้องห้าม เจ้าพนักงานต้องจับกุมผู้จำหน่าย หรือผู้ดื่มมาลงโทษตามบทกฎหมาย อย่างไรก็ดี ประชาชนเองก็ต้องร่วมมือเพื่อทำให้มาตรการนี้มีประสิทธิภาพ ด้วยการมีความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมายและไม่ประพฤติผิดกฎหมายด้วย
- การปรับสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Environmental manipulation) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและเยาวชนซึ่งถูกชักจูงได้ง่ายจากสิ่งเร้าทางสังคม มาตรการนี้มีบทบาทในระดับนโยบายสาธารณะ ตัวอย่างเช่น การห้ามหรือจำกัดการโฆษณาและกิจกรรมการตลาดของสุรา การจำกัดการเข้าถึงสุราทางกายภาพ การส่งเสริมกิจกรรมปลอดสุราในโรงเรียนและในชุมชน เป็นต้น
- การพัฒนานวัตกรรม (Engineering) เพื่อการป้องกันหรือลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น อุปกรณ์ตรวจลมหายใจก่อนติดเครื่องยนต์ (ignition interlock) หากผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินระดับที่กำหนดไว้ การสร้างถนนที่ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายของการขับรถขณะดื่มสุรา เป็นต้น

• มาตรการระดับทุติยภูมิ มาตรการหลักในระดับนี้คือการคัดกรองและบำบัดแบบย่อ เป็นมาตรการที่คัดสรร (selected) สำหรับประชากรที่เริ่มมีปัญหาจากการดื่มสุราในระยะแรก ก่อนที่ปัญหาจะทวีความรุนแรงลุกลามต่อไป ประชากรเป้าหมายของมาตรการระดับนี้จึงเป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายที่ยังไม่เป็นผู้ติดสุรา การคัดกรองในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ จะทำให้สามารถค้นหาผู้มีปัญหาในระดับนี้มาได้ และให้การบำบัดแบบย่อซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย มีประสิทธิภาพและคุ้มทุน ก่อนที่เขาจะดื่มต่อไปจนเกิดปัญหารุนแรงตามมา มาตรการระดับนี้จึงเป็นบทบาทหลักของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ รวมทั้งบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม และระบบยุติธรรม รายละเอียดเกี่ยวกับการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อสำหรับผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราอยู่ในบทที่ 4 และ 8 ของหนังสือเล่มนี้

- มาตรการระดับตติยภูมิ ประกอบด้วยการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางเภสัชบำบัด จิตสังคมบำบัด และการดูแลหลังการรักษา (after care) เพื่อป้องกันการกลับมาติดซ้ำ (relapse prevention) มาตรการระดับนี้เจาะจง (indicated) สำหรับผู้ติดสุราหรือผู้ดื่มแบบอันตรายที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดแบบย่อ รวมทั้งผู้ป่วยจากการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางกายหรือทางจิตเวช มาตรการเหล่านี้จึงเป็นบทบาทหลักของจิตแพทย์ แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการดื่มสุรา และอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ และชุมชนในการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดซ้ำ เนื้อหาโดยละเอียดของมาตรการระดับนี้อยู่ในบทที่ 9 ถึง 11 และบทที่ 14 ของหนังสือเล่มนี้
- มาตรการระดับจตุรภูมิ ได้แก่การใช้วิธีการลดอันตราย (harm reduction) เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบทางสังคมที่เกิดกับผู้ดื่มสุราหรือผู้ติดสุราที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษาด้วยมาตรการระดับตติยภูมิ คนเหล่านี้เป็นผู้ที่ยังคงอยากดื่มสุราต่อไปถึงแม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม การใช้มาตรการลดอันตรายจึงเป็นมาตรการเชิงสาธารณสุขที่ไม่ได้เน้นให้ผู้ติดสุราต้องหยุดหรือเลิกดื่ม แต่เน้นที่การช่วยดูแลให้เขาเหล่านั้นไม่ได้รับอันตรายมากจากการดื่มสุรา และลดอันตรายที่จะเกิดกับสังคมจากผู้ที่ดื่มสุรา เช่น การจัดสถานที่พักพิงค้างคืนที่ปลอดภัยให้กับคนเมาสุรา การเสริมวิตามินบี 1 ในอาหารเพื่อลดภาวะขาดวิตามิน เป็นต้น รายละเอียดของมาตรการระดับนี้อยู่ในบทที่ 13 ของหนังสือเล่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กฎกระทรวง กำหนดชนิดของสุราและอัตราภาษีสุรา พ.ศ. ๒๕๕๖ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๐ ตอนที่ ๗๖ ก. (ลงวันที่ 3 กันยายน 2556).
2. Meyerhoff DJ, Bode C, Nixon SJ, de Bruin EA, Bode JC, Seitz HK. Health risks of chronic moderate and heavy alcohol consumption: how much is too much? Alcohol Clin Exp Res 2005;29:1334-40.
3. Thakker KD. An overview of health risks and benefits of alcohol consumption. Alcohol Clin Exp Res 1998;22:285s-98s.
4. Health risks and benefits of alcohol consumption. Alcohol Res Health 2000;24:5-11.
5. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA Council approves definition of binge drinking. NIAAA Newsletter. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2004.
6. Latt N, Conigrave KM, Saunders J, Marshall W, Nutt D, editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. Oxford: Oxford University Press; 2009.
7. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. What is a standard drink? Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2013 [cited 2013 December 20]; Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/pocketguide/pocket_guide2.htm.
8. Australian Government Department of Health. The Australian standard drink. Canberra ACT: Australian Government Department of Health; 2012 [cited 2013 December 20]; Available from: http://www.health.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/standard.
9. NHS Choices. Alcohol units. London UK: NHS Choices; 2013 [cited 2013 December 20]; Available from: http://www.nhs.uk/Livewell/alcohol/Pages/alcohol-units.aspx.
10. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization; 2000.
11. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev 2003;22:287-93.
12. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. Alcohol Alcohol 2010;45:278-85.
13. Assanangkornchai S, Saunders JB, Conigrave KM. Patterns of drinking in Thai men. Alcohol Alcohol 2000;35:263-9.

14. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. แนวทางการลดระยะเวลาเจ็บป่วยและความพิการ - การป้องกันระดับทุติยภูมิต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. ใน: สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องแนวทางและเทคโนโลยีในการป้องกันและลดภาระโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547. หน้า 31-51.
15. จิรวัฒน์ มูลศาสตร์, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. การบำบัดแบบย่นย่อสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548;14:413-21.
16. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, สุนทรี ศรีโกไสย, บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2549.
17. Poli A, Marangoni F, Avogaro A, Barba G, Bellentani S, Bucci M, et al. Moderate alcohol use and health: a consensus document. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2013;23:487-504.
18. English D, Holman D, Milne E, Winter M, Hulse C, Codde G, et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
19. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. Alcohol Clin Exp Res 2005;29:902-8.
20. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide, updated 2005 version, NIH Publication No. 07-3769. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health & Human Services; 2007.
21. Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2011.
22. Australian Government National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra ACT: Commonwealth of Australia; 2009.
23. ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2552.
24. Assanangkornchai S. Sources of alcohol, perceived availability and exposure to alcohol advertisements among Thai high-school students. The 39th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society (KBS2013); 3-7 June 2013; Munyonyo Speke Resort, Kampala, Uganda, School of Public Health, Makerere University; 2013.

25. Inthawong Y, Assanangkornchai S, McNeil E. Access to alcohol and binge drinking among vocational college students: A multi-level study in a tourist destination province, Thailand (MSc thesis). Songkhla: Prince of Songkla University; 2012.
26. Birckmayer JD, Holder HD, Yacoubian GS, Jr., Friend KB. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. J Drug Educ 2004;34:121-53.
27. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No ordinary commodity - Research and public policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
28. Bry BH. Predicting drug abuse: review and reformulation. Int J Addict 1983;18:223-33.
29. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug abuse among children and adolescents: a research-based guide. 2nd ed. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
30. Enoch MA. The influence of gene-environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence. Curr Psychiatry Rep 2012;14:150-8.
31. Palmer RH, McGeary JE, Francazio S, Raphael BJ, Lander AD, Heath AC, et al. The genetics of alcohol dependence: advancing towards systems-based approaches. Drug Alcohol Depend 2012;125:179-91.
32. Edenberg HJ. Genes contributing to the development of alcoholism: an overview. Alcohol Res 2012;34:336-8.
33. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The genetics of alcoholism. Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
34. Hurley TD, Edenberg HJ. Genes encoding enzymes involved in ethanol metabolism. Alcohol Res 2012;34:339-44.
35. Assanangkornchai S, Noi-pha K, Saunders JB, Ratanachaiyavong S. Aldehyde dehydrogenase 2 genotypes, alcohol flushing symptoms and drinking patterns in Thai men. Psychiatry Res 2003;118:9-17.
36. Borghese CM, Harris RA. Alcohol dependence and genes encoding alpha2 and gamma1 GABAA receptor subunits: Insights from humans and mice. Alcohol Res 2012;34:345-53.
37. Crews FT. Immune function genes, genetics, and the neurobiology of addiction. Alcohol Res 2012;34:355-61.
38. Sarkar DK. Circadian genes, the stress axis, and alcoholism. Alcohol Res 2012;34:362-6.

39. Buck KJ, Milner LC, Denmark DL, Grant SG, Kozell LB. Discovering genes involved in alcohol dependence and other alcohol responses: role of animal models. Alcohol Res 2012;34:367-74.
40. Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T. Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. Alcohol Clin Exp Res 2009;33:2037-46.
41. Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Samangsri N, Mukthong A. Substance use among high-school students in Southern Thailand: trends over 3 years (2002-2004). Drug Alcohol Depend 2007;86:167-74.
42. Bradley KA, Badrinath S, Bush K, Boyd-Wickizer J, Anawalt B. Medical risks for women who drink alcohol. J Gen Intern Med 1998;13:627-39.
43. Khan S, Okuda M, Hasin DS, Secades-Villa R, Keyes K, Lin KH, et al. Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Alcohol Clin Exp Res 2013;37:1696-705.
44. Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. Alcohol Clin Exp Res 2001;25:502-7.
45. Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth ME. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. Alcohol Alcohol 1999;34:894-902.
46. Mumenthaler MS, Taylor JL, O'Hara R, Yesavage JA. Gender differences in moderate drinking effects. Alcohol Res Health 1999;23:55-64.
47. Thomasson HR. Gender differences in alcohol metabolism. Physiological responses to ethanol. Recent Dev Alcohol 1995;12:163-79.
48. Nolen-Hoeksema S, Hilt L. Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. J Gen Psychol 2006;133:357-74.
49. Masten AS, Faden VB, Zucker RA, Spear LP. Underage drinking: a developmental framework. Pediatrics 2008;121(Suppl 4):s235-51.
50. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. A developmental perspective on underage alcohol use. Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2009.
51. Ducci F, Goldman D. The genetic basis of addictive disorders. Psychiatr Clin North Am 2012;35:495-519.

52. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. Psychopharmacology 2011;214:17-31.
53. Assanangkornchai S, Geater AF, Saunders JB, McNeil DR. Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood home environment on the development of alcohol use disorders in a Thai population. Addiction 2002;97:217-26.
54. Tyrka AR, Price LH, Gelernter J, Schepker C, Anderson GM, Carpenter LL. Interaction of childhood maltreatment with the corticotropin-releasing hormone receptor gene: effects on hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity. Biol Psychiatry 2009;66:681-5.

บทที่ 2

ระบาดวิทยา

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงระบาดวิทยาของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความชุกและแบบแผนของการดื่มสุราในประชากรกลุ่มต่างๆ ทั่วโลกและในประเทศไทย การสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากการดื่มสุรา และบรรทัดฐานการดื่มสุราของประชากรไทย รวมทั้งผลการศึกษาจากโครงการสำรวจประชากรในประเทศไทยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา เนื้อหาทั้งหมดนี้จะทำให้จิตแพทย์และบุคลากรสุขภาพทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับขนาด ลักษณะ และความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้เข้าใจบริบทของประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น

สาระสำคัญ

- ในแต่ละปี การตาย 3.3 ล้านรายทั่วโลกหรือร้อยละ 5.9 ของประชากรโลกสัมพันธ์กับการดื่มสุรา เยาวชนอายุ 15-29 ปีประมาณสามแสนกว่าคนตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
- ในปี พ.ศ. 2553 ความผิดปกติจากการดื่มสุราทำให้ประชากรทั่วโลกสูญเสียปีสุขภาวะไปประมาณ 19.2 ล้านปี โดยเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ 15.8 ล้านปี ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับที่ 15 ของการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ การดื่มสุราจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสามของภาระโรคทั่วโลก รองลงมาจากภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยาสูบ โดยการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรทั่วโลก 136.1 ล้านปี
- ในปี พ.ศ. 2553 ปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรไทยเท่ากับ 6.2 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ค่านี้ค่อนข้างคงที่ภายในช่วงห้าปีก่อนหน้านี้ ถ้าคิดเฉพาะคนที่ดื่มสุรา ปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ 23.90 ลิตรต่อผู้ดื่มหนึ่งคนต่อปี
- ในปี พ.ศ. 2550 ความชุกของการดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตราย (AUDIT > 8) ในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 27.7 ความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุรา (อิงตาม DSM-IV โดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I.) เท่ากับร้อยละ 10.9
- ประชากรไทยที่ดื่มสุราในปัจจุบันมากกว่าครึ่งหนึ่งดื่มในปริมาณที่จัดว่าเป็นระดับที่เสี่ยงอันตราย (มากกว่า 40 กรัมต่อวันในผู้ชาย และมากกว่า 20 กรัมต่อวันในผู้หญิง) เยาวชนชายประมาณร้อยละ 10 และหญิงร้อยละ 3 ดื่มสุรามากกว่าห้าหน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อครั้ง
- การดื่มสุราสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย พฤติกรรมรุนแรง อารมณ์ซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร และการบาดเจ็บและการตายจากอุบัติเหตุจราจร
- การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่มีผลต่อการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชายไทย

สุราเป็นสารเสพติดที่คนนิยมดื่มกันทั่วโลก ประชากรส่วนใหญ่ในโลกไม่ดื่มสุราหรือดื่มเพียงเล็กน้อย แต่ก็มีประชากรที่ดื่มหนัก ดื่มเป็นประจำและทำให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่เกิดจากการเมาสุรา การติดสุรา หรือจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์โดยตรง การดื่มสุราเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 200 ชนิด เช่น โรคตับแข็ง มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร โรคลมชัก การทำร้ายร่างกาย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้คร่าชีวิตผู้คน หรือทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการตั้งแต่อายุยังน้อย เป็นภาระที่สำคัญทั้งต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

ความชุกและแบบแผนการดื่มสุราทั่วโลก

ในการรายงานปริมาณการดื่มสุราของประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก นิยมบอกเป็นปริมาณการดื่มต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ (adult per capita consumption; APC) ซึ่งคิดเป็นจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในประเทศนั้นดื่มเฉลี่ยต่อคนต่อปี

องค์การอนามัยโลกประมาณว่า ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 6.2 ลิตรต่อปี (ประมาณ 13.5 กรัมต่อวัน) โดยร้อยละ 28.6 ของปริมาณการดื่มเป็นปริมาณของสุรานอกระบบ ซึ่งอาจจะเป็นสุราพื้นบ้านหรือสุรานอกกฎหมาย ซึ่งไม่มีบันทึกปริมาณที่แน่นอน (unrecorded alcohol) ปริมาณการดื่มสุราในระบบ (recorded consumption) ค่อนข้างคงที่ทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา ซึ่งเท่ากับ 4.3-4.7 ลิตรต่อคนต่อปี[1]

ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลก ประชากรในประเทศพัฒนา ส่วนใหญ่ในซีกโลกเหนือ และในประเทศทางซีกโลกใต้ เช่น อาร์เจนตินา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรสูงที่สุด ประเทศในทวีปอัฟริกาใต้ อเมริกาเหนือและอเมริกาใต้ มีปริมาณการดื่มระดับปานกลาง โดยประเทศนามิเบียและอัฟริกาใต้มีปริมาณการดื่มสูงสุดในกลุ่มนี้ ส่วนประเทศในแถบอัฟริกาเหนือ อัฟริกาในย่านทะเลทรายซาฮารา (sub-Saharan Africa) เมดิเตอเรเนียนตะวันออก (Eastern Mediterranean) และเอเชียใต้มีปริมาณการดื่มต่ำสุด[1]

ปริมาณการดื่มสุราทั่วโลกค่อนข้างคงที่ในทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ในประเทศกำลังพัฒนาและในประเทศที่ในอดีตประชากรไม่ค่อยมีประเพณีดื่มสุรา ซึ่งมีมาตรการป้องกันหรือควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราต่ำ เช่น ประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก กลับมีปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้น ยกเว้นประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีข้อห้ามอย่างเคร่งครัดเรื่องการดื่มสุรา ส่วนในประเทศตะวันตก เช่น ประเทศในทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ และออสเตรเลีย ถึงแม้ว่าปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรจะสูงกว่าประเทศอื่นๆ แต่ปริมาณดังกล่าวก็คงที่หรือลดลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา[1]

ตารางที่ 2.1 แสดงปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรจำแนกตามกลุ่มประเทศขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปริมาณการดื่มสุรานอกระบบสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากร สัดส่วนของการดื่มสุรานอกระบบเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีปริมาณการดื่มโดยรวมต่ำ ซึ่งหมายความว่าปริมาณการดื่มในประเทศเหล่านี้ยิ่งต่ำ สัดส่วนของการผลิตสุราพื้นบ้านหรือนอกกฎหมายก็ยิ่งสูงมากขึ้น ในประเทศแถบเมดิเตอเรเนียนตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia; SEAR) ซึ่งมีปริมาณการดื่มรวมต่ำสุด มีสัดส่วนของการดื่มสุรานอกระบบเท่ากับร้อยละ 57.1 และร้อยละ 47.1 ของปริมาณการดื่มรวมทั้งหมดตามลำดับ

ตารางที่ 2.1 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรโดยรวม (ลิตรต่อคนต่อปี) ปริมาณการดื่มสุรานอกระบบ และร้อยละของปริมาณการดื่มสุรานอกระบบต่อปริมาณการดื่มรวมทั้งหมด ปี พ.ศ. 2553[1]

กลุ่มประเทศขององค์การอนามัยโลก	ปริมาณการดื่มต่อหัวประชากร	ปริมาณการดื่มสุรานอกระบบ	ร้อยละของปริมาณสุรานอกระบบต่อปริมาณรวม
อัฟริกา (AFR)	6.0	1.8	30.0
อเมริกา (AMR)	8.4	1.2	14.3
เมดิเตอเรเนียนตะวันออก (EMR)	0.7	0.4	57.1
ยุโรป (EUR)	10.9	1.9	17.4
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR)	3.4	1.6	47.1
แปซิฟิกตะวันตก (WPR)	6.8	1.7	25.0

AFR = African region, AMR = American region, EMR = East Mediterranean region, EUR = European region, SEAR = South-East Asian region, WPR = West Pacific region

การสูญเสียปีสุขภาวะจากการดื่มสุราทั่วโลก

การดื่มสุราแบบอันตรายก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพมากมาย องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในปี พ.ศ. 2555 การตาย 3.3 ล้านรายทั่วโลกหรือร้อยละ 5.9 สัมพันธ์กับการดื่มสุรา โดยสาเหตุการตายที่สำคัญเกิดจากการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ (ร้อยละ 17.1) มะเร็ง (ร้อยละ 12.5) โรคระบบทางเดินอาหารและตับ (ร้อยละ 16.2) โรคของหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวาน (ร้อยละ 33.4) การบาดเจ็บโดยตั้งใจ (ร้อยละ 8.7) และโรคทางจิตเวชและระบบประสาท (ร้อยละ 4.0) การตายของผู้ชายทั่วโลกร้อยละ 7.6 เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ส่วนอัตราดังกล่าวในผู้หญิงเท่ากับร้อยละ 4.0 นอกจากนั้น ในแต่ละปี เยาวชน

อายุ 15-29 ปีประมาณสามแสนกว่าคนตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งเท่ากับร้อยละ 9 ของการตายของคนในกลุ่มอายุนี้[1]

ในปี พ.ศ. 2553 โรคจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดทำให้ประชากรทั่วโลกสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALY) ถึง 183.9 ล้านปี (95% Uncertainty Interval (UI): 153.5, 216.7 ล้านปี) หรือร้อยละ 7.4 (95% UI: 6.2, 8.6) ของความสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยทุกชนิด โดยโรคจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (years of life lost to premature mortality; YLLs) 8.6 ล้านปี (95% UI: 6.5, 12.1 ล้านปี; ร้อยละ 0·5 (95% UI: 0.4, 0.7) ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากทุกโรค) โรคจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุหลักในการทำให้ประชากรทั่วโลกมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ (years lived with disability; YLDs) โดยโรคจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดทำให้ประชากรทั่วโลกมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ 175.3 ล้านปี (95% UI: 144.5, 207.8 ล้านปี; ร้อยละ 22.9 (95% UI: 18.6, 27.2) ของการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการจากทุกโรค)

ในกลุ่มของโรคจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด หรือเท่ากับร้อยละ 40.5 (95% UI: 31.7, 49.2) ของความสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยทุกชนิด รองลงมาคือโรควิตกกังวลซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะร้อยละ 14·6 (95% UI: 11.2, 18.4) ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (illicit substance use disorders) ร้อยละ 10.9 (95% UI: 8.9, 13.2) ความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ร้อยละ 9.6 (95% UI: 7.7, 11.8) โรคจิตเภทร้อยละ 7·4 (95% UI: 5.0, 9.8) และโรค bipolar ร้อยละ 7.0 (95% UI: 4.4, 10.3)

ดังนั้น เมื่อคิดเป็นจำนวนปี ความผิดปกติจากการดื่มสุราทำให้ประชากรทั่วโลกสูญเสียปีสุขภาวะไปประมาณ 19.2 ล้านปี[2] โดยเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ 15.8 ล้านปี ซึ่งเป็นสาเหตุลำดับที่ 15 ของการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ (สาเหตุสามลำดับแรกได้แก่ การปวดหลัง โรคซึมเศร้า และภาวะซีดจากขาดเหล็ก)[3]

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2553 การดื่มสุรา (alcohol use) ยังจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสามของภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) รองลงมาจากภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยาสูบ (ซึ่งรวมการได้รับควันบุหรี่จากการสูบของคนอื่นด้วย) โดยการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรทั่วโลกร้อยละ 5.5 (95% UI: 5.0, 5.9) หรือ 101.9 ล้านปีในผู้ชายและ 34.2 ล้านปีในผู้หญิง รวมทั้งสองเพศเป็น 136.1 ล้านปี เพิ่มขึ้นจากภาระโรคในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหกถึง 36 ล้านปี ในจำนวนปีที่สูญเสียนี้เกิดจากการตายก่อนวัยอันควรโดยมีการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยง 4.9 ล้านปี (3.1 ล้านปีในผู้ชายและ 1.7 ล้านปีในผู้หญิง)[4]

จากตัวเลขข้างต้นจะเห็นว่าการสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาระโรคที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ชายจะมากกว่าในผู้หญิง และในคนอายุ 15-49 ปีการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะ รองลงมาคือ การใช้ยาสูบ ภาวะความดันโลหิตสูง และการมีดัชนี

มวลกายสูง ภาระโรคที่มีการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การบาดเจ็บทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร การเจ็บป่วยในเด็กแรกเกิดและมารดา โรคจิตเวช โรคของระบบประสาท โรคตับแข็ง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง[4]

เมื่อพิจารณาเฉพาะประเทศในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจัยเสี่ยงของภาระโรคลำดับหนึ่ง คือ ภาวะความดันโลหิตสูง รองลงมาคือการใช้ยาสูบ มลพิษในครัวเรือนจากการใช้เชื้อเพลิงแข็ง การกินอาหารที่มีผลไม้น้อย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับหกของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรในภาคพื้นนี้[4]

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาระโรคโดยผ่านตัวแปรสองตัวคือ ปริมาณเฉลี่ยของสุราที่ดื่มต่อวันและแบบแผนการดื่ม จากหลักฐานวิชาการพบว่า ปริมาณการดื่มเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่สำคัญคือ วัณโรค มะเร็งของปาก nasopharynx และ pharynx ส่วนอื่น มะเร็งของ oropharynx มะเร็งของหลอดอาหาร มะเร็งของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งตับ มะเร็งเต้านมในผู้หญิง เบาหวาน ความผิดปกติจากการดื่มสุรา โรคซึมเศร้า unipolar โรคลมชัก โรคหัวใจที่มีความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือดทั้งแบบ ischaemic และ hemorrhagic โรคหัวใจที่เกิดจากการนำกระแสไฟฟ้าผิดปกติและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอื่นๆ (conduction disorders และ other dysrhythmias) การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (โรคปอดบวม) โรคตับแข็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดและ fetal alcohol syndrome ปริมาณการดื่มเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางตรงกับความเสี่ยงของการเกิดโรคเหล่านี้ทุกชนิด (dose-response relationship) ยกเว้นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ ทั้งปริมาณและแบบแผนการดื่มยังมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับโรคหัวใจขาดเลือด fetal alcohol syndrome และการบาดเจ็บทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจอีกด้วย และการดื่มสุราปริมาณต่ำหรือปานกลาง (ไม่เกิน 60 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อวัน) มีประโยชน์สำหรับโรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือดแบบ ischaemic และเบาหวาน ส่วนการดื่มหนักต่อครั้ง (binge drinking) เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลายชนิดและการบาดเจ็บทุกชนิด สำหรับคุณภาพของสุรานั้น หลักฐานทางวิชาการยังไม่เพียงพอที่จะสรุปความสัมพันธ์กับโรคต่างๆ[5]

โดยสรุปจากข้อมูลทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราและความผิดปกติจากการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรทั่วโลก โดยการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือโรคอื่นๆ ที่มีการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงเป็นส่วนสำคัญของภาระโรคนี้ ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการวางนโยบายสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคหรือการบาดเจ็บต่างๆ ทำให้สามารถเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และความสูญเสียทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคต่างๆ ทั้งโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างประเทศและภูมิภาคอีกด้วย

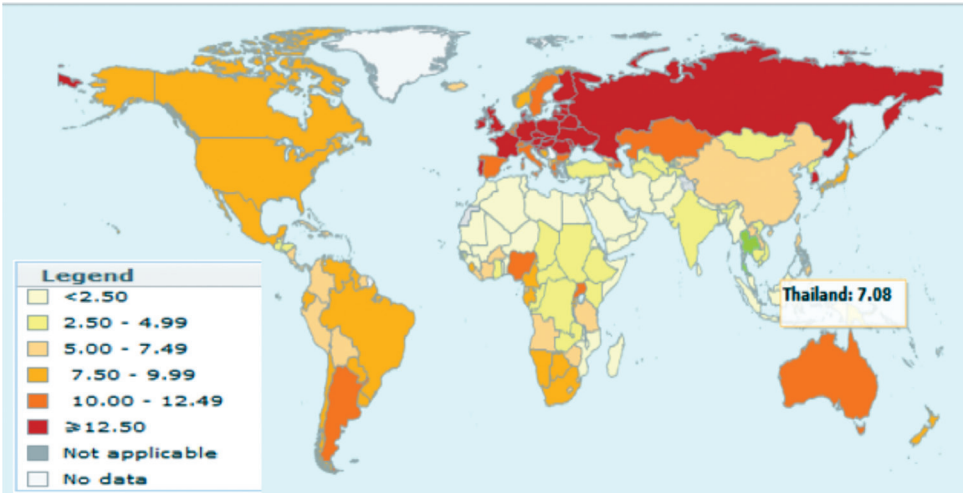
ระบาดวิทยาของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย

สุราเป็นสารเสพติดที่คนนิยมใช้มากที่สุดในประเทศไทย การดื่มสุราเกิดขึ้นในสังคมไทยมาเป็นเวลาช้านาน สุราถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมต่างๆ เช่น การเซ่นไหว้ผีสางเทวดาหรือบรรพบุรุษ ใช้ในงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือในการเลี้ยงตอบแทนคนที่มาช่วยงาน เช่น ในการลงแขกเกี่ยวข้าวดำนา เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีผู้ดื่มสุราด้วยเหตุผลต่างๆ มากมาย เช่น เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย เพื่อดับทุกข์ เพื่อให้หายประหม่าเก้อเขินเวลาเข้าสังคม เพื่อความสนุกสนานในการสังสรรค์ เพื่อเจริญอาหาร ไปจนถึงผู้ที่ดื่มเป็นประจำจนไม่สามารถหยุดดื่มได้ หรือกลายเป็นผู้ติดสุรา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า สุรามีบทบาทมากมายในการดำเนินชีวิตของคนไทย แต่ในขณะเดียวกัน การดื่มสุราก็เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจมากมายเช่นกัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย และไม่เลือกกลุ่มอาชีพหรือฐานะทางสังคม

การดื่มสุราของประชากรไทย

จากรายงานระบบข้อมูลและสถิติขององค์กรอนามัยโลก ประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีค่าเฉลี่ยของปริมาณสุราที่ดื่มต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ (คิดต่อจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปรวมทั้งผู้ดื่มและผู้ไม่ดื่ม) อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2551-2553 ปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรไทยเท่ากับ 7.1 ลิตรของแอลกอออล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (ภาพที่ 2.1)[6] ซึ่งเป็นค่าที่ค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลาห้าปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2548[7] ทั้งนี้ประชากรไทยผู้ชายร้อยละ 51.8 และผู้หญิงร้อยละ 87.5 ไม่ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา[8] ดังนั้น ถ้าคิดเฉพาะคนที่ดื่มสุรา ปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ 23.90 ลิตรต่อผู้ดื่มหนึ่งคนต่อปี[6] ประชากรไทยนิยมดื่มเหล้ามากที่สุด โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 72.60 ของปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากร ส่วนเบียร์เป็นร้อยละ 27.1 และไวน์ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ[9]

เมื่อดูตามดัชนีคะแนนแบบแผนการดื่ม (Patterns of drinking score) ซึ่งเป็นคะแนนที่สะท้อนว่าประชาชนในประเทศนั้นดื่มอย่างไรและดื่มมากน้อยเพียงไร โดยวัดจากตัวแปรหกตัวได้แก่ ปริมาณสุราที่ดื่มในช่วงปกติต่อครั้ง การดื่มในเทศกาล สัดส่วนของกิจกรรมดื่มสุราที่มีคนดื่มแล้วเมา สัดส่วนของผู้ดื่มสุราซึ่งดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน การดื่มพร้อมมื้ออาหาร และการดื่มในที่สาธารณะ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 แสดงว่าประเทศนั้นมีแบบแผนการดื่มแบบเสี่ยงอันตรายสูงมากซึ่งสัมพันธ์กับภาระโรคจากการดื่มสุราด้วย และคะแนน 1 เท่ากับแบบแผนการดื่มที่เสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีดัชนีแบบแผนการดื่มนี้เท่ากับ 3 หรือเทียบเท่าระดับปานกลาง[10]



ภาพที่ 2.1 แผนที่แสดงปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ (Adult per capita alcohol consumption) ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)

คัดมาโดยได้รับอนุญาตจาก World Health Organization, 2013. Recorded and unrecorded alcohol per capita consumption of pure alcohol (in litres), 2005. Global Information System on Alcohol and Health.[6]

การสำรวจการดื่มสุราในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการสำรวจเชิงระบาดวิทยาที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือผลกระทบจากการดื่มสุราหลายโครงการ ในที่นี้จะกล่าวถึงโครงการสำรวจระดับชาติที่ดำเนินการซ้ำหลายครั้งในระยะสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นโครงการที่ให้ข้อมูลความชุกและแบบแผนของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราที่สะท้อนภาพรวมของประเทศไทยได้เป็นอย่างดี

โครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550[11] โครงการนี้เป็นการสำรวจครัวเรือนที่เป็นตัวแทนระดับชาติซึ่งพบว่า ประชากรอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 16.9 ล้านคนหรือร้อยละ 37 ของคนวัยนี้เคยดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ในจำนวนนี้ ประชากร 13.2 ล้านคนหรือร้อยละ 28.4 ดื่มสุราภายใน 1 ปีที่ผ่านมา และ 10.5 ล้านคนหรือร้อยละ 22.7 ดื่มสุราภายใน 30 วันที่ผ่านมา โดยคิดเป็นประชากรชายประมาณ 8.5 ล้านคน (ร้อยละ 41) และประชากรหญิงประมาณ 2 ล้านคน (ร้อยละ 7.8)[12,13] อัตราการดื่มสุรามีความแตกต่างกันระหว่างประชากรในแต่ละภาค อัตราการดื่มสูงสุดอยู่ในกรุงเทพฯ ต่ำสุดอยู่ในภาคใต้ แต่ผู้หญิงในภาคเหนือมีอัตราการดื่มในหนึ่งปีที่ผ่านมาสูงสุด ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการเข้าถึงสุรา

จากการสำรวจซ้ำในลักษณะเดียวกันในปี พ.ศ. 2554 พบว่าความชุกของการดื่มสุราของประชากรไทยลดลงเล็กน้อย โดยผลสำรวจในปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรทั่วประเทศอายุ 12-65 ปี ประมาณ 12.4 ล้านคนหรือร้อยละ 25.6 ของคนวัยนี้ดื่มสุราภายใน 1 ปีที่ผ่านมา แต่จำนวนประชากรที่ดื่มสุราเป็นประจำในเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมากลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ ประชากรชายประมาณ 4.2 ล้านคน และประชากรหญิงประมาณ 0.7 ล้านคนดื่มสุราอย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ตามลำดับ[14]

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุรา 17.0 ล้านคนหรือร้อยละ 31.5 โดยผู้ชายดื่มสุรามากกว่าผู้หญิงประมาณห้าเท่า และประชากรกลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น คือร้อยละ 37.3 ของคนวัยนี้ กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) มีความชุกของการดื่มสุราร้อยละ 23.7 สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีผู้ดื่มร้อยละ 16.6 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการดื่มสุราของประชากรในภาพรวมในรอบสิบปี (พ.ศ. 2544-2554) พบว่าในช่วงเจ็ดปีแรก (พ.ศ. 2544-2550) อัตราการดื่มสุรามีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี คือจากร้อยละ 32.7 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 29.3 ในปี 2550 แต่ในปี พ.ศ. 2552 อัตราดังกล่าวกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.0 และลดลงอีกเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 31.5[15] อย่างไรก็ตาม เมื่อดูอัตราการดื่มเป็นประจำ (ดื่มทุกวัน ดื่มเกือบทุกวัน ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือดื่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน) กลับพบว่าอัตราดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปี (จากผลการสำรวจ พ.ศ. 2539, 2544, 2547, 2549 และ 2550) จากร้อยละ 28.3 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 37.7 ในปี พ.ศ. 2550 ในผู้ชาย และร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 3.8 ในผู้หญิง และที่สำคัญก็คือ อัตราการดื่มเป็นประจำในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เพิ่มขึ้นสูงอย่างชัดเจน คือกลุ่มอายุ 15-19 ปี เพิ่มจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.0 และกลุ่มอายุ 20-24 ปี เพิ่มจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 21.6 ตามลำดับ[16]

โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ดำเนินการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ความชุกของการดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 45.3 (ชายร้อยละ 65.5 และหญิงร้อยละ 26.1) ประชาชนกลุ่มอายุ 30-44 ปีมีอัตราการดื่มสูงที่สุด (รวมร้อยละ 52.2 เป็นชายร้อยละ 74.9 และหญิงร้อยละ 31.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี (รวมร้อยละ 49.0 เป็นชายร้อยละ 68.9 และหญิงร้อยละ 26.3)[17]

จะเห็นว่าการสำรวจระดับชาติทั้งสามโครงการซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาใกล้เคียงกันให้ผลที่สอดคล้องกัน คือ ประชากรไทยที่เคยดื่มสุรามีประมาณ 15-17 ล้านคน อัตราการดื่มในผู้ชายสูงกว่าในผู้หญิง แต่ในปัจจุบันประชากรเพศหญิงและวัยรุ่นมีอัตราการดื่มสุราสูงพอสมควร ซึ่งอาจจะสะท้อนสถานการณ์การดื่มสุราในสังคมไทย ว่าการดื่มสุราในผู้หญิงได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้น และวัยรุ่นจำนวนมากสามารถเข้าถึงสุราได้ นอกจากนั้น ในจำนวนผู้ดื่มสุรา ความชุกของการดื่มแบบเสี่ยงอันตรายขึ้นไปซึ่งแสดงถึงภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรามีอัตราค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราตามมา

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายกำหนดอายุต่ำสุดของประชากรที่จะดื่มสุราได้ แต่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของเด็กและเยาวชนสองฉบับ ฉบับหนึ่งคือพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546[18] มาตรา 25 มีเนื้อความโดยย่อว่า "ผู้ปกครองต้องไม่กระทำการดังต่อไปนี้... (ข้อ 10) จำหน่าย แลกเปลี่ยน หรือให้สุราหรือบุหรี่แก่เด็ก เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์" โดย "เด็ก" หมายความว่า "บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส" อีกฉบับหนึ่งคือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551[19] มาตรา 29 "ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้ (1) บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์..." (กฎหมายเดิมกำหนดที่อายุ 18 ปี) กฎหมายทั้งสองฉบับนี้น่าจะเป็นหลักเกณฑ์ของสังคมไทยได้ว่า ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ยังไม่ควรดื่มสุรา หรือผู้ดื่มสุราที่อายุน้อยกว่า 20 ปีเป็นเยาวชนอายุก่อนเกณฑ์ที่จะดื่มสุราตามกฎหมาย (underage drinking) แต่จากการสำรวจต่างๆ กลับพบว่ามีวัยรุ่นเคยดื่มสุราและดื่มเป็นประจำเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสาธารณสุขและสังคมที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแลป้องกัน

การสำรวจการดื่มสุราในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โครงการนี้ดำเนินการเป็นสองระยะ ระยะแรกตั้งแต่ปีการศึกษา 2545-2548 ดำเนินการสำรวจต่อเนื่องสี่ปีติดกันในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 3, 5 และนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในโรงเรียนเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้[20] และระยะที่สองดำเนินการสำรวจในโรงเรียนทั่วประเทศ ในปีการศึกษา 2550 และ 2552[21,22] ผลการศึกษาจากโครงการนี้ช่วยยืนยันความชุกของการดื่มสุราในเยาวชนอายุก่อนเกณฑ์ โดยพบว่า ในการสำรวจทั่วประเทศในปีการศึกษา 2550 นักเรียนชายร้อยละ 39.8 และนักเรียนหญิงร้อยละ 24.5 เคยดื่มสุราในชีวิตที่ผ่านมา และนักเรียนชายร้อยละ 26.8 และนักเรียนหญิงร้อยละ 14.6 ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งหน่วยมาตรฐานในหนึ่งปีที่ผ่านมา[23] อัตราเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในการสำรวจแบบเดียวกันในปีการศึกษา 2552 ซึ่งพบว่าอัตราการดื่มในชีวิตในนักเรียนชายเท่ากับร้อยละ 43.1 และในนักเรียนหญิงเท่ากับร้อยละ 26.9 ส่วนอัตราการดื่มในหนึ่งปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 37.9 และร้อยละ 22.5 ในนักเรียนชายและหญิงตามลำดับ นอกจากนี้สิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือ อัตราการดื่มหนักต่อครั้งซึ่งหมายถึงการดื่มมากกว่าห้าหน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อครั้งใน 30 วันที่ผ่านมา สูงถึงร้อยละ 11.2 และร้อยละ 3.3 ในนักเรียนชายและหญิงตามลำดับ ซึ่งการดื่มหนักต่อครั้งในเยาวชนเป็นรูปแบบการดื่มที่สัมพันธ์กับอันตรายอย่างมีนัยสำคัญ เพราะอาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ และพฤติกรรมทางเพศอย่างไม่ปลอดภัย เป็นต้น[22]

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างนักเรียนในภาคใต้จากการสำรวจสี่ครั้งในปีการศึกษา 2546, 2548, 2550 และ 2552 พบว่าการดื่มสุราของนักเรียนมัธยมโดยรวมมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนที่เรียนชั้นสูงกว่ามีอัตราการดื่มสุราสูงกว่านักเรียนในชั้นต่ำกว่า ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการดื่มสุราของนักเรียนคือ ผลการเรียน โดยนักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าจะมีโอกาสที่จะดื่มสุราสูงกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยมากกว่าประมาณ 1.5 เท่า (odds ratio 1.51, 95% CI: 1.30, 1.75)[24]

นอกจากข้อมูลเรื่องการดื่มสุราแล้วโครงการนี้ยังพบว่านักเรียนมัธยมในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหลายพฤติกรรม เช่น การขับขี่จักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย (ความชุกใน 12 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 72) การไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะนั่งในรถยนต์ (ร้อยละ 78) การพกพาอาวุธ (ร้อยละ 7.6) การต่อสู้จนร่างกายได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 14.0) และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (ร้อยละ 7.0) เป็นต้น[25]

แบบแผนการดื่มสุราของคนไทย

จากผลการสำรวจการดื่มสุราในประชากรไทยหลายโครงการ ได้ข้อมูลที่ตรงกันว่า ความชุกของการดื่มสุราในประชากรไทยไม่ได้สูงมากนักเมื่อเทียบกับประชากรในประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศในซีกโลกตะวันตก และประเทศในทวีปเอเชียบางประเทศ ได้แก่ จีน เกาหลี และญี่ปุ่น เป็นต้น ประเทศไทยจึงถูกจัดว่าเป็นประเทศที่มีความชุกของผู้ดื่มสุราในระดับต่ำถึงปานกลาง[8] อย่างไรก็ตาม เมื่อดูแบบแผนการดื่มของคนไทย กลับพบว่า คนไทยที่ดื่มสุราจะดื่มในปริมาณค่อนข้างมากในแต่ละครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชาย จากผลการศึกษาของโครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2550 โดยเก็บข้อมูลปริมาณการดื่มอย่างละเอียดโดยใช้คำถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือสอบถามปริมาณการดื่มแบบสามระดับ (modified Tri-level method)[26] พบว่าประชากรชายไทยอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศที่ดื่มสุราในหนึ่งปีที่ผ่านมามากกว่าครึ่งหนึ่งดื่มสุราอย่างน้อย 50.75 กรัมต่อวันที่ดื่ม (ประมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐาน) และประชากรหญิงมากกว่าครึ่งหนึ่งดื่มอย่างน้อย 25.36 กรัมต่อวันที่ดื่ม (2.5 หน่วยดื่มมาตรฐาน) ซึ่งเป็นปริมาณที่จัดว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยงอันตรายปานกลางขึ้นไป (moderate risk) ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย (ตารางที่ 2.2) ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงจากการดื่มสุราที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก[27] ดังที่กล่าวไว้แล้วในบทที่ 1 (ตารางที่ 1.1)

ในจำนวนประชากรที่ดื่มสุราภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ประชากรชายร้อยละ 33.6 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน และประชากรหญิงร้อยละ 13.7 หรือประมาณ 0.42 ล้านคนดื่มสุราอย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ และที่น่าเป็นห่วงก็คือ ประชากรวัยรุ่นชายอายุระหว่าง 12-19 ปีถึงร้อยละ 21.3 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 3.4 รายงานว่าดื่มสุราเกือบทุกวัน (อย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์) ในเวลา 1 ปีที่ผ่านมา[12]

ตารางที่ 2.2 ดัชนีการดื่มสุราของประชากรไทย จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2550[12]

			ชาย		
อายุ (ปี)	12-19	20-24	25-44	45-65	รวม
ปริมาณต่อวัน[1]	6.78	9.12	11.95	8.81	10.14
ปริมาณต่อวันดื่ม[2]	52.34	54.38	52.50	47.58	50.75
			หญิง		
อายุ (ปี)	12-19	20-24	25-44	45-65	รวม
ปริมาณต่อวัน[1]	0.58	1.71	1.30	1.96	1.35
ปริมาณต่อวันดื่ม[2]	29.08	31.01	25.38	24.98	25.38

[1] ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวัน (average daily consumption) (กรัม/วัน) คิดจากปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มรวมทั้งปีหารด้วย 365

[2] ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวันที่ดื่ม (average drinking intensity) (กรัม/วันที่ดื่ม) คิดจากปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มรวมทั้งปีหารด้วยจำนวนวันที่ดื่มในหนึ่งปี

บรรทัดฐานการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2550

จากข้อมูลของการสำรวจระดับชาติของโครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2550 ผู้นิพนธ์ได้นำมาสร้างเป็นตารางแสดงอัตราการดื่มสุราในปริมาณต่างๆ ของประชากรไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (ตารางที่ 2.3 และ 2.4) ซึ่งสามารถใช้เป็นค่าแสดงบรรทัดฐานของปริมาณการดื่มสุราในประชากรไทยทั่วไป ปี พ.ศ. 2550 ได้ ข้อมูลในตารางนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินสถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทย และใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยในเวชปฏิบัติได้ เช่น ในการให้ข้อมูลบรรทัดฐานเพื่อสะท้อนกลับแก่ผู้ป่วย (normative feedback) เพื่อให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการดื่มของตนเองกับคนอื่นในเพศและกลุ่มอายุเดียวกัน ในกระบวนการบำบัดรักษาเพื่อลดละเลิกดื่มสุรา เช่น ในการบำบัดอย่างย่อ (brief intervention) หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) เป็นต้น[13]

จากตารางที่ 2.3 จะเห็นว่า ประชากรชายร้อยละ 22 ดื่มในระดับที่จัดว่าเสี่ยงอันตรายขึ้นไป (4 หน่วยขึ้นไปต่อวัน) และประชากรหญิงร้อยละ 5 ดื่มในระดับเสี่ยงอันตรายขึ้นไปเช่นกัน (2 หน่วยขึ้นไปต่อวัน) ประชากรชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20-39 ปี มีอัตราการดื่มระดับเสี่ยงอันตรายสูงที่สุด (ร้อยละ 27-31) ส่วนประชากรหญิงอายุ 20-34 ปีและ 40-44 ปีต่างมีอัตราการดื่มระดับเสี่ยงอันตรายสูงที่สุด (ร้อยละ 6-7) จากตารางที่ 2.4 แสดงว่า ประชากรชายไทยครึ่งหนึ่ง (น้อยกว่าร้อยละ 50) ดื่มสุราน้อยกว่า 5 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน และประชากรหญิงครึ่งหนึ่งดื่มสุราน้อยกว่า 2.54 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน ประชากรชายร้อยละ 25 ดื่มสุราตั้งแต่ 10 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปโดยเฉลี่ยต่อวัน และตัวเลขดังกล่าวในประชากรหญิงเท่ากับ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน

ข้อมูลเหล่านี้สรุปได้ว่า ถึงแม้ว่าประชากรไทยจะมีความชุกของการดื่มสุราไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับประชากรชาติอื่นๆ แต่ผู้ดื่มสุราชาวไทยส่วนใหญ่จะดื่มค่อนข้างมากและบ่อย ซึ่งเป็นการดื่มที่อยู่ในระดับเสี่ยงอันตราย ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย รวมทั้งในวัยรุ่นหรือเยาวชน

ปัญหาสุขภาพและสังคมที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในประเทศไทย

ภาระโรคจากการดื่มสุรา

ในการศึกษาภาระโรคของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่าความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol dependence และ harmful use) เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรชายไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากทุกโรค ค่าดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2547 (ร้อยละ 3.6) และ พ.ศ. 2542 (ร้อยละ 1.6) อย่างชัดเจน โดย “การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” (ใช้ศัพท์เหมือนต้นฉบับ) เป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชาย (DALY = 506,000 ปี หรือร้อยละ 8.7 ของการสูญเสียจากทุกโรค) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ การเสพติดสุราเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชายอายุ 15-29 ปี และ 30-59 ปี และเมื่อจำแนกสัดส่วนของการสูญเสีย การเสพติดสุราเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาพดีจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD = 467,000 ปี หรือร้อยละ 22.6 ของการสูญเสียปีสุขภาพดีจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากทุกโรค) และเป็นสาเหตุอันดับที่ 20 ของความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรชาย (YLL = 38,000 ปีหรือร้อยละ 1.0 ของความสูญเสียจากทุกสาเหตุ)[28]

ตารางที่ 2.3 ร้อยละสะสมของประชากรไทยที่ดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มต่อวัน (หน่วยดื่มมาตรฐาน) และกลุ่มอายุ[13]

	จำนวนหน่วยมาตรฐานที่ดื่มต่อวัน ในหนึ่งปีที่ผ่านมาในผู้ชาย						จำนวนหน่วยมาตรฐานที่ดื่มต่อวัน ในหนึ่งปีที่ผ่านมาในผู้หญิง					
อายุ	0	≤1	2-3	4-5	6-9	≥10	0	≤1	2-3	4-5	6-9	≥10
ทั้งหมด	57%	58%	70%	78%	89%	100%	90%	91%	95%	97%	99%	100%
11-14 ปี	97%	98%	99%	99.5%	100%	100%	98%	98%	99%	99.5%	100%	100%
15-17 ปี	84%	85%	90%	93%	96%	100%	94%	94%	97%	98%	99%	100%
18-19 ปี	61%	62%	73%	76%	87%	100%	88%	89%	95%	96%	98%	100%
20-25 ปี	48%	49%	63%	71%	85%	100%	88%	89%	94%	96%	98%	100%
26-29 ปี	47%	48%	63%	73%	87%	100%	87%	88%	93%	95%	98%	100%
30-34 ปี	43%	44%	59%	69%	85%	100%	85%	86%	93%	96%	99%	100%
35-39 ปี	46%	47%	61%	71%	85%	100%	86%	87%	95%	97%	99%	100%
40-44 ปี	49%	51%	66%	75%	87%	100%	87%	88%	94%	96%	98%	100%
45-49 ปี	49%	51%	64%	75%	88%	100%	89%	90%	95%	97%	99%	100%
50-54 ปี	55%	57%	70%	80%	91%	100%	90%	91%	96%	98%	99%	100%
55-59 ปี	59%	61%	74%	83%	93%	100%	91%	92%	96%	98%	99%	100%
60-65 ปี	69%	70%	80%	90%	95%	100%	94%	95%	97%	98%	99%	100%

หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งประมาณเท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง ไวน์ 1 แก้ว (100 มล.) หรือวิสกี้/เหล้าขาว 1 ถ้วย (25-30 มล.)

ตารางที่ 2.4 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน (คิดเป็นหน่วยดื่มมาตรฐาน) ของประชากรไทย เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25, 50 และ 75 จำแนกเพศและอายุ[13]

	ชาย			หญิง		
เปอรเซ็นไทล์	ที่ 25	ที่ 50	ที่ 75	ที่ 25	ที่ 50	ที่ 75
ทั้งหมด	2.54	5.00	9.98	1.53	2.54	5.15
11-14 ปี	1.52	2.39	4.24	1.11	2.11	4.32
15-17 ปี	2.35	4.76	10.47	1.73	2.95	6.71
18-19 ปี	2.54	6.09	12.62	1.39	2.36	6.06
20-25 ปี	2.54	5.46	10.71	1.63	3.02	7.40
26-29 ปี	2.54	5.07	10.07	1.81	3.40	7.50
30-34 ปี	2.62	5.13	10.47	1.67	2.68	5.07
35-39 ปี	2.70	5.23	10.47	1.48	2.48	4.68
40-44 ปี	2.54	5.07	10.47	1.42	2.54	5.07
45-49 ปี	2.71	5.07	10.15	1.32	2.54	4.76
50-54 ปี	2.54	4.76	8.36	1.56	2.54	4.76
55-59 ปี	2.52	4.36	8.06	1.47	2.62	4.76
60-65 ปี	1.90	3.38	6.32	1.51	2.70	4.76

ข้อมูลจากโครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550[11,13]

นอกจากนี้ การบริโภคสุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่ผิดกฎหมายเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง สองและสิบของภาระโรคในผู้ชาย โดยการบริโภคสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงให้ประชากรชายไทยทั้งประเทศสูญเสียปีสุขภาวะถึง 913,150 ปี (95% UI: 912,850, 913,450) หรือร้อยละ 15.7 (95% UI: 15.71, 15.72) ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทุกชนิดในประชากรชายไทย ส่วนในประชากรหญิง การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่เก้า (74,190 ปี, 95% UI: 74,030, 74,350 คิดเป็นร้อยละ 1.69, 95% UI: 1.68, 1.69) ปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 1-3 ในผู้หญิง ได้แก่ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย[29]

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มสุรา

เมื่อพิจารณาความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มสุรา พบว่าต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มสุราในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 156,105.4 ล้านบาท โดยแยกเป็นต้นทุนทางอ้อม ซึ่งเกิดจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานและการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน เป็นมูลค่าสูงถึง 149,592.5 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 95.8 ของต้นทุนทั้งหมด) และเป็นต้นทุนทางตรง ซึ่งจำแนกเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้อง คิดเป็นมูลค่า 6,512.9 ล้านบาท[30]

ความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol-use disorders)

จากผลการสำรวจครัวเรือนระดับชาติของโครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้คะแนนของแบบคัดกรอง Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ฉบับภาษาไทย[31] ประชากรไทยอายุ 12-65 ปีประมาณ 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 6.7 ของประชากรวัยนี้จัดได้ว่าเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง (AUDIT = 8-15) ประมาณ 0.39 ล้านคนหรือร้อยละ 0.9 จัดได้ว่าเป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงสูง (AUDIT = 16-19) และอีกประมาณ 0.23 ล้านคนหรือร้อยละ 0.6 เป็นผู้ดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจจะมีภาวะเสพติดสุราก็ได้ (AUDIT $\geq$ 20) อัตราความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุรา (ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปหรือ AUDIT $\geq$ 8) ในประชากรชายสูงกว่าในประชากรหญิงมากถึงประมาณ 3 เท่า โดยในกลุ่มประชากรชายความชุกสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 25-44 ปี (คิดเป็นร้อยละ 21.8 ของประชากรชายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้) ในประชากรผู้หญิง ความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุราสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20-24 ปี) ซึ่งเท่ากับร้อยละ 2.5 นอกจากนี้ ประชากรกลุ่มนี้ประมาณเจ็ดพันคน มีความเสี่ยงระดับอันตรายมากซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นผู้ติดสุรา (ตารางที่ 2.5)[12]

เมื่อดูอัตราความชุกดังกล่าวจากผลการสำรวจซ้ำในปี พ.ศ. 2554 พบว่าอัตราความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุราที่คิดจากคะแนนของ AUDIT เพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 โดยในปี พ.ศ. 2554 ความชุกของการดื่มแบบเสี่ยงปานกลางในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรไทยอายุ 12-65 ปี เท่ากับร้อยละ 8.1 (คิดเป็นประชากรประมาณ 3.9 ล้านคน) ความชุกของการดื่มสุราแบบเสี่ยงสูงเท่ากับร้อยละ 1.4 (ประมาณ 0.72 ล้านคน) และความชุกของการดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจจะมีภาวะเสพติดสุราเท่ากับร้อยละ 0.6 (ประมาณ 0.31 ล้านคน)[14]

จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติปี พ.ศ. 2551 ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.) module J เพื่อการ

วินิจฉัยภาวะติดสุรา (alcohol dependence) และภาวะการดื่มสุราแบบผิดแผน (alcohol abuse) ในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบว่าความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 10.9 (95% CI: 10.1, 11.7) หรือประมาณ 5.3 ล้านคน แบ่งเป็นความชุกของภาวะดื่มสุราแบบผิดแผนเท่ากับร้อยละ 4.2 (95% CI: 3.8, 4.8) หรือประมาณ 2.1 ล้านคน และภาวะติดสุราร้อยละ 6.6 (95% CI: 6.0, 7.2) หรือประมาณ 3.2 ล้านคนตามลำดับ ความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเกือบ 9 เท่า ความชุกสูงสุดอยู่ในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 25-34 ปี (ร้อยละ 32) รองลงมาคืออายุระหว่าง 15-24 ปี (ร้อยละ 23) นอกจากนี้ พบว่าประชากรที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราร้อยละ 7.1 มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย โดยโรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ โรคอารมณ์แปรปรวน (ร้อยละ 4.6) รองลงมาคือโรควิตกกังวล (ร้อยละ 2.8) ส่วนโรคอื่นๆ ที่พบร่วมด้วยได้แก่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เป็นต้น[32]

ตารางที่ 2.5 จำนวน (ล้านคน) และร้อยละของความผิดปกติจากการดื่มสุรา จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุของประชาชนไทย พ.ศ. 2550[12]

	อายุ 12-19 ปี		อายุ 20-24 ปี		อายุ 25-44 ปี		อายุ 45-65 ปี		รวม	
ชาย	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**
เสี่ยงน้อย	0.385	(93.9)	0.558	(79.9)	2.920	(78.2)	2.668	(85.3)	6.532	(83.5)
เสี่ยงปานกลาง	0.154	(4.7)	0.242	(17.1)	1.434	(17.7)	0.954	(12.1)	2.786	(13.5)
เสี่ยงมาก	0.026	(0.8)	0.023	(1.7)	0.200	(2.5)	0.135	(1.7)	0.386	(1.9)
อันตราย/เสพติด	0.017	(0.5)	0.018	(1.3)	0.129	(1.6)	0.068	(0.9)	0.233	(1.1)
หญิง	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**	**ล้าน**	**ร้อยละ**
เสี่ยงน้อย	0.231	(98.8)	0.223	(97.5)	1.455	(98.5)	0.897	(98.6)	2.808	(98.6)
เสี่ยงปานกลาง	0.036	(0.9)	0.032	(1.9)	0.129	(1.2)	0.106	(1.1)	0.305	(1.2)
เสี่ยงมาก	0.006	(0.2)	0.003	(0.2)	0.016	(0.2)	0.014	(0.2)	0.041	(0.2)
อันตราย/เสพติด	0.001	(0.03)	0.006	(0.4)	0.011	(0.1)	0.007	(0.08)	0.026	(0.1)

ร้อยละคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมดในกลุ่มอายุและเพศนั้น

เสี่ยงน้อย = AUDIT 0-7 คะแนน เสี่ยงปานกลาง = AUDIT 8-15 คะแนน

เสี่ยงมาก = AUDIT 16-19 คะแนน อันตราย/เสพติด = AUDIT ≥20 คะแนน

ปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

การดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ทั้งกับตัวผู้ดื่มเองและกับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดื่ม ผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่ที่ตอบคำถามในการสำรวจของโครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ในปี พ.ศ. 2550 รายงานว่าเคยมีปัญหาจากการดื่มสุรา ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดสามอันดับแรก คือ ปัญหาการทำงานการเรียนหรือการจ้างงาน ปัญหาการเงิน และความรู้สึกผิดหรือไม่สบายใจหลังจากดื่มสุรา ในกลุ่มวัยรุ่นชายอายุ 12-19 ปี ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การทะเลาะวิวาทหลังดื่มสุรา (ร้อยละ 26.1) ส่วนในวัยรุ่นหญิงรายงานความรู้สึกผิดเสียใจหลังการดื่มมากที่สุด ประชากรสูงอายุ (45-65 ปี) รายงานปัญหาจากการดื่มสุราน้อยกว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดในวัยนี้ทั้งชายและหญิงคือปัญหาสุขภาพ ในขณะที่ประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-44 ปี) รายงานว่ามีปัญหาการเงินมากที่สุด[12] ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การดื่มสุราก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดื่มอย่างรุนแรง โดยการรับรู้หรือความตระหนักว่าผลกระทบใดมีความสำคัญต่อตนเองมากที่สุดขึ้นอยู่กับเพศและวัยของผู้ดื่มสุรา

การดื่มสุราไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดปัญหาโดยตรงกับตัวผู้ดื่ม แต่ยังอาจทำให้เกิดปัญหากับบุคคลอื่นๆ รอบข้างของผู้ดื่มได้ เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง หรือเพื่อนร่วมงาน หรือแม้แต่กับคนที่ผู้ดื่มไม่เคยรู้จักกันมาก่อนก็เป็นได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยของคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยจิตแพทย์และด้วยแบบคัดกรอง Newcastle Alcohol-Related Problem Scale (NAPS) ฉบับภาษาไทย[33,34] ในปี พ.ศ. 2533 ผู้ป่วยร้อยละ 7.5 ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุรา[35] ผู้ป่วยร้อยละ 56.4 เคยมีปัญหาจากสุรา ซึ่งอาจจะเกิดจากการดื่มของตนเองโดยตรงหรือทางอ้อมจากการดื่มของผู้อื่นก็ได้ ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาด้านอารมณ์ (ร้อยละ 42) เช่น ทำให้รู้สึกโกรธ หงุดหงิดรำคาญใจ เครียด ไม่สบายใจ เป็นกังวล และซึมเศร้า รองลงมาคือปัญหาด้านสังคม (ร้อยละ 21.6) เช่น ความไม่พอใจซึ่งกันและกันกับผู้ใกล้ชิด การทะเลาะเบาะแว้งกัน การตำหนิติเตียน และการข่มขู่คุกคาม ส่วนปัญหาด้านที่พบน้อยที่สุดคืออุบัติเหตุและการบาดเจ็บที่เป็นผลจากการดื่มของตนเองและผู้ดื่มคนอื่น (ร้อยละ 1.2)[36] สถิติที่รายงานนี้อาจจะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงก็ได้ แต่โดยรวม ข้อมูลเหล่านี้ยิ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของผลกระทบของสุราทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

การดื่มสุราสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ ในเยาวชนไทยอย่างมีนัยสำคัญ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ดื่มสุรามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การทะเลาะวิวาท การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีอารมณ์ซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้ดื่มสุราสองถึงสี่เท่า นักเรียนที่ทั้งดื่มสุราและสูบบุหรี่หรือยาสูบในปีที่ผ่านมาจะยิ่งมีความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวหรือไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เลย และความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรา และ/หรือการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเหล่านี้มีความแตกต่างระหว่างเพศด้วย โดยพบว่านักเรียนชายมีอัตราการดื่ม

สุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย และการทะเลาะวิวาทสูงกว่านักเรียนหญิง แต่นักเรียนหญิงที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือใช้สารทั้งสองชนิดกลับมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดและทะเลาะวิวาทสูงกว่าในนักเรียนชาย แสดงว่าสุราหรือยาสูบอาจจะมีบทบาทเป็นสารตัวแรกก่อนจะเริ่มใช้สารเสพติดชนิดอื่น หรือจากคุณสมบัติที่เป็นสารกดประสาทของแอลกอฮอล์อาจจะไปลดความยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเองทำให้เยาวชนเหล่านี้มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น โดยคุณสมบัติดังกล่าวมีผลรุนแรงในนักเรียนหญิง[37]

อุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

ข้อมูลจากสถิติจราจรทางบกระหว่างปี พ.ศ. 2538-2554 พบว่าจำนวนการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนสูงสุดในปี พ.ศ. 2547 แล้วค่อยๆ ลดลง จนในปี พ.ศ. 2554 มีอุบัติเหตุ 68,582 ราย สัดส่วนของผู้ที่เสียชีวิตต่อจำนวนอุบัติเหตุคิดเป็นประมาณร้อยละ 30 สัดส่วนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสประมาณร้อยละ 13 และสัดส่วนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยเป็นร้อยละ 57 เมื่อจำแนกตามสาเหตุจากบุคคลในระบบการบันทึกข้อมูลคดีของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่าการเมาสุราเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ โดยคิดเป็นร้อยละ 13.3 ของคดีอุบัติเหตุจราจร อย่างไรก็ตามจะพบว่ามีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาโดยจำนวนคดีเมาสุราแล้วขับรถในปี พ.ศ. 2554 สูงสุดในเดือนที่เป็นเทศกาล คือเมษายนและมกราคม[38] โดยเฉลี่ยเท่ากับมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรวันละกว่า 30 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 40 สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคดีอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรากับจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก โดยพบว่าหากจำนวนคดีเมาแล้วขับเพิ่มหนึ่งคดี จะมีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น 5.6 ราย[39]

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้กระทำความผิดคดีเมาแล้วขับในวันที่ถูกจับกุมในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน พบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่กระทำความผิดคดีเมาแล้วขับมีระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจไม่น้อยกว่า 119.50 กรัมต่อลิตร โดยผู้กระทำความผิดที่อยู่ในกลุ่มอายุมากจะมีระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจสูงกว่าผู้กระทำความผิดที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อย[40]

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

จากที่กล่าวมาในบทนี้ จะเห็นว่าประเทศไทยมีการศึกษาเชิงระบาดวิทยาที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหลายโครงการ และยังมีระบบทะเบียนของหน่วยงานหลายหน่วยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่มสุราได้ เช่น ข้อมูลอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์สำหรับการเฝ้าระวังความชุกของการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราของประเทศ โดยบอกถึงสถานการณ์ปัญหาจากการดื่มสุรา

ของประเทศในช่วงเวลาหนึ่งๆ ใช้ทำนายแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัญหาในอนาคต ใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณภาระโรคจากการดื่มสุรา สำหรับการวางแผนนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย และยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลบรรทัดฐานการดื่มสุราสำหรับการให้ข้อมูลสะท้อนกลับในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา รวมทั้งยังเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไปได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าการศึกษาเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับการดื่มสุราและปัญหาที่เกี่ยวข้องยังมีโอกาสพัฒนาอีกมากมาย เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจน แม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

- การสำรวจระดับชาติส่วนใหญ่ให้เพียงข้อมูลเบื้องต้นของความชุกและแบบแผนของการดื่มสุรา ส่วนข้อมูลในด้านความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุรานั้น ยังไม่มีการสำรวจที่ให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคนี้ได้อย่างชัดเจน การสำรวจที่ผ่านมาให้เพียงข้อมูลของการดื่มแบบเสี่ยงตามเกณฑ์คะแนนของ AUDIT ซึ่งเป็นเพียงเครื่องมือคัดกรอง การสำรวจที่ให้ข้อมูลการวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากล เช่น ICD หรือ DSM จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงมากขึ้น สำหรับนำมาใช้ในการคำนวณภาระโรค หรือวางแผนนโยบายอื่นๆ ต่อไป
- ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการสำรวจปริมาณการดื่มสุราที่ให้ข้อมูลที่ละเอียดและแม่นยำมากขึ้น รวมทั้งการสำรวจปริมาณการดื่มสุรานอกระบบ และผลกระทบจากการดื่มสุรา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นบรรทัดฐานของประชากรไทย สำหรับนำไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ หรือในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ต่อไป
- ควรมีการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุรา เช่น ระบบข้อมูลอุบัติเหตุจราจร ระบบข้อมูลการจำแนกโรคและการเจ็บป่วย ระบบข้อมูลผู้กระทำผิดคดีขับรถหลังดื่มสุรา เป็นต้น ระบบข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการติดตามสถานการณ์ปัญหาจากการดื่มสุรา และใช้ทำนายแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เพราะเป็นข้อมูลที่จัดเก็บเป็นประจำเป็นเวลานานหลายปี แต่คุณภาพของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งในด้านความถูกต้องของข้อมูล วิธีการบันทึกข้อมูล และความสะดวกในการดึงข้อมูลออกมาประมวลและรายงานผล
- ประชากรไทยที่ดื่มสุรามีจำนวนไม่มาก แต่ผู้ดื่มส่วนใหญ่ดื่มปริมาณสูง ซึ่งจัดว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยงอันตราย เยาวชนและผู้หญิงเริ่มดื่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีต แบบแผนการดื่มของคนแต่ละเพศและวัยมีความแตกต่างกัน ควรนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนมาตรการป้องกันเชิงสาธารณสุขที่มีความจำเพาะกับประชากรเป้าหมาย โดยคำนึงถึงแบบแผนการดื่มและผลกระทบที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382:1575-86.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2163-96.
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380:2224-60.
5. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction 2010;105:817-43.
6. World Health Organization. Recorded and unrecorded alcohol per capita consumption of pure alcohol (in litres), 2005. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Feb 25]; Available from: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/consumption_2005/atlas.html.
7. World Health Organization. Level of consumption: Robust estimate of five year change 2001-2005 by country. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Feb 25]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1031?lang=en&showonly=GISAH.
8. World Health Organization. Patterns of Consumption: Abstainers, past 12 months by country. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Feb 25]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1042?lang=en&showonly=GISAH.
9. World Health Organization. Level of consumption: consumption of pure alcohol by type of beverage by country. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Feb 25]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1023?lang=en&showonly=GISAH.
10. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011: Country profile -Thailand. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2013 January 8]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/tha.pdf.

11. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2551.
12. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. Alcohol Alcohol 2010;45:278-85.
13. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. แบบแผนการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54:139s-52s.
14. กนิษฐา ไทยกล้า, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย: ผลจากการสำรวจในโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2555.
15. กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร ปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
16. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร, โศภิต นาสืบ, แววดาว พิมพ์พันธ์ดี, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2551. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
17. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 กรุงเทพฯ: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
18. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๐ ตอนที่ ๙๕ ก. (ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2546).
19. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๕ ตอนที่ ๓๓ ก. (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551).
20. Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Samangsri N, Mukthong A. Substance use among high-school students in Southern Thailand: trends over 3 years (2002-2004). Drug Alcohol Depend 2007;86:167-74.
21. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อโนชา หมึกทอง, ถนอมศรี อินทนนท์. รายงานผลโครงการวิจัยการเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย. สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้; 2551.
22. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อโนชา หมึกทอง, นิศานต์ สำอางศรี, อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย-ผลการสำรวจในปี 2552. สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้; 2553.

23. Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T. Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. Alcohol Clin Exp Res 2009;33:2037-46.
24. Tantirungsi N, Assanangkornchai S, Geater A. Trends and associated factors of alcohol consumption among southern Thai adolescents 2003-2009. Int J Alc Drug Res 2014; doi:http://dx.doi.org/10.7895/ijadr.vXiY.152.
25. Sam-angsri N, Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Muekthong A. Health-risk behaviors among high-school students in southern Thailand. J Med Assoc Thai 2010;93:1075-83.
26. Assanangkornchai S, Saunders JB, Conigrave KM. Patterns of drinking in Thai men. Alcohol Alcohol 2000;35:263-9.
27. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization; 2000.
28. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
29. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
30. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวนนณ, และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2551.
31. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev 2003;22:287-93.
32. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, มธุริน คำวงศ์ปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรนินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, บรรณาธิการ. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
33. Assanangkornchai S. Screening for alcohol-related problems in general practice. ASEAN J Psychiat 1994;4:17-28.
34. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. Validation of the Newcastle Alcohol-related Problem Scale in Thailand: a report of the pilot study. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 34:305-13.

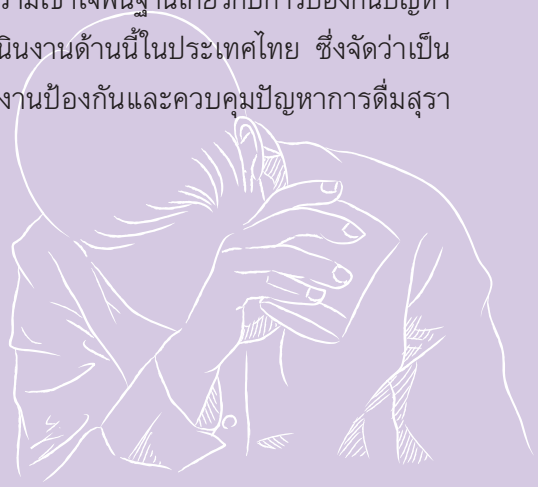
35. Assanangkornchai S. Drinking problem: a hidden problem in general practice. J Med Assoc Thai 1993;76:252-9.
36. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. Prevalence and predictors of alcohol-related problems in general practice. สงขลานครินทร์เวชสาร 2533;8:361-7.
37. Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF. Drinking-smoking status and health risk behaviors among high school students in Thailand. J Drug Educ 2012;42:177-93.
38. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2553. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
39. อภินันท์ อร่ามรัตน์, กนิษฐา ไทยกล้า. การศึกษานำร่องปัญหาและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้กระทำผิดเมาแล้วขับในเชียงใหม่และลำพูน. เชียงใหม่: ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ; 2553.

บทที่ 3

การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยนโยบายสุรา มาตรการลดการดื่มและป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า พร้อมกลไกทางนโยบายของมาตรการเหล่านี้ โปรแกรมป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมในครอบครัว โปรแกรมในโรงเรียนและโปรแกรมแบบหลายองค์ประกอบ การป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย เนื้อหาของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอออล์ พ.ศ. 2551 และยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ วัตถุประสงค์ของบทนี้ เพื่อให้จิตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการดื่มสุรา และทราบถึงการดำเนินงานด้านนี้ในประเทศไทย ซึ่งจัดว่าเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัญหาการดื่มสุราอย่างเข้มแข็งมาก



สาระสำคัญ

- นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาจากการดื่มสุราประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการศึกษา การให้บริการของบุคลากรสุขภาพ การจัดโปรแกรมในชุมชน นโยบายควบคุมการขับขี่ขณะมึนเมา การควบคุมการเข้าถึงสุรา การควบคุมการตลาดและโฆษณาสุรา นโยบายด้านภาษีและราคา การลดอันตราย และการลดปัญหาสาธารณสุขจากสุรานอกระบบ
- มาตรการที่ใช้จัดการกับปัญหาการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนมากที่สุดมี 12 มาตรการ ได้แก่ ภาษีสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำที่จะซื้อสุราได้ตามกฎหมาย การให้รัฐถือสัมปทานการจำหน่ายปลีกสุราแต่เพียงผู้เดียว การจำกัดการเข้าถึงสุรา การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะให้ต่ำลง การกำหนดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ที่เป็นเยาวชนให้ต่ำกว่าระดับของผู้ใหญ่ การตั้งด่านสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะ การพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ การออกใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะให้กับผู้ขับขี่หน้าใหม่แบบเป็นลำดับขั้น การบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง การรักษาภาวะขาดสุราด้วยการถอนพิษด้วยยาหรือจิตสังคมบำบัด และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- การป้องกันปัญหาการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่นมักใช้โปรแกรมแบบครอบจักรวาล เน้นการดำเนินงานในคอบครัวและในโรงเรียน หรือผสมผสานทั้งในครอบครัวโรงเรียนและพื้นที่อื่นๆ ด้วย เช่น ในชุมชน เป็นต้น
- การดำเนินงานที่สำคัญที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทยประกอบด้วย การออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของสุรา การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาและวันพระใหญ่ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ และยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

การดื่มสุราปริมาณมากเป็นประจำทำให้ผู้ดื่มมีปัญหาสุขภาพ นำไปสู่การดื่มแบบอันตรายและการติดสุรา ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการบาดเจ็บตามมาอีกมากมาย นอกจากนี้ทั้งตัวผู้ดื่มเองและครอบครัวยังมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาครอบครัวและปัญหาทางสังคมมากขึ้น เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง ครอบครัวแตกแยก ปัญหาการเรียน ปัญหาในที่ทำงาน ทำให้ขาดงาน ตกงาน หรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาอาชญากรรม และปัญหาการเงินได้อีกด้วย ซึ่งเพิ่มภาระในการดูแลสุขภาพและส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากมาย วิธีการที่ดีที่สุดในการลดความสูญเสียดังกล่าวคือ การป้องกันไม่ให้คนเริ่มดื่มสุราแบบเสี่ยง-แบบอันตราย จากที่กล่าวแล้วในบทที่ 1 ว่ามีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเริ่มดื่มสุรา และการคงดื่มต่อไปจนเกิดโรคติดสุราหรือปัญหาสุขภาพและสังคมอื่นๆ รวมทั้งคนแต่ละคนดื่มสุราด้วยเหตุผลและภายใต้สภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกัน การป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราจึงจัดเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งควรกำหนดและจัดการให้ครอบคลุมกับปัญหาทุกด้าน โดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทุกมิติมาพิจารณา และใช้มาตรการที่หลากหลายทั้งในด้านการควบคุมอุปทาน (supply) อุปสงค์ (demand) การควบคุมสภาพแวดล้อมของการดื่ม การดูแลรักษา และลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มสุรา

นโยบายสุรา

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของนโยบายสุรา (alcohol policy) ว่าเป็นชุดของมาตรการที่มุ่งหมายเพื่อทำให้อันตรายทางสุขภาพและสังคมจากการดื่มสุราเกิดขึ้นน้อยที่สุด[1] แต่ยังมีนโยบายอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกเรียกว่านโยบายสุรา เพราะไม่ได้กำหนดมาเพื่อการลดอันตรายจากการดื่มสุราโดยตรง แต่มีผลต่อการลดหรือเพิ่มปัญหาจากการดื่มสุราด้วย เช่น นโยบายด้านความปลอดภัยทางถนน ถึงแม้ว่านโยบายสุราหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จะถูกศึกษาในประเทศรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ แต่เนื่องจากการศึกษาเหล่านี้ทำมาภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎีเดียวกัน ทำให้สามารถนำผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของนโยบายไปใช้ในประเทศอื่นๆ ได้ทั่วโลก[1] อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่านโยบายเหล่านี้จะมีผลต่อการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราโดยตรง บริบทของสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่หรือประเทศก็มีส่วนอย่างมากที่ทำให้การดื่มสุราหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นหรือลดลง

Peter Anderson และคณะได้จัดกลุ่มนโยบายสุราหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาจากการดื่มสุราออกเป็น 9 กลุ่มตามเป้าประสงค์ของนโยบาย[2] ได้แก่

เป้าประสงค์ที่ 1: การให้ข้อมูลข้อสนเทศและการศึกษา การให้ข้อมูลและการศึกษาจะช่วยเพิ่มการตระหนักรู้และความรู้แก่ประชาชนผู้รับนโยบาย แต่ในสังคมที่มีข้อมูลด้านอื่นจำนวนมาก เช่น การตลาดและการโฆษณาสุรา บรรทัดฐานสังคมที่สนับสนุนการดื่มสุรา และเข้าถึงสุราได้ง่าย การให้ข้อมูลและความรู้มักไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร มาตราการตามเป้าประสงค์นี้ได้แก่

การให้ความรู้ในโรงเรียน การให้ความรู้แก่พ่อแม่ การตลาดเชิงสังคม (social marketing) การรณรงค์สาธารณะ การโฆษณาแก้ต่าง (counter-advertising) แนวทางการดื่ม (drinking guidelines) และคำเตือนด้านสุขภาพบนฉลากบรรจุภัณฑ์สุรา หลักฐานทางวิชาการส่วนใหญ่สรุปว่ามาตรการเหล่านี้มีประสิทธิภาพต่ำ หรือบางมาตรการเช่น การให้ความรู้ในโรงเรียนอาจมีผลในการเปลี่ยนแปลงเจตคติของนักเรียนแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในระยะยาว[3]

เป้าประสงค์ที่ 2: การให้บริการโดยบุคลากรสุขภาพ การแนะนำแบบย่อ (brief advice) เป็นวิธีการรักษาที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด และการศึกษาต่างๆ ยังระบุว่าการบำบัดแบบย่อ (brief intervention) ที่มีความเข้มข้นมากขึ้นไม่ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดที่มีความเข้มข้นน้อยกว่า การค้นหาและให้การบำบัดตั้งแต่เริ่มแรกจึงเป็นมาตรการที่ได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดบริการในประเทศต่างๆ ทั่วโลก[4] สำหรับการให้บริการสุขภาพกับคนที่ติดสุราหรือมีปัญหารุนแรงแล้วนั้น มีหลักฐานทางวิชาการมากมายที่สนับสนุนประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัด[5]

เป้าประสงค์ที่ 3: โปรแกรมในชุมชน โปรแกรมในชุมชนรวมถึง การรณรงค์ให้ความรู้ การใช้สื่อสนับสนุน การโฆษณาแก้ต่างและการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมสถานที่จำหน่ายและดื่มสุรา และกฎระเบียบอื่นๆ ที่ลดการเข้าถึงสุรา การสนับสนุนและสอดส่องการบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาให้มีองค์กรระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมขององค์กรเหล่านี้ในงานป้องกัน หลักฐานทางวิชาการพบว่าสื่อสารมวลชนมีบทบาทในการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่น บุคลากรสุขภาพ เจ้าพนักงานด้านกฎหมาย และองค์กรภาคเอกชนและภาคท้องถิ่น ทำให้เกิดความสนใจต่อปัญหาการดื่มสุราและมาตรการควบคุมปัญหา นอกจากนี้ มาตรการในชุมชนที่จำกัดการเข้าถึงสุราโดยการควบคุมจุดจำหน่ายยังช่วยลดอุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บได้อีกด้วย[6]

เป้าประสงค์ที่ 4: นโยบายควบคุมการขับขี่ขณะมึนเมา มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดการบาดเจ็บและการตายจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ การเพิ่มราคาของสุรา การกำหนดอายุต่ำสุดในการซื้อสุรา การควบคุมความหนาแน่นของจุดจำหน่ายสุรา การลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ และการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยทั้งหมดนี้อาศัยการสนับสนุนจากสื่อสารมวลชน ส่วนมาตรการที่มีประสิทธิภาพต่ำและไม่คุ้มค่า ได้แก่ การรณรงค์สาธารณะ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราแบบปลอดภัย การส่งเสริมให้ใช้บริการรถสาธารณะ การกำหนดตัวผู้ขับขี่ก่อนเริ่มดื่ม (designated driver) การบังคับให้ผู้ขับขี่ขณะมึนเมาเข้ารับการบำบัดรักษา และการใช้อุปกรณ์ตรวจลมหายใจก่อนติดเครื่องรถยนต์ (ignition interlock)[7]

เป้าประสงค์ที่ 5: การควบคุมการเข้าถึงสุรา มาตรการในกลุ่มนี้ซึ่งมีผลต่อการลดปริมาณการดื่มสุราและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การควบคุมหรือการห้ามโฆษณาสุรา การจำกัดวัน เวลา และสถานที่จำหน่ายหรือดื่มสุรา เช่น การลดจำนวนวันจำหน่ายสุราต่อสัปดาห์ การกำหนดช่วงเวลา

เฉพาะในการอนุญาตให้จำหน่ายสุราได้ การห้ามขายหรือห้ามดื่มในสถานศึกษา โรงพยาบาล สวนสาธารณะ ที่ทำงาน การให้รัฐเป็นผู้จำหน่ายสุราได้แต่เพียงผู้เดียว การกำหนดให้มีใบอนุญาตจำหน่ายสุรา การกำหนดอายุต่ำสุดในการซื้อสุรา ซึ่งวิธีการบังคับใช้กฎหมายเหล่านี้ที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการยึดใบอนุญาตจากผู้ขายในกรณีละเมิดกฎหมาย[8-11]

เป้าประสงค์ที่ 6: การควบคุมการตลาดและโฆษณาสุรา การโฆษณาสุราและการส่งเสริมการขาย รวมทั้งกิจกรรมแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กร (corporate social responsibility; CSR) โดยการสนับสนุนกิจกรรมการกุศล ดนตรี กีฬา หรือกิจกรรมประเพณีอื่นๆ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเริ่มดื่ม การอยากลอง การเลือกบริโภค ทัศนคติต่อชนิดและอุตสาหกรรมสุรา ความคาดหวังถึงฤทธิ์ของสุรา และทัศนคติต่อบรรทัดฐานการดื่มสุราในสังคม[12,13] มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาประกอบด้วย การควบคุมช่องทาง (เวลาที่ออกอากาศ พื้นที่ตั้งป้ายโฆษณา) และเนื้อหาของการโฆษณา (ห้ามโฆษณาที่มีเนื้อหาเชิญชวนการดื่มสุราหรือเชื่อมโยงถึงผลดีจากการดื่ม เช่น การดื่มสุราทำให้มีเพื่อนมาก มีความดึงดูดทางเพศ ประสบความก้าวหน้าในการทำงาน) การห้ามโฆษณาโดยเด็ดขาด (total ban) การห้ามการส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ เช่น การลดแลกแจกแถมสุรา การควบคุมการสนับสนุนกิจกรรมสังคมของอุตสาหกรรมสุรา และการติดตามและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง[7]

เป้าประสงค์ที่ 7: นโยบายด้านภาษีและราคา ราคาของสุรามีผลต่อปริมาณและแบบแผนการดื่ม ถ้าปัจจัยอื่นคงที่ เช่น รายได้และราคาของสินค้าชนิดอื่น การเพิ่มราคาของสุราจะทำให้ปริมาณการดื่มและปัญหาจากการดื่มลดลง ทั้งในประเทศรายได้สูงและรายได้ต่ำ[14,15] การศึกษาต่างๆ พบว่าการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มตามราคาของสุรา (price elasticity) มีค่าแตกต่างกันสำหรับเครื่องดื่มแต่ละประเภท มาตรการด้านภาษีและราคามีความสัมพันธ์กับปริมาณการขายและการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเพิ่มราคาและภาษีมีผลต่อการดื่มสุราของผู้ดื่มหนักอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน แต่ผลดังกล่าวน้อยกว่าผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่มทั่วไป[14] การเพิ่มภาษีสุรานอกจากจะทำให้ปริมาณการดื่มและปัญหาลดลงแล้ว ยังช่วยเพิ่มรายได้ให้กับรัฐอีกด้วย มาตรการนี้จัดว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดการดื่มและปัญหาจากการดื่มสุราในระยะยาว ชลอการเริ่มต้นดื่มและลดปริมาณการดื่มสุราของเด็กและเยาวชน รวมทั้งลดอันตรายจากสุราและการติดสุรา ซึ่งเป็นผลดีต่อระบบสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องระวังก็คือ การเพิ่มขึ้นของตลาดสุราปลอดภาษีหรือสุราเถื่อน ซึ่งรัฐจะต้องควบคุมดูแลอย่างมีประสิทธิภาพด้วย[2]

เป้าประสงค์ที่ 8: การลดอันตราย (Harm reduction) บริบททางกายภาพและสังคมในขณะที่คนดื่มสุราและการมีภาวะเมาสุรามีความสัมพันธ์กับอันตรายที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา การจัดการเพื่อให้สถานที่ดื่มสุรามีความปลอดภัย และการมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ประจำช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มและเมาสุราได้บ้าง[16] แต่การใช้แก้วที่ไม่แตกที่ไม่สามารถใช้เป็นอาวุธได้กลับไม่

ลดอันตรายจากการดื่มสุรา ส่วนการอบรมให้พนักงานบริการสุราในสถานบริการให้สามารถบริการผู้ดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม โดยการไม่ให้บริการสุราแก่ผู้ที่มีอาการเมาสุราหรือผู้ที่ดื่มมากเกินไปแล้ว (server training) ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมสถานบริการไม่ให้บริการสุราแก่ผู้ดื่มเหล่านี้ มีประสิทธิภาพต่ำในการลดปัญหาจากการดื่มสุรา[17,18] อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ามาตรการลดอันตรายโดยการจัดบริบทการดื่มที่ปลอดภัยดูเหมือนจะไม่ได้ผลดีนัก แต่ก็เป็นมาตรการที่มีความสำคัญเพราะช่วยลดอันตรายให้กับผู้อื่นนอกเหนือจากตัวผู้ดื่มเองด้วย เช่น อันตรายจากอุบัติเหตุจราจรและความรุนแรง เป็นต้น[2]

เป้าประสงค์ที่ 9: การลดปัญหาสาธารณสุขจากสุรานอกระบบ สุรานอกระบบหมายถึงสุราที่ผลิตตามบ้าน สุราเถื่อน สุราลักลอบหนีภาษี และแอลกอฮอล์ชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช้สำหรับดื่ม (เช่น น้ำยาบ้วนปาก น้ำหอม) สุราประเภทนี้มีผลเสียต่อสุขภาพได้เพราะมักมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง และอาจมีส่วนผสมที่เป็นพิษ หรือปนเปื้อนด้วยเมทานอลและสารตะกั่ว ทำให้เกิดการตายหรือโรคตับจากแอลกอฮอล์ได้มาก การป้องกันอันตรายจากสารปนเปื้อนหรือการดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ทำได้โดยการไม่ใช้เมทานอลในอุตสาหกรรมสุราเลย การใส่รสขมลงไปในแอลกอฮอล์ที่ใช้สำหรับรถยนต์ การควบคุมการขายยาที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมและใช้บรรจุภัณฑ์ขนาดเล็กสำหรับใส่ยาที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม และการควบคุมการผลิตและจำหน่ายสุรานอกระบบเหล่านี้อย่างเข้มงวด เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะช่วยลดอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ประเภทนี้ได้[2]

มาตรการลดการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพ

Babor และคณะได้แบ่งกลไกทางนโยบายของมาตรการควบคุมการดื่มสุราและปัญหาที่เกี่ยวข้องออกเป็น 7 กลุ่มมาตรการ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบในการวางแผนนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราได้ ดังนี้ มาตรการทางภาษีและราคา มาตรการควบคุมการเข้าถึงสุราโดยการควบคุมวันเวลาและสถานที่จำหน่าย มาตรการปรับบริบทของการดื่มสุรา มาตรการจัดการปัญหาการขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มสุรา มาตรการให้ความรู้และคำแนะนำ โดยผ่านทางสื่อสาธารณะ การรณรงค์ และการให้ความรู้ในโรงเรียน มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาสุรา และมาตรการคัดกรองและบำบัดรักษา รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ตารางที่ 3.1)[6]

จากหลักฐานวิชาการต่างๆ สรุปได้ว่า มาตรการที่ใช้จัดการกับปัญหาการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนมากที่สุด (best-buy interventions) มี 12 มาตรการ[6,20,21] ดังนี้

- ภาษีสุรา การเพิ่มภาษีจะทำให้สุรามีราคาสูงขึ้น มีผลโดยตรงให้การดื่มลดลง
- การกำหนดอายุขั้นต่ำที่จะซื้อสุราได้ตามกฎหมาย การตายและพิการที่เป็นผลจากการดื่มสุราเกิดขึ้นในคนอายุน้อยเป็นส่วนใหญ่ การกำหนดอายุขั้นต่ำเพื่อไม่ให้เด็กและวัยรุ่นสามารถซื้อสุราได้จึงช่วยลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุรา

ตารางที่ 3.1 กลุ่มมาตรการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราและกลไกทางนโยบาย

กลุ่มมาตรการ	กลไกของนโยบาย
มาตรการทางภาษีและราคา	เพื่อเพิ่มต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดื่มสุรา ทำให้สุรามีราคาสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสินค้าอุปโภคบริโภคทั้งที่จำเป็นและฟุ่มเฟือยชนิดอื่น
มาตรการควบคุมการเข้าถึงสุรา โดยการควบคุมวันเวลาและสถานที่จำหน่าย	เพื่อลดอุปทานของสุรา โดยทำให้การเข้าถึงสุรายากขึ้น จึงลดปริมาณการดื่มสุราโดยรวม และปัญหาจากการดื่มด้วย
มาตรการปรับบริบทของการดื่มสุรา	เพื่อปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของการดื่มสุรา เพื่อควบคุมปริมาณการดื่มโดยรวม และลดปัญหาด้านพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นผลจากการดื่มสุราด้วย
มาตรการจัดการปัญหาการขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มสุรา	เพื่อลดการขับขี่หลังดื่มสุรา ลดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การตาย โดยผ่านกลไกการจูงใจให้ไม่ดื่ม การลงโทษเมื่อกระทำผิด และมาตรการแทรกแซงทางสังคม
มาตรการให้ความรู้และคำแนะนำ โดยผ่านทางสื่อสาธารณะ การรณรงค์ และการให้ความรู้ในโรงเรียน	เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการดื่มสุรา ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการดื่ม และพฤติกรรมการดื่มสุรา
มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาสุรา	เพื่อลดการสัมผัสกับกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุรา ที่โน้มน้าวให้ผู้รับสื่อเห็นว่าการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมปกติในสังคม หรือเชื่อมโยงกับสิ่งดีงามในสังคม มาตรการกลุ่มนี้มุ่งหวังเพื่อลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงสูงในเยาวชน
มาตรการคัดกรองและบำบัดรักษา รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	เพื่อให้การดูแลผู้ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายตั้งแต่เริ่มแรกก่อนที่จะเป็นผู้ติดสุรา ทำให้ป้องกันการติดสุราและลดปัญหาหรืออันตรายจากการติดสุรา

ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต จาก ทักษพล ธรรมรังสี, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, อรทัย วลีวงศ์, อารีกุล พวงสุวรรณ, กมลา วัฒนพร, ประพักตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล, และคณะ. สุรา ไม่ใช่สินค้าธรรมดา. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2553.[19]

- การให้รัฐถือสัมปทานการจำหน่ายปลีกสุราแต่เพียงผู้เดียว สามารถควบคุมการซื้อสุราโดยเด็กและวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งสามารถห้ามการขายให้กับผู้ที่มีอาการเมาสุรา และยังควบคุมเวลาจำหน่าย ความหนาแน่นของจุดจำหน่าย และราคาของสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

- การจำกัดการเข้าถึงสุรา ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น จำกัดวันและเวลาในการจำหน่ายสุรา ควบคุมความหนาแน่นของจุดจำหน่าย จะช่วยลดการดื่มสุราและปัญหาที่เกี่ยวข้องลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บและพฤติกรรมรุนแรง

- การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration หรือ BAC limit) ของผู้ขับขี่ยานพาหนะให้ต่ำลง จะช่วยลดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากการดื่มสุราลงได้อย่างชัดเจน

- การกำหนดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ที่เป็นเยาวชนให้ต่ำกว่าระดับของผู้ใหญ่ เช่น ให้เป็น 0 (zero tolerance law) มีประสิทธิผลสูงในการลดการซื้อหาและดื่มสุราในเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์

- การตั้งด่านสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะ (sobriety check point) โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อควบคุมการปฏิบัติตามมาตรการในสองข้อข้างบนนี้ จะทำให้มาตรการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- การพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะในผู้ขับขี่ที่ถูกตรวจพบว่ามีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าค่าที่กำหนด หรือผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุจราจรเนื่องจากการดื่มสุรา

- การออกใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะให้กับผู้ขับขี่หน้าใหม่แบบเป็นลำดับขั้น (graduated licensing) จะช่วยให้ผู้ที่เริ่มขับขี่ยานพาหนะมีความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น และการละเมิดกฎหมายที่เกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิดขึ้นน้อยลง

- การบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง มีหลักฐานทางวิชาการมากมายสนับสนุนประสิทธิภาพของมาตรการด้านการบำบัดรักษาผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลแบบเป็นลำดับขั้น (stepped care) โดยเริ่มที่การบำบัดแบบย่อก่อน แต่มีข้อจำกัดที่เวลาและศักยภาพของผู้ให้บริการ

- การรักษาภาวะขาดสุราด้วยการถอนพิษด้วยยาหรือจิตสังคมบำบัด เป็นการรักษาที่ปลอดภัยและให้ผลดีในการรักษาภาวะขาดสุราซึ่งอาจจะมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่การรักษาดังกล่าวมีผลต่อการลดละเลิกดื่มในระยะยาวเพียงเล็กน้อย หากไม่ได้ให้การบำบัดรักษาแบบอื่นร่วมไปด้วย

- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นมาตรการเสริมหรือมาตรการทางเลือกที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในการป้องกันการกลับไปติดซ้ำและลดอันตรายจากการติดสุรา

อย่างไรก็ตาม มีมาตรการรูปแบบอื่นๆ ที่มักได้รับความนิยมดำเนินการกันอย่างแพร่หลายแต่กลับมีประสิทธิภาพต่ำในการลดการดื่มสุราและปัญหาที่เกี่ยวข้อง มาตรการเหล่านี้ได้แก่ การออกกฎควบคุมตนเองโดยสมัครใจของอุตสาหกรรมสุรา (voluntary industry codes) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราในโรงเรียน การติดฉลากคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของการดื่มสุราบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่ม การให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณะ การส่งเสริมกิจกรรมทางเลือก เช่น กิจกรรมปลอดเหล้าต่างๆ การอบรมพนักงานบริการสุราให้จำกัดการให้บริการสุรากับลูกค้าที่ดื่มมากเกินไป การกำหนดตัวผู้ขับขี่ยานพาหนะไว้ล่วงหน้า หรือการใช้รถโดยสารสาธารณะ[6]

การป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น

การดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่นทำให้เกิดปัญหามากมาย เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง อาชญากรรม และปัญหาทางสุขภาพและสังคม ในหลายประเทศรวมทั้งในประเทศไทยจึงมีกฎหมายจำกัดอายุขั้นต่ำที่จะซื้อหรือดื่มสุราได้ ซึ่งเป็นมาตรการที่ได้ผลดีในการป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้เพราะเด็กที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีโอกาสดื่มหนัก หรือมีปัญหาจากการดื่มสุราในเวลาต่อมาได้มากขึ้น การป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่นจึงเป็นงานสำคัญที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขทั่วโลก และมีการศึกษามากมายที่พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น โครงการป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่นมักเป็นโครงการระดับครอบจักรวาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการห้ามดื่มสุราหรือชลอการเริ่มดื่มสุราของเด็กออกไปจนอายุมากขึ้น โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการดื่มสุราให้กับเด็กและวัยรุ่นทั่วไป โดยไม่ได้คัดเลือกว่าเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาหรือไม่ก็ตาม[22]

การป้องกันปัญหาการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่นแบบครอบจักรวาลมีเป้าประสงค์ในการดำเนินงานที่สำคัญในสองพื้นที่ คือในครอบครัวและในโรงเรียน แต่อาจจะมีโครงการที่มีเป้าประสงค์ทั้งในครอบครัวและโรงเรียนและพื้นที่อื่นๆ ด้วย เช่น ในชุมชน ซึ่งเรียกว่าโปรแกรมป้องกันแบบหลายองค์ประกอบ (multi-component prevention program)

โปรแกรมป้องกันแบบครอบจักรวาลในครอบครัว

โปรแกรมป้องกันการดื่มสุราในครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุราของเด็ก หรือชลออายุในการเริ่มดื่มออกไป โปรแกรมป้องกันในครอบครัวมักจะเน้นที่การพัฒนาทักษะการทำหน้าที่พ่อแม่ ซึ่งรวมถึง การเลี้ยงดูลูก การฝึกระเบียบวินัยให้ลูก และการกำกับดูแลเพื่อให้เด็กมีความประพฤติเหมาะสม นอกจากนั้น การสอนให้เด็กมีทักษะในการปฏิเสธการชักจูงไปในทางที่ผิดโดยเพื่อนหรือสังคมรอบข้าง การพัฒนาบรรทัดฐานพฤติกรรม และการคบเพื่อนที่ดี ก็อาจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมป้องกันในครอบครัวได้

การที่เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่อบอุ่น พ่อแม่หรือผู้ดูแลสามารถเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และกำกับดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดและเหมาะสมนั้น จะทำให้เด็กสามารถพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสังคม และลดการคบเพื่อนเกเร ทำให้เด็กมีภูมิต้านทานต่ออิทธิพลภายนอกทั้งจากเพื่อนหรือการโฆษณา โปรแกรมป้องกันในครอบครัวจะต่างจากโปรแกรมป้องกันในโรงเรียนตรงที่ กลไกของโปรแกรมไม่ได้ทำกับเด็กโดยตรง แต่ผ่านทางพ่อแม่หรือผู้ดูแลและครอบครัว[23]

โปรแกรมป้องกันแบบครอบจักรวาลในโรงเรียน

การป้องกันแบบครอบจักรวาลในโรงเรียนมักจะใช้รูปแบบของการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักต่ออันตรายของการดื่มสุรา การฝึกทักษะการปฏิเสธเพื่อนหรือสังคม การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้เด็กรู้จักบรรทัดฐานสังคม หรือการฝึกให้เด็กพัฒนาบรรทัดฐานพฤติกรรม และการคบเพื่อนที่ดี โปรแกรมป้องกันแบบนี้อาจจะทำโดยกำหนดเป็นกิจกรรมหนึ่งในหลักสูตรปกติในห้องเรียน หรือโปรแกรมการควบคุมพฤติกรรมในห้องเรียน โดยอาจจะเป็นการสอนให้ความรู้หรือเป็นโปรแกรมทางจิตสังคม หรือผสมผสานกันก็ได้ ทั้งนี้เพราะโปรแกรมทางจิตสังคมจะเน้นที่การพัฒนาทักษะทางจิตวิทยาและสังคม (เช่น การปฏิเสธเพื่อน) โดยผ่านการมีแบบอย่าง ความเข้าใจ การกำหนดบรรทัดฐาน การฝึกทักษะสังคม เพื่อให้เด็กหรือเยาวชนไม่มีปัญหาการดื่มสุรา ส่วนการให้ความรู้จะเน้นที่การเพิ่มความตระหนักต่ออันตรายของการดื่มสุรา ทั้งสองส่วนนี้ผสมกันจะช่วยให้เด็กไม่ดื่มสุรา[24]

ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันในโรงเรียนมากมาย แต่ผลการศึกษาก็ยังสรุปไม่ได้ชัดเจนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันในโรงเรียนในการลดปัญหาการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม มีโปรแกรมป้องกันในโรงเรียนที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิภาพสามรูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต (Life skills training program) โปรแกรมถอดปลั๊ก (Unplugged program) และโปรแกรมเกมพฤติกรรมดี (Good behavior game)[24]

- **โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต** เป็นโปรแกรมในห้องเรียนสำหรับนักเรียนระดับมัธยม โดยการฝึกนักเรียนให้รู้จักต่อต้านแรงกดดันทางสังคมที่ทำให้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด และรู้จักแสดงสิทธิของตนเองอย่างเหมาะสม (assertiveness) รวมทั้งเสริมความสามารถของตนเองและมองเห็นคุณค่าของตน ทักษะที่สอนได้แก่ ความสามารถในการบอกความต้องการของตนเองให้ตรงจุด การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการกับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ[25]
- **โปรแกรมถอดปลั๊ก** เป็นหลักสูตรที่ให้ครูสอนในห้องเรียนสัปดาห์ละหนึ่งชั่วโมงเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เป็นโปรแกรมที่ถูกทดสอบในโรงเรียนในประเทศในทวีปยุโรปเจ็ดประเทศ โปรแกรมนี้อิงตามหลักการว่าการเริ่มดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดของนักเรียนจะได้รับอิทธิพลจากสังคมรอบข้าง ซึ่งเกิดจากการที่นักเรียนมีการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับความชุกของการดื่มสุราหรือการยอมรับ

พฤติกรรมการดื่มสุราของคนในสังคม การสอนให้เด็กรู้ว่าบรรทัดฐานจริงของสังคมเป็นอย่างไร และทักษะการต่อต้านแรงกดดันของสังคม โดยการปรับทัศนคติ ความเชื่อ และการรับรู้บรรทัดฐานสังคม จะช่วยให้เด็กพัฒนาทักษะสังคมทั่วไปและทักษะการปฏิเสธแรงกดดันของสังคม[26]

- **โปรแกรมเกมพฤติกรรมดี** เป็นเกมที่ครูจัดให้นักเรียนเล่นในห้องเรียนตั้งแต่ชั้นประถมปีที่หนึ่งและสอง โดยมีวัตถุประสงค์ให้นักเรียนมีพฤติกรรมในห้องเรียนดีขึ้น สอนให้นักเรียนรู้จักบทบาทหน้าที่ของนักเรียน และเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชนห้องเรียน เป็นโปรแกรมที่ได้ผลดีในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของเด็กและวัยรุ่น เช่นการดื่มสุรา การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมรุนแรงหรืออันธพาล[27-29]

โปรแกรมป้องกันแบบหลายองค์ประกอบ

โปรแกรมป้องกันแบบครอบจักรวาลที่มีหลายองค์ประกอบสำหรับป้องกันการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น หมายถึงโปรแกรมป้องกันที่ผสมผสานกิจกรรมที่จัดขึ้นทั้งในโรงเรียนและในครอบครัวหรืออาจจะในชุมชนด้วยก็ได้ โดยการจัดให้มีทั้งหลักสูตรในห้องเรียนและโปรแกรมสอนพ่อแม่ จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบชิ้นหนึ่ง สรุปว่าโปรแกรมป้องกันแบบหลายองค์ประกอบนี้มีประสิทธิภาพดีในการลดการดื่มสุราในเด็กและวัยรุ่น โดยประสิทธิผลนี้คงอยู่ระยะยาว แต่ก็มีหลักฐานวิชาการไม่เพียงพอที่จะบอกว่าโปรแกรมแบบหลายองค์ประกอบนี้จะมีประสิทธิผลดีกว่าโปรแกรมแบบองค์ประกอบเดียว[30]

หลักการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในเด็กและเยาวชน

สถาบันสารเสพติดแห่งชาติ (National Institute on Drug Abuse) ประเทศสหรัฐอเมริกาเสนอหลักการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้สารเสพติดไว้ 16 ข้อ โดยรวบรวมจากการศึกษาวิจัย[31] ซึ่งผู้นิพนธ์เห็นว่าสามารถนำมาปรับใช้กับการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในเด็กและเยาวชนได้ด้วย ดังนี้

1. โครงการป้องกันควรออกแบบให้เป็นการส่งเสริมปัจจัยป้องกัน และการพยายามแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงลงไปด้วย

2. โครงการป้องกันควรมุ่งจัดการกับสารเสพติดทุกชนิด รวมทั้งบุหรี่ สุรา กัญชา และสารระเหย โดยอาจจะทำทีละตัวหรือทำไปพร้อมๆ กันก็ได้

3. โครงการป้องกันควรมีเป้าหมายในการจัดการกับสารเสพติดที่เป็นปัญหาในพื้นที่นั้น มุ่งเป้าที่ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และเสริมสร้างปัจจัยป้องกันที่ค้นพบในพื้นที่นั้นด้วย

4. โครงการป้องกันควรจะปรับให้เหมาะสมกับประชากร หรือลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการ

5. โครงการป้องกันในครอบครัวควรเสริมความผูกพันและสัมพันธภาพในครอบครัว และรวมถึงทักษะการเป็นพ่อแม่ ฝึกปฏิบัติในการกำหนด พูดคุย และบังคับใช้กฎกติกาในครอบครัวที่เกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด และฝึกพ่อแม่ให้สามารถสอนลูก ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแก่ลูกได้อย่างเหมาะสม

6. โครงการป้องกันควรเริ่มต้นเร็ว ตั้งแต่เด็กวัยก่อนเข้าโรงเรียน เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทักษะทางสังคมไม่ดี และปัญหาการเรียน

7. โครงการป้องกันสำหรับเด็กชั้นประถมควรจะเน้นที่การเพิ่มทักษะการเรียน ทักษะการเรียนรู้ด้านสังคมและอารมณ์ เพื่อจะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เช่น พฤติกรรมรุนแรง ปัญหาการเรียน และการออกจากโรงเรียน โดยเน้นที่การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การสื่อสาร การแก้ไขปัญหาทางสังคม และการช่วยเหลือด้านการเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการอ่านหนังสือ

8. โครงการป้องกันสำหรับนักเรียนระดับมัธยมต้นและปลายควรเน้นที่ การเพิ่มสมรรถนะเชิงวิชาการ และสมรรถนะเชิงสังคม เช่น การส่งเสริมความสามารถทางการศึกษาหาความรู้ ทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับเพื่อน สมรรถนะแห่งตนและการกล้าแสดงออก ทักษะการปฏิเสธสารเสพติด การสร้างเสริมทัศนคติต่อต้านการใช้สารเสพติด และพันธสัญญาในการไม่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

9. โครงการป้องกันที่มีเป้าหมายที่ประชาชนทั่วไปควรเน้นที่วัยที่เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ เช่น ตอนเข้าสู่โรงเรียนมัธยม เพราะจะเป็นประโยชน์มาก แม้แต่ในครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง โครงการแบบนี้จะไม่แยกประชากรกลุ่มเสี่ยงออกมาจากประชากรอื่น ทำให้ลดการถูกตราหน้าและส่งเสริมความผูกพันต่อโรงเรียนและชุมชน

10. โครงการป้องกันในชุมชนที่ผสมผสานโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสองโปรแกรมขึ้นไป เช่น โปรแกรมในครอบครัวและในโรงเรียนจะมีประสิทธิภาพมากกว่าโครงการเดี่ยว

11. โครงการป้องกันในชุมชนที่เข้าถึงประชากรในส่วนต่างๆ เช่น โรงเรียน ชมรมหรือสมาคม องค์กรทางศาสนา และสื่อมวลชนจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อให้ข้อมูลที่คงเส้นคงวาและทั่วถึงทั้งชุมชน

12. เวลาที่นำโปรแกรมใดๆ ไปปรับให้เหมาะสมกับบรรทัดฐาน ความจำเป็น และวัฒนธรรมของชุมชน ผู้นำไปใช้ควรจะรักษาองค์ประกอบหลักของโปรแกรมต้นแบบเอาไว้ด้วย ซึ่งรวมถึง โครงสร้างเนื้อหา และวิธีปฏิบัติของโปรแกรม

13. โครงการป้องกันควรจะเป็นโครงการระยะยาวโดยมีการให้มาตรการซ้ำๆ (โปรแกรมกระตุ้นเสริม) เพื่อย้ำเป้าหมายเดิมของโปรแกรม

14. โครงการป้องกันควรประกอบด้วยการฝึกครูในการจัดการพฤติกรรมที่ดีในห้องเรียน เช่น การให้รางวัลแก่เด็กที่ประพฤติดี เทคนิคนี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกของนักเรียน ความสำเร็จ แรงจูงใจในการเรียน และความผูกพันต่อโรงเรียน

15. โครงการป้องกันจะมีประสิทธิภาพสูงสุด หากใช้เทคนิกการปฏิสัมพันธ์สองฝ่าย เช่น จัดกลุ่มอภิปรายในหมู่เพื่อน การแสดงบทบาทพ่อแม่ ทำให้เด็กมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและเสริมสร้างทักษะ

16. โปรแกรมป้องกันที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยมีความคุ้มค่ามาก งานวิจัยต่างๆ พบว่า การลงทุนในงานป้องกันหนึ่งดอลลาร์สหรัฐจะประหยัดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้สิบดอลลาร์

โดยสรุปแล้วการจัดโครงการป้องกันการดื่มสุราในเด็กและเยาวชนมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความชุกของการดื่มสุราในเด็กและเยาวชน หรือทำให้เด็กและเยาวชนเริ่มต้นดื่มสุราที่อายุมากขึ้น และยังทำให้เด็กและเยาวชนที่เริ่มดื่มสุราแล้วลดปริมาณการดื่มลง โดยรวมแล้วโครงการต่างๆ มักเน้นที่การฝึกทักษะทางสังคมให้กับเด็กและเยาวชน โดยการสอนให้เรียนรู้วิธีการที่จะปฏิเสธหรือต่อต้านแรงกดดันจากเพื่อนในการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด รวมทั้งเป็นการสร้างการเรียนรู้บรรทัดฐานสังคมใหม่ว่าคนในสังคมไม่จำเป็นต้องดื่มสุรา

การป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย

ประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งที่มีความสนใจในเรื่องการป้องกันและจัดการกับปัญหาจากการดื่มสุราอย่างเข้มแข็ง ทั้งในสังคมและในวงการวิชาการ โดยจะเห็นได้จากการที่มีนักวิชาการ มีการก่อตั้งหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการดื่มสุรา มีการศึกษาวิจัยทั้งในด้านระบาดวิทยา การแพทย์และสาธารณสุข และการวิจัยทางสังคมศาสตร์ นอกจากนี้ ในระดับประชาชนทั่วไป ยังมีกิจกรรมรณรงค์หรือการขับเคลื่อนทางสังคม เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยของการดื่มสุรา ให้เกิดความพยายามลดละเลิกดื่มสุรา และผลักดันกฎหมายและนโยบายเพื่อป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มสุรา ทำให้โดยรวมแล้วประเทศไทยมีจำนวนมาตรการที่เกี่ยวกับการควบคุมการดื่มและปัญหาจากการดื่มสุรามากกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ[7] ปรากฏการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้เกิดขึ้นเนื่องจาก สังคมมีความตระหนักถึงความสูญเสียทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอันเป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดื่มสุรา[32]

จุดสำคัญที่ทำให้เกิดกระแสการพัฒนาเหล่านี้ในประมาณกว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา เริ่มต้นจากการก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใน พ.ศ. 2544 สสส. มีรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุราในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี โดย สสส. ทำหน้าที่ จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้คนไทยริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ[33] สสส. มีบทบาทอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมด้านการป้องกันการดื่มสุรา และสนับสนุนให้เกิดองค์กรเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการควบคุมปัญหาสุราโดยตรง ทั้งในด้านงานวิชาการ วิจัย

จัดการความรู้ การรณรงค์ การให้การศึกษา และการผลักดันนโยบายสาธารณะ องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มสุรา ได้แก่ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)[34] แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณการ (ผรส.)[35] สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[36] เครือข่ายองค์กรงดเหล้า และมูลนิธิเมาไม่ขับ เป็นต้น กิจกรรมสำคัญในด้านการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราที่เกิดขึ้นในทศวรรษที่ผ่านมา[37] ได้แก่

- **การประกาศใช้พระราชบัญญัติ (พรบ.) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551**[38] ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 ประกอบด้วย 7 หมวด 45 มาตรา โดยกำหนดให้มีการตั้งคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พรบ. นี้มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการจำกัดการเข้าถึงและการดื่มสุราด้วยการห้ามขายและห้ามดื่มในสถานที่บางประเภท จำกัดเวลาขาย การควบคุมการตลาดและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ติดสุรา รายละเอียดเฉพาะมาตราที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบทลงโทษได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.2

การประกาศใช้ พรบ. ฉบับนี้นับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อสุราจากอายุ 18 ปีเป็นอายุ 20 ปี การห้ามจำหน่ายหรือห้ามดื่มสุราในสถานที่ต่างๆ การจำกัดเวลาจำหน่าย การควบคุมโฆษณาและกิจกรรมการตลาดของอุตสาหกรรมสุรา มาตรการเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อการลดทั้งอุปทานและอุปสงค์ของสุรา หากสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคคือ เจ้าพนักงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตาม พรบ. ประชาชน ผู้ดื่มสุรา หรือเจ้าของกิจการผู้จำหน่ายสุราอาจจะยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนตามกฎหมาย จึงทำให้การปฏิบัติตามนโยบายยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร รวมทั้งกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุราที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงหรือเบี่ยงเบนความผิดทำให้การดำเนินงานตาม พรบ. มีความลำบากมากขึ้น[39,40]

- **การปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของสุรา** มีการดำเนินการหลายครั้งเป็นระยะๆ สำหรับสุราประเภทต่างๆ การปรับที่สำคัญเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2534, 2544, 2550 และ 2556 โดยการออกกฎกระทรวงภายใต้พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ประเทศไทยใช้ระบบการคิดภาษีสรรพสามิตสุราแบบ “สองเลือกหนึ่ง” (‘Two-Chosen-One’; 2C1) คือ คิดภาษีทั้งแบบตามปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (specific rate) และตามมูลค่า (ad valorem rate) และเลือกใช้วิธีที่ได้ภาษีสูงกว่าสำหรับเครื่องดื่มแต่ละชนิด[41] ระบบการคิดภาษีและการปรับขึ้นอัตราภาษีหลายครั้งนี้ เป็นมาตรการที่สำคัญในการลดการดื่มสุราและป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในประเทศไทย

ตารางที่ 3.2 สรุปสาระสำคัญและบทลงโทษ ของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551[37,38]

สรุปสาระสำคัญ	บทกำหนดโทษ
มาตรา 26 ให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปฏิบัติดังนี้ (1) จัดให้มีบรรจุภัณฑ์ ฉลาก พร้อมทั้งข้อความคำเตือนสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือนำเข้า (2) การอื่นตามที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติและประกาศในราชกิจจานุเบกษา	**มาตรา 38** ผู้ผลิตหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 26 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้ (1) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา (2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา (3) สถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร (4) หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก (5) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (6) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง (7) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป (8) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ	**มาตรา 39** ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
มาตรา 28 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัน หรือเวลาที่รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ (นายกรัฐมนตรี) ประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ	**ดูมาตรา 39**

คัดมาโดยได้รับอนุญาตจาก บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2553. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.[39]

ตารางที่ 3.2 สรุปสาระสำคัญและบทลงโทษ ของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551[37,38] (ต่อ)

สรุปสาระสำคัญ	บทกำหนดโทษ
มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้ (1) บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ (2) บุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้	มาตรา 40 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือ มาตรา 30 (1) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีหรือในลักษณะดังต่อไปนี้ (1) ใช้เครื่องขายอัตโนมัติ (2) การเร่ขาย (3) การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย (4) ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (5) โดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกับสินค้าอื่นให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (6) โดยวิธีหรือลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ประกาศโดยคำแนะนำของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ	**มาตรา 41** ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 30 (2) (3) (4) (5) หรือ (6) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
มาตรา 31 ห้ามมิให้ผู้ใดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้ (1) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาเว้นแต่เป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมทางศาสนา (2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล	**มาตรา 42** ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 31 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ตารางที่ 3.2 สรุปสาระสำคัญและบทลงโทษ ของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551[37,38] (ต่อ)

สรุปสาระสำคัญ	บทกำหนดโทษ
(3) สถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร หรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี (4) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ ยกเว้นบริเวณที่จัดเป็นที่พักส่วนบุคคลหรือสโมสร หรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี หรือสถานศึกษาที่สอนการผสมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (5) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง (6) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป (7) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ	
มาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม การโฆษณาหรือให้ประชาสัมพันธ์ให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏภาพลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น	**มาตรา 43** ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 32 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินห้าแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากต้องระวางโทษตามวรรคหนึ่ง ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับอีกวันละไม่เกินห้าหมื่นบาทตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืนหรือจนกว่าจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้อง
มาตรา 33 ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือญาติ คณะบุคคล หรือองค์กรทั้งภาครัฐหรือเอกชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมกำหนด	

- **การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาและวันพระใหญ่** กิจกรรมนี้เริ่มปฏิบัติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 โดยเกิดจากการขับเคลื่อนร่วมกันของเครือข่ายภาคีงดเหล้าทุกภาคส่วน และมีประชาชนเข้าร่วมมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จนทำให้กำหนดวันเข้าพรรษาเป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติ ประกาศตั้งแต่วันที่ 8 กรกฎาคม 2551 (ตรงกับวันเข้าพรรษาในปีนั้น) และในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการประกาศเพิ่มเติมให้มีการห้ามจำหน่ายสุราทุกสถานที่ในสี่วันพระใหญ่ (วันมาฆบูชา วันวิสาหบูชา วันอาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา) ยกเว้นภายในโรงแรมตาม พรบ. โรงแรม ซึ่งเริ่มบังคับใช้ในวันที่ 7-8 กรกฎาคม 2552 (ตรงกับวันอาสาฬหบูชาและวันเข้าพรรษาในปีนั้น)
- **การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์** เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กระทรวงมหาดไทย เครือข่ายองค์กรงดเหล้า มูลนิธิเมาไม่ขับ และสสส. มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การรวบรวมสถิติอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลดังกล่าวรายวัน (เจ็ดวันอันตราย) รายจังหวัด และรายงานออกอากาศทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์อย่างเข้มข้น เพื่อเตือนให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะเพิ่มความระมัดระวังและงดดื่มสุรา และการตั้งจุดตรวจและอำนวยความสะดวกให้กับผู้ขับขี่บนทางหลวงมากยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่ากิจกรรมนี้ไม่ได้เป็นการป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราโดยตรง แต่ก็มีผลทางอ้อมทำให้อุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราลดลงด้วย[42]
- **กิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้ ขับเคลื่อนสังคม ส่งเสริมกิจกรรมทางเลือก** มีการดำเนินการอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง จากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา การสร้างต้นแบบองค์กรลดละเลิกสุรา เช่น วัด โรงงาน และชุมชนปลอดเหล้า มีกลุ่มเยาวชนห่างไกลจากสุรา เช่น มูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน และกิจกรรมรับน้องปลอดเหล้า เป็นต้น รวมทั้งการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านทางสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ และป้ายกลางแจ้ง[32,43]

ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

นอกจากการมีกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราโดยตรง หรือพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 แล้ว ประเทศไทยยังมียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุราในสังคมไทย แผนยุทธศาสตร์นี้จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2553 โดยกำหนดเป้าหมายหลักไว้ที่ 5 ปี (พ.ศ. 2558) และ 10 ปี (พ.ศ. 2563) โดยจะประเมินผลจาก ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อประชากร ความชุกของผู้ดื่มสุราในประชากรและในเยาวชน และสัดส่วนของผู้ดื่มประจำ (นิยามว่าดื่มมากกว่าหรือเท่ากับหนึ่งครั้งต่อเดือน)[7]

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมีเป้าหมายเชิงกลไกของนโยบายสี่ประการคือ

1. ควบคุมและลดปริมาณการดื่มสุราในสังคม
2. ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของการดื่มสุรา
3. ลดความเสี่ยงของการดื่มสุรา ทั้งในมิติของปริมาณและรูปแบบการดื่ม และพฤติกรรมหลังการดื่มสุรา
4. จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุรา

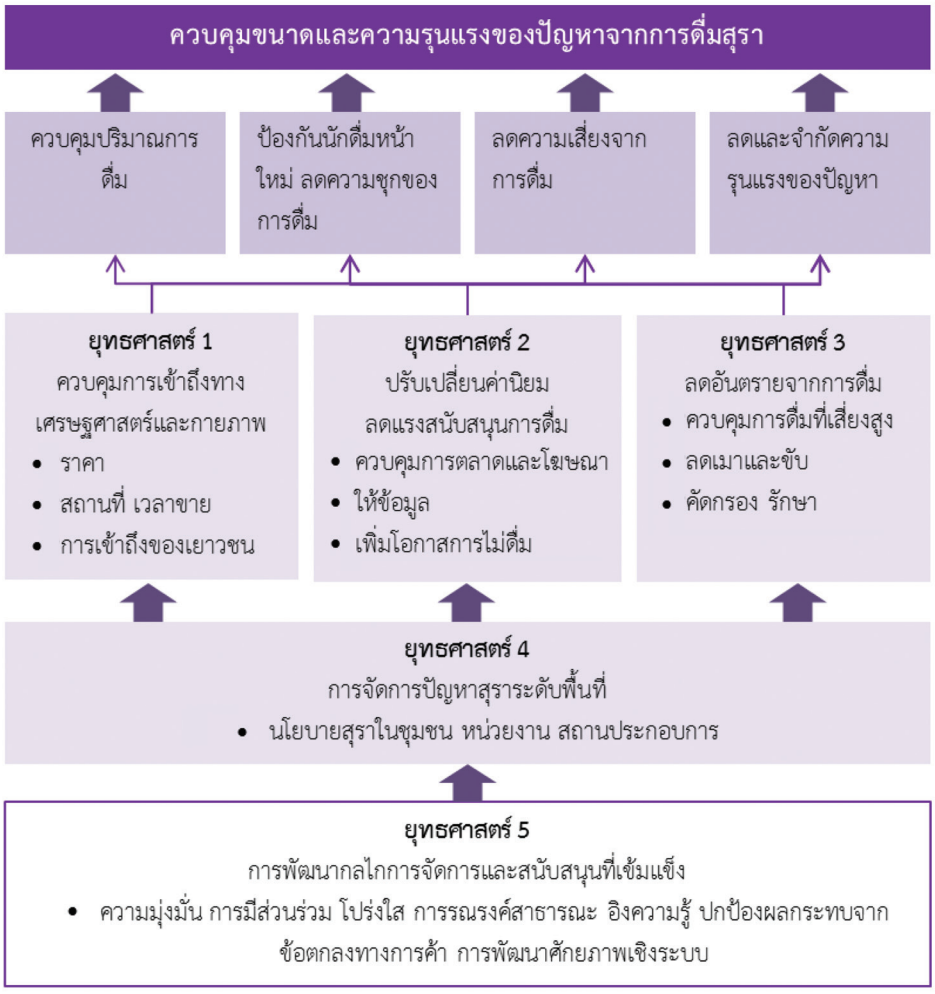
แผนยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ห้าด้านที่มีเป้าประสงค์ต่างกัน แต่สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงกลไกทั้งสี่ข้อข้างต้น (ภาพที่ 3.1) ยุทธศาสตร์แต่ละข้อประกอบด้วยมาตรการย่อยหลากหลาย (ตารางที่ 3.3) ยุทธศาสตร์ห้าด้านนี้ ได้แก่

1. การควบคุมการเข้าถึงสุราทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ
2. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนการดื่มสุรา
3. การลดอันตรายจากการดื่มสุรา
4. การจัดการปัญหาสุราในระดับพื้นที่
5. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง[7]

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

การป้องกันระดับปฐมภูมิต่อปัญหาการดื่มสุราเป็นงานที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เพราะประกอบด้วย งานเชิงนโยบายสาธารณะระดับชาติหรือนานาชาติ การขับเคลื่อนสังคม การจัดกิจกรรมและการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน โรงเรียน ครอบครัว และระดับบุคคล การพัฒนาศาสตร์ในด้านการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อปัญหาการดื่มสุราเจริญก้าวหน้ามากในต่างประเทศ มีการศึกษาวิจัยมากมายที่แสดงว่ามาตรการใดมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า และมาตรการใดไม่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีกิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมปัญหาการดื่มสุราที่เข้มแข็งมาก และอิงตามหลักฐานทางวิชาการจนเป็นตัวอย่างให้กับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก

จากการที่ผู้นิพนธ์มีประสบการณ์ทำงานในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิหรือคณะกรรมการกำกับทิศทาง รวมทั้งเป็นผู้รับทุนวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทยบางหน่วยงาน เช่น ศวส. ผรส. และ สสส. ผู้นิพนธ์มองเห็นโอกาสพัฒนาของงานป้องกันระดับปฐมภูมิต่อปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทยดังนี้



ภาพที่ 3.1 ยุทธศาสตร์ทั้งห้าของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ[7]

ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2552.[7]

ตารางที่ 3.3 มาตรการหลักและรองที่มีประสิทธิผลในการบรรลุเป้าหมายทั้งสี่ประการ[7]

เป้าหมาย	มาตรการหลัก	มาตรการรอง	มาตรการสนับสนุน
ควบคุมปริมาณการบริโภคในสังคม	• ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง	• ควบคุมการโฆษณา • มาตรการระดับชุมชน • การปราบปรามเครื่องดื่มนอกระบบภาษี	• การรณรงค์สาธารณะ
ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมความชุกของผู้บริโภค	• ควบคุมการโฆษณา • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง	• การให้ความรู้ • การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม	• การรู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุรา • การรณรงค์สาธารณะ
ลดความเสี่ยงของการบริโภค	• ควบคุมพฤติกรรมขับขี่ขณะมึนเมา • การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง	• มาตรการระดับชุมชน • ความร่วมมือของผู้ประกอบการ	• การปรับทัศนคติของสังคมต่อความมึนเมาและผลกระทบ • การรณรงค์สาธารณะ
จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหา	• การคัดกรองและบำบัดรักษา • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง	• ระบบบริการสุขภาพ • มาตรการระดับชุมชน	• การรณรงค์สาธารณะ

คัดมาโดยได้รับอนุญาตจาก ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2552.[7]

- ประเทศไทยมีจำนวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาสุรามากมาย แต่การปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรการ การบังคับใช้กฎหมาย หรือการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้เป็นเป้าหมายของมาตรการอาจจะยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ เพราะผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน ดังนั้นการทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมตามนโยบายหรือมาตรการต่างๆ และตระหนักว่าตนเองมีภาระหน้าที่ในการสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาจากการดื่มสุราจึงเป็นสิ่งจำเป็น

- สนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือมาตรการที่มีหลักฐานวิชาการรองรับว่ามีประสิทธิภาพและคุ้มทุน ผลักดันให้มาตรการเหล่านี้เป็นนโยบายระดับชาติ ลดการจัดกิจกรรมหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพต่ำและสิ้นเปลือง ถึงแม้ว่าจะเป็นกิจกรรมที่จัดง่ายและเป็นที่นิยมของคนทั่วไป

- ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของนโยบายหรือมาตรการด้านการควบคุมและป้องกันปัญหาจากการดื่มสุรา รวมทั้งการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อจะได้รูปแบบของมาตรการที่มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และยังเป็นการเพิ่มการรับรู้นโยบายทางอ้อมผ่านทางนักวิจัยนักวิชาการและผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย

- ประเมินผลกระทบที่เกิดจากนโยบายและมาตรการต่างๆ ทั้งในด้านการลดการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุรา รวมทั้งผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุจราจร การเจ็บป่วย การกระทำผิดกฎหมาย เป็นต้น ควรจัดทำมาตรฐานการประเมินและมีองค์กรที่รับผิดชอบดูแลการประเมินโครงการ จัดอันดับคุณภาพโครงการ และมีทำเนียบรวบรวมโครงการที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลจากการประเมินผลนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงให้เนื้อหาของนโยบาย มาตรการ และการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรการมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยมากขึ้น และเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับผู้ที่จะทำโครงการป้องกันการดื่มสุราต่อไป

- ให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการป้องกันปัญหาการดื่มสุรา เช่น โดยการเป็นแบบอย่างของผู้ไม่ดื่มสุราหรือผู้ดื่มแบบไม่เป็นปัญหา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกัน การเป็นแหล่งความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการป้องกัน และการเป็นผู้ให้บริการทางสาธารณสุขเพื่อป้องกันหรือควบคุมปัญหาการดื่มสุรา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption, WHO Technical Report Series, 2nd report. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet 2009;373:2234-46.
3. Jones LA, James M, Jefferson T, Lushey C, Morleo M, Stokes E, et al. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. Alcohol and schools: review of effectiveness and cost-effectiveness. NICE: main report (PHIAC 14.3a). 2007 [cited 2014 Feb 10]; Available from: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/.
4. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev 2009;28:301-23.
5. Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. Curr Opin Psychiatry 2007;20:222-7.
6. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No ordinary commodity - Research and public policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
7. ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2552.
8. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. Am J Prev Med 2009;37:556-69.
9. Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med 2010;39:590-604.
10. Middleton JC, Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, et al. Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med 2010;39:575-89.
11. Hahn RA, Middleton JC, Elder R, Brewer R, Fielding J, Naimi TS, et al. Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. Am J Prev Med 2012;42:418-27.

12. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol Alcohol 2009;44:229-43.
13. Assanangkornchai S. Sources of alcohol, perceived availability and exposure to alcohol advertisements among Thai high-school students. The 39th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society (KBS2013); 3-7 June 2013; Munyonyo Speke Resort, Kampala, Uganda, School of Public Health, Makerere University; 2013.
14. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction 2009;104: 179-90.
15. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. Am J Public Health 2010;100:2270-8.
16. Graham K, Osgood DW, Zibrowski E, Purcell J, Gliksman L, Leonard K, et al. The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. Drug Alcohol Rev 2004;23:31-41.
17. Brennan I, Moore SC, Byrne E, Murphy S. Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989-2009. Addiction 2011;106:706-13.
18. Rammohan V, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Fielding J, Naimi TS, et al. Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms: Two community guide systematic reviews. Am J Prev Med 2011;41:334-43.
19. ทักษพล ธรรมรังสี, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, อรทัย วลีวงศ์, อารีกุล พวงสุวรรณ, กมลา วัฒนพร, ประพักตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล, และคณะ. สุรา ไม่ใช่สินค้าธรรมดา. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2553.
20. Rehm J, Greenfield TK. Public alcohol policy: current directions and new opportunities. Clin Pharmacol Ther 2008;83:640-3.
21. World Health Organization. Chapter 4 - Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions In: World Health Organization, editor. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. p. 47-60.
22. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Prevention responses to drug use in the EU. 2013 [updated 13 Feb 2013; cited 2014 Feb 20]; Available from: http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu.
23. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD009308.

24. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD009113.
25. The Coalition for Evidence-Based Policy. LifeSkills Training - Top Tier. 2012 [cited 2014 Feb 22]; Available from: http://evidencebasedprograms.org/1366-2/lifeskills-training.
26. Giannotta F, Vigna-Taglianti F, Rosaria Galanti M, Scatigna M, Faggiano F. Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. J Adolesc Health 2014;54:565-73.
27. Kellam SG, Mackenzie AC, Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, et al. The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. Addict Sci Clin Pract 2011; 6:73-84.
28. Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Toyinbo P, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug Alcohol Depend 2008; 95 (Suppl 1):s5-s28.
29. Poduska JM, Kellam SG, Wang W, Brown CH, Ialongo NS, Toyinbo P. Impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based behavior intervention, on young adult service use for problems with emotions, behavior, or drugs or alcohol. Drug Alcohol Depend 2008; 95 (Suppl 1):s29-44.
30. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD009307.
31. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug abuse among children and adolescents: a research-based guide. 2nd ed. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
32. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. แบบแผนการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54:139s-52s.
33. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2550 [ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2556]; ค้นจาก: http://www.thaihealth.or.th/.
34. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2552 [ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2556]; ค้นจาก: http://www.cas.or.th.
35. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; 2552 [ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2556]; ค้นจาก: http://www.i-mapthailand.org.
36. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; [ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2556]; ค้นจาก: http://www.thaiantialcohol.com/cms/home.

37. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร, โศภิต นาสีบ, แววดาว พิมพ์พันธ์ดี, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2551. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
38. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๕ ตอนที่ ๓๓ ก. (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551).
39. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2553. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
40. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อุไรวรณ พัฒนสัตยวงศ์, อโนชา หมึกทอง, นิศานติ์ สำอางศรี. รายงานผลโครงการประเมินการรับรู้และพฤติกรรมของประชาชน เจ้าพนักงานของรัฐและผู้จำหน่ายสุรา หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในพื้นที่ภาคใต้. สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัยและระบบข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
41. Sornpaisarn B, Shield KD, Rehm J. Alcohol taxation policy in Thailand: implications for other low- to middle-income countries. Addiction 2012;107:1372-84.
42. Sornpaisarn B. Policy and community responses to alcohol problems. In: Assanangkornchai S, editor. Alcohol situation in Thailand: A commission report to the World Health Organization Management of Substance Abuse Team. Bangkok: Center for Alcohol Studies; 2006. p. 52-64.
43. Assanangkornchai S. Alcohol situation in Thailand: A commission report to the World Health Organization Management of Substance Abuse Team. Bangkok: Center for Alcohol Studies; 2006.

บทที่

4 การคัดกรอง

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงกระบวนการคัดกรองผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นการคัดกรองทั้งในและนอกสถานบริการทางสุขภาพ เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่นิยมใช้ ทั้งเครื่องมือชนิดที่เป็นแบบสอบถามเชิงจิตวิทยาและเครื่องมือตรวจทางชีวภาพ เนื้อหาในบทนี้นอกจากจะเป็นแนวทางให้จิตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพจิตเข้าใจวิธีการคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราในประชากรทั่วไปและผู้ป่วยแล้ว ยังกระตุ้นให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจจะมีปัญหาจากการดื่มสุราร่วมด้วยในเวชปฏิบัติทั่วไป และสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ

สาระสำคัญ

- การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราเป็นการค้นหาผู้ดื่มสุราตั้งแต่ยังอยู่ในระยะของการดื่มแบบเสี่ยงหรือการดื่มแบบอันตราย เพื่อจะได้ให้การบำบัดอย่างย่อ หรือประเมินอย่างละเอียด และวางแผนให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ก่อนที่เขาจะกลายเป็นผู้ติดสุรา หรือมีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาทางสังคมรุนแรงต่อไป
- การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ควรทำในสถานที่ที่มีความชุกของภาวะดังกล่าวสูง ได้แก่ ในสถานพยาบาล เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการทางจิตเวช และหน่วยฝากครรภ์ และนอกสถานพยาบาล เช่น หน่วยงานในระบบยุติธรรม และสถานศึกษา
- เครื่องมือคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทใหญ่ คือเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา โดยการใช้แบบสอบถาม และเครื่องมือทางชีวภาพโดยการตรวจสารคัดหลั่งจากร่างกาย
- แบบสอบถามคัดกรองแบ่งออกเป็นสามชนิด ได้แก่ แบบสอบถามเฉพาะการดื่มสุรา แบบสอบถามการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ และแบบสอบถามการดื่มสุราที่เป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ
- เครื่องมือคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย และได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นและแม่นยำในระดับที่ยอมรับได้ ได้แก่ MAST, CAGE, AUDIT, ASSIST และ ASSIST ฉบับย่อ
- ตัวชี้วัดทางชีวภาพที่บอกถึงภาวะของร่างกายที่เป็นผลจากการดื่มสุรา แบ่งออกเป็นสองประเภท คือ ตัวชี้วัดที่บ่งถึงการดื่มสุราหรือปัญหาจากการดื่มในปัจจุบัน (state marker) เช่น การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในร่างกาย และตัวชี้วัดที่บ่งถึงความอ่อนแอที่ผู้นั้นจะเกิดปัญหาหรือโรคติดสุรา (trait marker) เช่น การตรวจหายีนที่กำกับรหัสเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญแอลกอออล์ในร่างกาย

ในปัจจุบันแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับการป้องกันและการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากกว่าการดูแลรักษาผู้ติดสุราแต่เพียงอย่างเดียว การคัดกรอง (screening) จึงเป็นงานสำคัญ ทำให้สามารถค้นหาผู้ดื่มสุราตั้งแต่ยังอยู่ในระยะของการดื่มแบบเสี่ยงหรือการดื่มแบบอันตราย (hazardous and harmful drinking) เพื่อจะได้ให้การบำบัดอย่างย่อ (brief intervention) หรือประเมินอย่างละเอียด และวางแผนให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ก่อนที่เขาจะกลายเป็นผู้ติดสุราต่อไป ซึ่งนอกจากการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำได้ง่าย และมีราคาถูกกว่าแล้ว ยังเป็นการดูแลรักษาที่สามารถทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหลายระดับ ในปัจจุบันมีเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุราหลายชนิด สำหรับใช้คัดกรองในหน่วยงานต่างๆ ทั้งในสถานบริการทางสุขภาพ ชุมชน สถานศึกษา และหน่วยงานในระบบยุติธรรม

ความหมายของการคัดกรอง

การคัดกรอง เป็นการใช้วิธีการที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา หรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาดังกล่าว[1] การคัดกรองจึงเป็นวิธีการที่ใช้กับประชากรกลุ่มต่างๆ ที่เราต้องการค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหา เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสวัสดิการสังคม เพื่อค้นหาว่าเขากำลังมีปัญหา หรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา เช่น ภาวะดื่มสุราแบบเสี่ยง ภาวะดื่มแบบอันตราย หรือโรคติดสุราอยู่หรือไม่ หรือเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาสังคมจากการดื่มสุราตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนที่ปัญหาจะลุกลามไปมากขึ้นหากเขายังคงดื่มต่อไป[2] ประชากรเป้าหมายของการคัดกรอง คือคนซึ่งยังไม่แสดงอาการของความผิดปกติจากการดื่มสุราออกมา นอกจากนี้ การคัดกรองอาจจะเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม หรือเป็นขั้นตอนพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค และเพื่อแยกระหว่างผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการดูแลรักษาเพียงเล็กน้อย กับผู้ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษามากขึ้นต่อไป[3]

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง คือการคัดกรองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาคนที่มีความเสี่ยง ส่วนการค้นหาผู้ป่วย (case finding) คือการค้นหาผู้ที่ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ความแตกต่างของทั้งสองวิธีการนี้ ขึ้นอยู่กับมาตรการดูแลรักษาต่อไปที่จะให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง[4] ในปัจจุบันมีผู้พัฒนาวิธีการคัดกรองปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราขึ้นมามากมาย ทั้งวิธีการที่ใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการให้ผู้ถูกคัดกรองรายงานข้อมูลของตนเอง (self-report technique) ด้วยการสัมภาษณ์ตามโครงสร้าง (structured interview questionnaire) หรือแบบอ่านและตอบเอง (self-administered questionnaire) หรือแบบที่ผู้สัมภาษณ์ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการสัมภาษณ์ (computer-assissted personal interview; CAPI) ซึ่งอาจจะเป็นแบบที่ผู้ถูกคัดกรองอ่านและตอบเองจากคอมพิวเตอร์ (computer-assissted self interview; CASI) หรือใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พร้อม

เสียงสัมภาษณ์ (audio-computer assisted self interview; ACASI) และวิธีการตรวจสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อค้นหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biological markers)

เนื่องจากการคัดกรองเป็นวิธีการเพื่อค้นหาผู้ที่มีความน่าจะเป็นที่จะมีปัญหาจากการดื่มสุราออกมา การคัดกรองจึงมีความแตกต่างกับการทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค (diagnostic testing) ผลการคัดกรองที่บอกว่าผิดปกติ หรือผลบวก เป็นเพียงการบอกว่ามีความน่าสงสัยที่บุคคลนั้นจะมีปัญหาจากการดื่มสุรา หรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา และหากผลการคัดกรองเป็นลบก็บอกเพียงว่า คนๆ นั้นมีความน่าจะเป็นต่ำที่จะมีปัญหาดังกล่าว คนที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก จำเป็นต้องได้รับการประเมินหรือทดสอบโดยละเอียดต่อไป เพื่อยืนยันหรือคัดแยกความผิดปกติออกไป

ข้อควรคำนึงในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

เงื่อนไขก่อนการคัดกรอง

ก่อนที่จะจัดให้มีการคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพใดๆ ในสถานบริการทางการแพทย์ ควรมีเงื่อนไขพื้นฐานต่อไปนี้ คือ โรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นต้องมีลักษณะอาการ หรืออาการแสดงที่ชัดเจนเพียงพอที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดที่น่าเชื่อถือได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอในเรื่องธรรมชาติของการดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง และประชากรกลุ่มเสี่ยง ต้องมีเครื่องมือคัดกรองที่มีความเชื่อมั่นและแม่นยำสูง ราคาไม่แพง ง่ายต่อการใช้ และทั้งผู้ใช้และประชากรเป้าหมายของการคัดกรองยอมรับ และต้องมีการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพรองรับในการให้บริการแก่ผู้ที่มีผลการคัดกรองว่าเป็นโรค หรือมีปัญหานั้นได้ต่อไป ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรามีลักษณะที่ตรงกับเงื่อนไขดังกล่าวทุกข้อ เพราะเป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากล มีองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะธรรมชาติและการดำเนินโรค มีเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ราคาถูก และมีวิธีการดูแลรักษาผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานวิชาการ

การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราที่ดีที่สุด ควรจะทำในสถานที่ที่จะเอื้อให้สามารถให้บริการขั้นต่อไปที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกได้ ในกระบวนการคัดกรองควรจะประกอบด้วย การอธิบายผลการคัดกรองให้ผู้รับการคัดกรองทราบอย่างเหมาะสม เพื่อจะทำให้บุคคลนั้นไปรับการตรวจประเมินโดยละเอียดต่อไป นอกจากนั้น ในทุกสถานที่ที่มีการคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ควรจะประกอบด้วย บริการที่พร้อมสำหรับตรวจประเมินซ้ำ สำหรับผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก ให้การบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย และระบบส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาแบบเข้มข้นสำหรับผู้ที่ติดสุราหรือมีปัญหาซับซ้อนรุนแรงอีกด้วย ทั้งนี้เพราะ การคัดกรองจะมีประโยชน์ต่อบุคคลหรือสังคม ขึ้นอยู่กับว่าการคัดกรองนั้น สามารถทำให้ผู้ที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรามองเห็นปัญหาของตนเอง และยอมรับการดูแลรักษาในลำดับต่อไป[3]

ตารางที่ 4.1 เงื่อนไขก่อนการคัดกรอง

- มีภาวะที่เป็นปัญหาสำคัญ รุนแรง และส่งผลกระทบต่อสุขอนามัย และความอยู่ดีมีสุขของบุคคลและชุมชน
- มีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับได้ให้แก่ผู้ป่วยที่มีผลคัดกรองเป็นบวก
- มีหลักฐานทางวิชาการว่า การตรวจพบผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหา และให้การดูแลรักษาตั้งแต่ช่วงแรกช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าการรักษาในภายหลัง
- มีวิธีการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย
- ค่าใช้จ่ายของกระบวนการตรวจคัดกรองเหมาะสม

ดัดแปลงจาก สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย-คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.[5]

ข้อคำนึงทางจริยธรรม

ถึงแม้ว่าจะใช้เครื่องมือหรือคำถามคัดกรองที่ง่ายและสั้น แพทย์และบุคลากรสุขภาพก็ควรจะคำนึงถึงความกังวลหรืออึดอัดใจของผู้ถูกคัดกรอง เช่น ความอับอายที่ตนเองดื่มสุราอย่างหนัก และทำให้เกิดปัญหาครอบครัว หรืออุบัติเหตุ ผู้ทำการคัดกรองอาจจะช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยได้ด้วยการย้ำว่า การตัดสินใจที่จะเปิดเผยข้อมูลการดื่มสุราหรือปัญหาต่างๆ ของเขาขึ้นอยู่กับตัวเขาเองเป็นหลัก และข้อมูลต่างๆ ที่เขาเปิดเผยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่เปิดเผยแก่ผู้อื่นใดก่อนจะได้รับอนุญาตจากผู้ถูกคัดกรองเอง การปฏิบัติเช่นนี้เป็นสิ่งสำคัญมากในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกี่ยวข้องกับคดีความ ไม่ว่าจะเป็นคดีแพ่งหรืออาญา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นที่ดื่มสุรา เพื่อจะได้รับความเชื่อถือไว้วางใจและความร่วมมือจากผู้ถูกคัดกรองหรือผู้ป่วย และผู้ทำการคัดกรองควรจะอธิบายให้ผู้ถูกคัดกรองหรือผู้ป่วยทราบด้วยว่า เครื่องมือคัดกรองมิได้เป็น “เครื่องมือวิเศษ” ที่จะทำให้ค้นหาปัญหาหรือจับผิดผู้ถูกคัดกรองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามก็เป็นเพียงกลุ่มของคำถามหลายๆ คำถามที่ใช้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยในเวชปฏิบัติตามปกติเท่านั้น และตามหลักจรรยาบรรณในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพก็ไม่ประสงค์ที่จะจับผิดผู้ถูกคัดกรองหรือผู้ป่วย[6]

คุณสมบัติของเครื่องมือคัดกรอง (Psychometric properties)

เครื่องมือคัดกรองต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะสม สำหรับใช้ในการคัดกรองภาวะนั้น โดยมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) สูง รวมทั้งมีค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และคุณค่าการทำนาย (predictive values) ในระดับที่ยอมรับได้สำหรับประชากรที่ต้องการคัดกรอง และมีความตรงทางเนื้อหาที่เหมาะสมกับภาวะที่ต้องการคัดกรอง เช่น Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย (hazardous หรือ harmful drinking) ในประชากรทั่วไปและในเวชปฏิบัติในประเทศไทย[7] แต่ Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) หรือ CAGE (Cut down - Annoyed - Guilty - Eye opener) เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อคัดกรองโรคติดสุราในผู้ป่วย แต่ไม่เหมาะสำหรับคัดกรองภาวะดื่มแบบเสี่ยง หรือแบบอันตรายในผู้ป่วยไทย[8]

การใช้เครื่องมือคัดกรองชนิดที่เป็นแบบสอบถามต้องคำนึงถึงระดับการศึกษา ความสามารถในการเข้าใจภาษา และวัฒนธรรมของประชากรที่ถูกคัดกรอง ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะมีเครื่องมือคัดกรองที่ทดสอบแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูงในประชากรกลุ่มหนึ่ง ก่อนนำมาใช้กับประชากรอีกกลุ่มที่มีความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม ก็ควรจะทดสอบก่อนว่าสามารถใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ หรืออาจจะต้องปรับปรุงภาษาหรือเนื้อหาบางส่วนเพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

การคัดกรองในหน่วยบริการต่างๆ

การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราสามารถทำได้ในกลุ่มประชากร และสถานที่ต่างๆ หลายประเภท ซึ่งผู้ทำการคัดกรองในสถานที่เหล่านี้ควรจะเลือกใช้กระบวนการและเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมกับประชากรนั้นๆ เพื่อจะได้นำผลการคัดกรองไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้อย่างเหมาะสม

การคัดกรองในสถานบริการทางสุขภาพ

การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราสามารถทำได้ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการทางจิตเวช และหน่วยบริการเฉพาะทางอื่นๆ เช่น หน่วยบริการผู้ป่วยเอดส์/เอชไอวี และหน่วยฝากครรภ์ เป็นต้น โดยหลักการเป็นหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรสุขภาพอยู่แล้วที่จะต้องซักประวัติและประเมินว่าผู้ป่วยดื่มสุรา มีปัญหาจากการดื่ม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ หรือไม่ แต่ในความเป็นจริง สถานบริการทางสุขภาพทุกแห่งมีภาระงานต่างๆ มากมาย และขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเพียงพอในการประเมินดังกล่าว การคัดกรองเบื้องต้นจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และยังช่วยให้บุคลากรที่ไม่ได้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ มาก่อน ได้ทราบว่าจะถามคำถามอย่างไรเพื่อจะประเมินปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราของผู้ป่วยออกมาได้ และช่วยให้ผู้ที่ทำงานในด้านนี้มาก่อนแล้วทำงานได้เร็วขึ้น[6]

เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราบางอันผู้ป่วยสามารถอ่านและตอบเองได้ บางอันจำเป็นต้องใช้การสัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพ การศึกษาหลายอันยืนยันถึงประโยชน์ของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการทางสุขภาพระดับต่างๆ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการคัดกรอง-บำบัดอย่างย่อ-ส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป (Screening, Brief Interventions, Referral for Treatment; SBIRT)[9,10]

การคัดกรองในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิและในเวชปฏิบัติทั่วไป

ผู้ป่วยมาสถานบริการทางสุขภาพปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลด้วยปัญหาสุขภาพหลายประเภท รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพมักจะได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย จึงเป็นโอกาสในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา[11] ซึ่งอาจเริ่มตั้งแต่การถามคำถามง่ายๆ สั้นๆ ไปจนถึงการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน ตัวอย่างคำถามง่ายๆ ที่สามารถใช้ค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแบบเสี่ยงอันตรายหรือผู้ติดสุราได้คือ “ในการดื่มแต่ละครั้งใน 3 เดือน (หรือ 12 เดือน) ที่ผ่านมา คุณมักดื่มเครื่องดื่มอะไร (สุราประเภทใด) ปริมาณเท่าไร” แล้วบุคลากรสุขภาพคำนวณดูว่า ปริมาณที่ผู้ป่วยตอบจัดว่าเป็นการดื่มปริมาณมากจนเสี่ยงอันตราย (binge drinking) หรือไม่ ซึ่งการใช้คำถามเดียว (single-question screen) ที่ถามถึงการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมามีความไว 0.82-0.87 และความจำเพาะ 0.61-0.79 ในการคัดกรองผู้ดื่มสุราแบบเป็นปัญหา (alcohol misuse) ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ[12]

ผู้ป่วยทุกคนที่มาหน่วยบริการสุขภาพ ควรได้รับการถามเกี่ยวกับการดื่มสุราเป็นประจำทุกปี หรือเมื่อพบว่ามีปัญหาใดๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา หรือเมื่อมารับการตรวจร่างกายประจำปี หากบุคลากรสุขภาพสงสัยว่าผู้ป่วยตอบปริมาณการดื่มน้อยกว่าความเป็นจริง ก็ควรจะถามเกี่ยวกับปริมาณการดื่มให้ละเอียดมากขึ้นต่อไป

จากโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดรักษาสำหรับผู้ใช้สุรายาสูบและสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย (Thailand ASSIST Screening and Brief Intervention Implementation Project - ต่อไปนี้จะเรียกโดยย่อว่า Thailand ASSIST-SBI) โดยผู้นิพนธ์และคณะในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556 ในพื้นที่ศึกษาของโครงการซึ่งได้แก่สถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) ในอำเภอจะนะและควนเนียงของจังหวัดสงขลา อำเภอซุมแพ พระยืน และซัมสูงของจังหวัดขอนแก่น พบว่า จากการคัดกรองโดยพยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ผู้ป่วยที่มารับบริการร้อยละ 30 และร้อยละ 3 มีความเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงตามลำดับต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพ การทำหน้าที่ หรือสัมพันธภาพหากยังคงใช้สารเสพติดในลักษณะเดิมนั้นต่อไป สารเสพติดที่พบจากการคัดกรองมากที่สุดคือผลิตภัณฑ์ยาสูบและสุรา รองลงมาคือกัญชา สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ใบกระท่อม และสารระเหย การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยด้วยปัญหาสุขภาพใดๆ

ก็ตาม มีปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูง และการคัดกรองในสถานบริการทางสุขภาพดังกล่าวเป็นงานที่สามารถทำได้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการทางสุขภาพเหล่านี้ยอมรับและพึงพอใจที่จะให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อแก่ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลของตน และงานบริการนี้เป็นประโยชน์ทั้งกับตัวผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ และชุมชนเป็นอย่างยิ่ง[13-15]

เครื่องมือคัดกรองภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราที่ได้รับการทดสอบการใช้ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย ได้แก่ Shortened MAST[8], CAGE[8,16], AUDIT[17] และ ASSIST[13-15]

การคัดกรองในแผนกการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยอุบัติเหตุ

ผู้ดื่มสุรามักจะมาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วยปัญหาต่างๆ หลายรูปแบบ เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือทำร้ายตนเอง มีภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication) หรือมีภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) ดังนั้นการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในห้องฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง และสามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือคัดกรองต่างๆ[4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือคัดกรองที่เป็นภววิสัย เช่น การวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration; BAC) ซึ่งจะทำให้พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราสูงกว่าการคัดกรองโดยใช้แบบรายงานตนเอง[18] อย่างไรก็ตามอาจจะมีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้การคัดกรองในห้องฉุกเฉินทำได้ลำบาก เช่น สภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินที่ชุลมุนวุ่นวาย เวลาที่รีบเร่ง แพทย์หรือบุคลากรไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะทำได้ และไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสม นอกจากนั้น ปัญหาทางจริยธรรมและกฎหมายก็อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การคัดกรองปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราทำได้ลำบาก เช่น บริษัทประกันสุขภาพอาจจะปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้ผู้ป่วย หากตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้บาดเจ็บสูงเกินขนาด

จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชิ้นหนึ่ง พบว่า Fast Alcohol Screening Tool (FAST) เป็นเครื่องมือที่มีความไวสูงสุดในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในห้องฉุกเฉิน (ร้อยละ 93-94) เมื่อเทียบกับเครื่องมืออื่นๆ อีกสามชนิด ได้แก่ Paddington Alcohol Test (PAT), Rapid Alcohol Problem Screen (RAPS-4) และ TWEAK แต่เนื่องจาก FAST ได้รับการออกแบบมาสำหรับใช้คัดกรองแบบครอบจักรวาล ดังนั้น จึงอาจจะไม่เหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยในแผนกนี้นัก เพราะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูง ส่วน PAT เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนมากกว่า[19]

รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบอีกฉบับหนึ่ง พบว่าการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในแผนกฉุกเฉินเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ การศึกษานี้รายงานว่ามีเครื่องมือคัดกรอง 11 ชนิดที่ถูกใช้ในการคัดกรองการดื่มสุราและสารเสพติดในเยาวชนที่อายุน้อยกว่า 21 ปีในแผนกฉุกเฉิน และสรุปว่า สำหรับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในเยาวชน การใช้สองคำถามซึ่งอิงตามหลักเกณฑ์

การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV (“ในหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยอยู่ภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ในขณะที่คุณกำลังอยู่ในสถานการณ์ที่อาจทำให้คุณได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บหรือไม่” และ “เคยมีบางครั้งหรือไม่ที่คุณดื่มสุรามากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ตั้งแต่แรก”) มีประสิทธิภาพดียิ่งกว่าการใช้เครื่องมืออื่นๆ (ความไว = 0.88, ความจำเพาะ = 0.90) เยาวชนที่ตอบ “ใช่” ตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไปมีโอกาสมากกว่าแปดเท่าที่จะมีภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรา[20]

การคัดกรองในหอผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมีปัญหาการดื่มสุราแบบเสี่ยง แบบอันตราย หรือมีโรคติดสุราร่วมด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคทางกายที่กำลังเป็นอยู่อย่างมาก การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราและการดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมักจะมีเวลาว่างพอสมควร หอผู้ป่วยในจึงเป็นจุดสำคัญที่ให้บริการคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ เพราะจะสามารถโยงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่กับการดื่มสุรา แนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมักจะได้ผลดี เพราะช่วงเวลาดังกล่าวจัดว่าเป็น “ช่วงที่สอนได้” (‘teachable moment’) เพราะผู้ป่วยจะยอมรับได้ง่ายว่าการดื่มสุราของเขาส่งผลต่อสุขภาพ และมีเครื่องมือคัดกรองหลายชนิดที่สามารถใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยในได้ เช่น ASSIST, AUDIT และ CAGE เป็นต้น[21]

การคัดกรองในผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น ซึ่งส่งผลให้อาการของโรคจิตเวชเลวลง ตอบสนองต่อการรักษาน้อยลง หรือทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาลดลง และแอลกอฮอล์มีปฏิสัมพันธ์กับยารักษาโรคจิตเวชหลายชนิด ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนั้น การดื่มสุราอย่างหนักอาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคทางจิตเวชก็ได้ (alcohol induced mental disorders) เช่น โรคจิตจากการดื่มสุรา (alcohol induced psychotic disorder) และโรคซึมเศร้าจากการดื่มสุรา (alcohol induced depressive disorder) ดังนั้นการคัดกรองการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเวชทุกคนจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นอย่างยิ่ง การละเลยการถามถึงการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่น รวมทั้งยาสูบในผู้ป่วยเหล่านี้อาจจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดความผิดพลาดอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราจะเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยเหล่านี้ เครื่องมือคัดกรองส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ถูกพัฒนามาโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ ด้วยข้อจำกัดทางกระบวนการคิด การรับรู้ สมาธิและการสื่อสาร ทำให้การคัดกรองด้วยเครื่องมือที่ยาวและมีคำถามที่ยากซับซ้อนอาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง หรือมีระดับการรู้ตัวบกพร่อง เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนได้[22]

ในการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา และคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล โดยนพพร ตันติรังสี และผู้นิพนธ์ พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น 663 คน ร้อยละ 48.6 ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในสามเดือนที่ผ่านมา โดยร้อยละ 23 ใช้สารมากกว่าหนึ่งชนิดพร้อมกัน สารที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดได้แก่ ยาสูบ (ร้อยละ 47) รองลงมาคือ สุรา (ร้อยละ 11) และกัญชา (ร้อยละ 1.8) เมื่อจำแนกด้วยแบบคัดกรอง Brief-ASSIST ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ร้อยละ 38 และร้อยละ 8.9 จัดเป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงตามลำดับ ซึ่งจัดว่าเป็นความชุกที่สูงมาก และสูงกว่าความชุกของความเสี่ยงระดับดังกล่าวในผู้ป่วยของสถานพยาบาลปฐมภูมิอีกด้วย นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดระดับปานกลางและสูงยังมีอาการทางจิตและความบกพร่องในการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดระดับต่ำอีกด้วย[23] การศึกษานี้นอกจากจะแสดงให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ยังชี้ให้เห็นว่าการคัดกรองการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และควรเป็นกิจกรรมที่บุคลากรสุขภาพจิตควรทำเป็นประจำในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

การคัดกรองในหน่วยบริการฝากครรภ์

เป็นที่ทราบดีว่าแอลกอฮอล์เป็นสารพิษที่มีผลต่อทารกในครรภ์ หญิงที่ดื่มสุราเป็นประจำทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงมากที่จะให้กำเนิดทารกที่เป็นโรค fetal alcohol spectrum disorders (FASD) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วยภาวะบกพร่องทั้งทางสติปัญญา รูปร่างหน้าตา การเคลื่อนไหว และพฤติกรรม ซึ่งมีระดับความรุนแรงหลายระดับ โดยระดับที่รุนแรงสูงสุดเรียกว่า Fetal Alcohol Syndrome (FAS) ซึ่งพบในทารกที่เกิดจากมารดาที่ดื่มหนักในขณะตั้งครรภ์[24] โรค FASD เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างเด็ดขาด หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ดื่มสุรา ดังนั้นการให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธ์ให้งดดื่มสุราหากกำลังวางแผนที่จะตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์ และการคัดกรองการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก[25]

ในการคัดกรองการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ ควรจะถามถึงการดื่มทั้งในช่วงกำลังตั้งครรภ์และก่อนที่จะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่เคยดื่มหนักเป็นประจำอยู่แล้ว มักจะยังคงดื่มอยู่ต่อไปในระดับเดิมจนตั้งครรภ์ โดยอาจจะไม่ทราบว่าตนเองได้ตั้งครรภ์แล้ว จึงไม่ได้หยุดดื่ม หรืออาจจะไม่ทราบว่าการดื่มสุราของตนเองมีผลต่อทารกในครรภ์อีกด้วย ในหญิงตั้งครรภ์บางรายที่เป็นโรคติดสุรา ก็อาจจะไม่สามารถหยุดดื่มได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษา ดังนั้นการถามเพียงปริมาณและความถี่ของการดื่มในขณะตั้งครรภ์จึงไม่เพียงพอ หากหญิงตั้งครรภ์คนนั้นเคยดื่มสุรามาก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

การคัดกรองควรจะทำตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และทำอีกเป็นระยะๆ จนหลังคลอด ควรถามรูปแบบการดื่มสุราก่อนที่จะทราบว่าได้ตั้งครรภ์แล้วด้วย เพื่อจะได้ประเมินแบบแผนการดื่มในระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์[26] นอกจากนั้น หากพบหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราเป็นประจำ แพทย์ควรให้ความ

สนใจดูแลทารกหลังคลอดด้วย หากพบว่าทารกมีลักษณะที่เข้าได้กับโรค FASD หรือมีความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าว ก็ควรจะติดตามดูแลหรือส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญติดตามดูแลทารกนั้นต่อไป

อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์ก็อาจไม่ตอบลักษณะการดื่มสุราของตนเองตามความเป็นจริง เนื่องจากความอาย หรือด้วยเหตุผลอื่นๆ การตรวจปัสสาวะ หรือใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่มีคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราร่วมด้วยอาจจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ดีกว่า เครื่องมือคัดกรองที่ถูกทดสอบว่าใช้ได้ดีในหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ T-ACE, TWEAK และ AUDIT-C เป็นต้น[27] สตรีที่ได้ผลบวกจากการคัดกรองไม่ว่าจากเครื่องมือใดก็ตาม ควรได้รับการประเมินต่อและให้การบำบัดแบบย่อเพื่อช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับทารกต่อไป[28-30]

การศึกษาในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงโรงพยาบาลศูนย์ ในห้าพื้นที่ทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 โดยเก็บข้อมูลการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสที่สามจำนวน 773 คน พบหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 18 ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งหน่วยมาตรฐานในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 12 หยุดดื่มเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ แต่ร้อยละ 6 ยังคงดื่มต่อไปจนถึงปัจจุบัน[31] ถึงแม้ว่าในการศึกษานี้จะไม่ได้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการดื่มก่อนตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ สุขภาพมารดาหลังคลอด และผลกระทบต่อทารกที่คลอดออกมาก็ตาม แต่ก็แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์จำนวนมากดื่มสุรา ผู้หญิงจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์จนกว่าจะมีอายุครรภ์หลายสัปดาห์ เพราะอาจจะไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน จึงไม่ได้หยุดดื่มสุรา การเฝ้าระวังผลกระทบต่อทารกของหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ควรทำต่อไป

ในโครงการวิจัยเรื่องการค้นหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2556-2557 เพื่อศึกษาลักษณะและความชุกของการใช้สุราและสารเสพติด และปัญหาสุภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ และผลกระทบในทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้สุราและสารเสพติด หรือมีปัญหาสุขภาพจิต โดยศึกษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่าง 2,510 คน (ประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของโรงพยาบาลที่ศึกษาประมาณร้อยละ 5.1 (95% confidence interval (CI): 4.31, 6.08) ดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 30.4 (95% CI: 28.56, 32.20) รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ใช้สารเสพติด หรือปัญหาสุขภาพจิตในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่ได้แต่งงาน หรือการหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย การไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบันมาก่อน และการไม่สามารถพึ่งพาคนอื่นได้ ผลการวิจัยจากโครงการนี้คาดว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการและศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ปัญหาความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยต่อไป[32] ข้อมูลเบื้องต้นจากโครงการทั้งสองโครงการนี้สนับสนุนว่าปัญหาการดื่มสุราในหญิง

ตั้งครรภ์ในประเทศไทย เป็นเรื่องสำคัญ และควรจัดบริการคัดกรองการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในประเทศไทยต่อไป

การคัดกรองในระบบยุติธรรม

ในแต่ละปีมีผู้ถูกจับกุมและผู้ต้องหาคดีความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกาย และการขับรถขณะเมาสุราจำนวนมาก การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในระบบยุติธรรมจึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นประโยชน์มาก เป้าหมายของการคัดกรองในระบบนี้ คือการค้นหา และคัดแยกระดับความเสี่ยงของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เพื่อจะพิจารณาให้การดูแลที่เหมาะสม และทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับปัญหาพฤติกรรมที่กำลังเป็นคดีด้วย ซึ่งหากให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมก็จะป้องกันการเกิดคดีแบบเดียวกันซ้ำซ้อนได้อีกด้วย[6]

การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในระบบยุติธรรม เป็นงานที่ท้าทาย เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองส่วนใหญ่ เช่น MAST, AUDIT และ ASSIST ถูกพัฒนามาสำหรับใช้ในประชากรทั่วไป หรือประชากรในระบบบริการสุขภาพ ไม่ได้ถูกพัฒนามาสำหรับการคัดกรองในระบบบังคับคดี เพราะเครื่องมือเหล่านี้เป็นการถามข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราจากตัวผู้ตอบโดยตรง โดยไม่ได้รวมข้อมูลอื่นๆ ที่ได้จากศาล หรือครอบครัว หรือข้อมูลจากการตรวจทางชีวเคมี จึงทำให้การประเมินการดื่มสุราทำได้ยากมากขึ้น ผู้ถูกจับกุมเองก็อาจจะกลัวที่จะถูกลงโทษหรือไม่ได้รับสิทธิในการดูแลลูก หรือถูกทัณฑ์บนถ้าตอบว่าตนเองดื่มสุรา การคัดกรองในระบบยุติธรรมจึงเป็นเรื่องยาก และจำเป็นต้องมีการฝึกหัดเจ้าหน้าที่เฉพาะในการทำงานนี้[3] การคัดกรองการดื่มสุราในระบบยุติธรรมอาจจะเริ่มตั้งแต่การถามคำถามง่ายๆ โดยตำรวจที่พบผู้กระทำความผิดเป็นคนแรก ว่าผู้กระทำความผิดนั้นดื่มสุรามาก่อนหรือไม่ ต่อจากนั้นก็ยังมีอีกหลายโอกาสที่จะคัดกรองได้ในกระบวนการจับกุมและไต่สวนพิจารณาโทษ เช่น ที่สถานีตำรวจ ก่อนขึ้นศาล หรือเมื่อเข้าสู่กระบวนการคุมประพฤติ เป็นต้น[33]

การคัดกรองในเยาวชนและนักศึกษา

การดื่มสุราในเยาวชนและนักเรียนนักศึกษาที่ยังมีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะดื่มสุราได้ (underage drinking) จัดเป็นปัญหาพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเยาวชนและต่อสังคมอย่างรุนแรง และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในนักเรียนไทย[34,35] เยาวชนส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มบ่อยๆ แต่เมื่อดื่มสุราก็มักจะดื่มปริมาณมากต่อครั้ง การดื่มในลักษณะนี้มักจะสัมพันธ์กับการเกิดอันตรายรุนแรงอย่างเฉียบพลันได้ (acute harm) นอกจากนี้ เยาวชนที่ดื่มสุรามักจะสูบบุหรี่ด้วย และเยาวชนที่ทั้งดื่มสุราและสูบบุหรี่ด้วยจะมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะมีปัญหาพฤติกรรม เช่น การชกต่อยทะเลาะวิวาท การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย[36] ในการคัดกรองการดื่มสุราในเยาวชนและนักเรียนนักศึกษาจึงควรทำร่วมกับการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ รวมทั้งการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

การคัดกรองในเยาวชนและนักเรียนนักศึกษา สามารถทำได้ในศูนย์สุขภาพในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย ศูนย์ให้การปรึกษา หน่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลในท้องถิ่น โดยอาจให้นักศึกษาตอบคำถามคัดกรองก่อนเข้ารับบริการเป็นต้น[37] นอกจากนี้อาจจะใช้การคัดกรองด้วยคอมพิวเตอร์หรือทางเว็บไซต์ (web-based screening) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการตอบรับที่ดีในเยาวชนและนักศึกษา[38,39]

ในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในเยาวชน ควรจะทำด้วยความระมัดระวัง ด้วยเครื่องมือที่มีความแม่นยำเพียงพอ เพื่อจะได้ไม่เป็นการตราหน้า (label) อย่างผิดๆ ว่าเยาวชนคนนั้นเป็นผู้ดื่มสุราหรือผู้เสพสารเสพติด และหากสงสัยว่าเยาวชนคนใดน่าจะมีปัญหาการดื่มสุรา ใช้สารเสพติดหรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ควรจะส่งต่อเยาวชนคนนั้นไปรับการตรวจประเมินหรือให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป[6]

มีเครื่องมือคัดกรองหลายชนิดที่ถูกพัฒนาขึ้นมา เพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดในเยาวชนโดยเฉพาะ เช่น RAFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble), Young Adult Alcohol Problems Screening Test (YAAPST), College Alcohol Problems Scale-revised (CAPS-r), Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI), CAGE-AA (CAGE questions adapted for adolescents), CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) และ AUDIT เป็นต้น[37, 40]

เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราสามารถจำแนกออกได้เป็นสี่ประเภท คือ

1) แบบสอบถามคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราโดยเฉพาะ

2) แบบสอบถามคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราร่วมกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

3) แบบสอบถามคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชนิดอื่นๆ รวมทั้งโรคร่วมทางจิตเวช

4) เครื่องมือคัดกรองทางชีวภาพโดยการตรวจสารคัดหลั่งจากร่างกาย (biological screening test)

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราบางอันที่เป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลาย

แบบสอบถามคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราโดยเฉพาะ

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) เป็นแบบคัดกรองที่เก่าแก่ที่สุด พัฒนาขึ้นมาตั้งปี พ.ศ. 2514 ใช้สำหรับคัดกรองโรคติดสุรา[41] MAST ฉบับแรกสุดประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาจากการดื่มของตนเอง แต่ละคำถามมีมาตรคะแนนตั้งแต่ 1-5 ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ นอกจาก MAST ฉบับเต็ม

แล้ว ยังมีผู้พัฒนา MAST ฉบับย่อออกมาอีก ได้แก่ Shortened MAST หรือ SMAST ซึ่งมีคำถาม 12 ข้อ ซึ่งได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ในการคัดกรองภาวะติดสุราในผู้ป่วยไทยในเวชปฏิบัติทั่วไปได้[8] โดยแยกระหว่างผู้ติดสุรากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในระดับต่ำกว่าได้ดีในสถานบริการทางการแพทย์

CAGE เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้คัดกรองภาวะติดสุราอีกฉบับหนึ่งซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก[42] เพราะประกอบด้วยคำถามเพียง 4 ข้อ ตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

1. CUT DOWN คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่
2. ANNOYED เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
3. GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
4. EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกหลังตื่นนอนในตอนเช้าเลยหรือไม่ เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

สำหรับผู้ที่ตอบใช่ตั้งแต่สองข้อขึ้นไปของ CAGE สามารถจะจำแนกได้ว่ามีภาวะติดสุรา จากการทดสอบประสิทธิภาพของ CAGE ในประเทศไทย ผู้นิพนธ์พบว่า CAGE ไม่มีความไวและความจำเพาะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไทย[8] ซึ่งผู้นิพนธ์ได้วิเคราะห์ว่า เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ตามหลักพุทธศาสนาสอนว่า การดื่มสุราหรือของมึนเมาผิดศีลข้อที่ห้า ดังนั้น เมื่อถามว่า “คุณเคยรู้สึกผิด ไม่ดี หรือเสียใจต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่” ผู้ตอบส่วนใหญ่จะตอบว่า “เคย” ไม่ว่าจะเป็นผู้ดื่มที่มีปัญหาหรือไม่มีก็ตาม และเมื่อถามคำถามข้อที่หนึ่งว่า “คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่” ผู้ตอบส่วนใหญ่ก็มักตอบใช่อีกเช่นกัน เพราะรู้สึกว่าการดื่มสุราเป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่ควรทำ ผิดหลักศาสนา ดังนั้น คำถามของ CAGE สองข้อนี้จึงไม่สามารถใช้แยกระหว่างผู้ดื่มปกติกับผู้ดื่มที่มีปัญหาออกจากกันได้ อย่างไรก็ตาม วิวัฒน์ เชวงชัยยง และนิศานาถ โชคเกิด ได้เคยนำ CAGE มาใช้เพื่อตรวจหาผู้ติดสุราในโรงพยาบาล ก็พบว่าสามารถใช้คัดกรองโรคติดสุราในผู้ป่วยไทยได้ดี[16]

นอกจากนี้ ทั้ง MAST และ CAGE ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ และรูปแบบการดื่มสุราของผู้ป่วย เครื่องมือทั้งสองอันนี้ไม่สามารถแยกระหว่างปัญหาการดื่มในอดีตและปัญหาในปัจจุบันได้ และเครื่องมือทั้งสองอันนี้ถูกพัฒนาและทดสอบในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ชัดเจนและรุนแรงแล้ว คือในผู้ที่ติดสุรา และไม่ได้มีวัตถุประสงค์สำหรับนำไปใช้ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มระดับรุนแรงน้อยกว่า เช่น ในผู้ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย[3] ดังนั้น ผู้นิพนธ์จึงเห็นว่า MAST และ CAGE จึงไม่เหมาะสำหรับการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือในเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายมากกว่าที่จะเป็นโรคติดสุรา

แบบสอบถาม CAGE ได้กลายเป็นต้นแบบในการพัฒนาแบบคัดกรองอื่นๆ ขึ้นมาอีกหลายฉบับ ได้แก่

- **T-ACE** ซึ่งประกอบด้วยคำถามของ CAGE 3 คำถามและคำถามอาการ Tolerance (คุณต้องดื่มกี่หน่วยดื่มมาตรฐานจึงจะรู้สึกสบาย มีความสุข (high)) เพิ่มขึ้นมาอีกหนึ่งคำถาม[30]
- **NET** ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ ถามว่าผู้นั้นเป็น Normal drinker, Eye-opener และ Tolerance
- **TWEAK** มาจาก Tolerance (คุณสามารถดื่มได้มากที่สุดกี่หน่วยดื่มมาตรฐานต่อครั้ง) Worry about drinking (เคยมีเพื่อนสนิทหรือญาติเป็นห่วงหรือบ่นเกี่ยวกับการดื่มของคุณในปีที่แล้วหรือไม่) Eye-opener (บางครั้งคุณเคยดื่มในตอนเช้าหลังตื่นนอนหรือไม่) Amnesia หรือ alcohol-related blackouts (เคยมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวบอกว่าคุณได้ทำหรือพูดอะไรไปในขณะที่คุณดื่มสุราซึ่งคุณจำไม่ได้เลยหรือไม่) และ K มาจาก cut down[43]

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาโดยกลุ่มนักวิจัยนานาชาติขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการดื่มสุราตั้งแต่ระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง (moderate and high risk) ซึ่งเทียบเท่ากับการดื่มแบบเสี่ยงและแบบอันตราย (hazardous and harmful drinking) ไปจนถึงระดับเสี่ยงรุนแรงมาก (very high risk) ซึ่งมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเป็นโรคติดสุรา (probable alcohol dependence) ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติทั่วไป[44,45] AUDIT ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา ความถี่ของการดื่มปริมาณมากต่อครั้ง อาการของโรคติดสุรา และปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับการดื่มสุรา แต่ละคำถามมีมาตรคะแนนตั้งแต่ 0-4 ทำให้คะแนนรวมสูงสุดของเครื่องมือเท่ากับ 40 ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ถือว่าให้ผลบวก และสามารถจำแนกผลการคัดกรองออกเป็นสี่ระดับ ดังนี้[46]

1. คะแนน 0-7 จัดเป็นผู้ไม่ดื่มสุรา หรือเป็นผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาระดับต่ำ (non-drinker หรือ low-level problem drinker)

2. คะแนน 8-15 จัดเป็นผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาระดับปานกลาง (moderate-level problem drinker) หรือผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ผู้ได้คะแนนระดับนี้ควรได้รับคำแนะนำแบบง่าย (simple advice)

3. คะแนน 16-19 จัดเป็นผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาระดับสูง (high-level problem drinker) หรือผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) ผู้ได้คะแนนระดับนี้ควรได้รับการให้การปรึกษาแบบย่อและการกำกับดูแลต่อไป (brief counseling and continued monitoring)

4. คะแนน 20 ขึ้นไป จัดเป็นผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาระดับสูงมาก (very high-level problem drinker) หรืออาจจะถึงขั้นเป็นโรคติดสุรา (probable alcohol dependence) ผู้ได้คะแนนระดับนี้ควรได้รับการประเมินเพื่อการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราหรือไม่ต่อไป

ความสามารถของ AUDIT ในการคัดกรองผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรามีความแตกต่างกันมาก โดยขึ้นกับกลุ่มประชากรที่ถูกคัดกรองและจุดตัดที่ใช้ โดยเครื่องมือนี้มีความแม่นยำที่สุดเมื่อใช้กับผู้ป่วยของสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยสูงอายุ[47,48]

จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2555[12] Jonas และคณะสรุปว่า ผลการศึกษาจากโครงการวิจัยขนาดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลายโครงการพบว่า ณ จุดตัดของ AUDIT ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ซึ่งเป็นจุดตัดที่แนะนำกันทั่วไป AUDIT มีความไวเพียง 0.44-0.51 และความจำเพาะ 0.96-0.97 ในการคัดกรองผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ถ้าใช้จุดตัดอื่นที่ต่ำลงมา จะได้ค่าความไวและความจำเพาะที่สมดุลมากกว่า เช่น ที่จุดตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 0.84-0.85 และ 0.77-0.84 ตามลำดับ และที่จุดตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 0.70-0.92 และ 0.73-0.94 ตามลำดับ นอกจากนี้ จุดตัดที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงและผู้ชายอาจจะแตกต่างกันด้วย สำหรับผู้หญิงที่จุดตัด $\geq$4 และ $\geq$5 ค่าความไวเท่ากับ 0.47-0.65 และ 0.35-0.53 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 0.70-0.79 ที่จุดตัด $\geq$3 (และมีความจำเพาะเท่ากับ 0.86-0.87)[12]

นอกจากการใช้ AUDIT ฉบับกระดาษแล้ว AUDIT ยังเป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราที่ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองทางคอมพิวเตอร์หรือเว็บไซต์อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับใช้คัดกรองในนักเรียนนักศึกษาและเยาวชน เนื่องจาก AUDIT เป็นแบบคัดกรองที่สั้น เข้าใจง่าย ผู้สนใจสามารถอ่าน ตอบคำถาม และคิดคะแนนได้ด้วยตนเอง ผลรวมของคะแนนสามารถให้ข้อมูลสะท้อนกลับได้ทันที[38,39]

ในประเทศไทยก็ได้มีการนำ AUDIT มาใช้เพื่อศึกษาความชุกของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล[49] และในการสำรวจความชุกของการดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายในชุมชนภาคใต้[7] ซึ่งพบว่า AUDIT มีความไวและความจำเพาะในระดับที่ยอมรับได้ สามารถใช้กับประชากรทั่วไปได้ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (ที่จุดตัดคะแนน 8 ขึ้นไป ความไวเท่ากับร้อยละ 78 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 75 ในการวินิจฉัยภาวะการดื่มแบบเสี่ยงและแบบอันตรายขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิฉัยโดยจิตแพทย์[7])

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์และการสอบถามจากบุคลากรสุขภาพหรือนักวิจัยที่เคยนำ AUDIT ไปใช้ทั้งในการคัดกรองในโรงพยาบาล และในงานวิจัยทางคลินิกและในชุมชน พบว่าความยากของการใช้ AUDIT กับคนไทยคือ การถามคำถามข้อที่สองและสาม ซึ่งถามเกี่ยวกับปริมาณ

การดื่มสุราต่อวัน และความถี่ของการดื่มหนักต่อครั้ง ในต้นฉบับขององค์การอนามัยโลก จะถามเป็นจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน แต่เนื่องจากคนไทยโดยทั่วไปไม่ทราบว่าปริมาณสุราหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับเท่าไร ดังนั้นใน AUDIT ฉบับภาษาไทยที่ผู้นิพนธ์ได้พัฒนาขึ้นมา จึงได้ใช้ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิด เช่น เบียร์ 1-2 กระป๋อง (ประมาณครึ่งถึงหนึ่งขวดใหญ่) หรือเหล้า 25-50 มล. (ประมาณ 1 ถ้วยยาเล็กถึง 1 เป็ก) หรือไวน์ 100-200 มล. (1-2 แก้ว) แทนที่จะถามเป็นปริมาณ 1-2 หน่วยดื่มมาตรฐาน เป็นต้น[7] แต่ถึงแม้จะใช้ถามปริมาณตามขนาดภาชนะของสุราแต่ละชนิดเช่นนี้ก็ตาม บุคลากรสุขภาพที่นำ AUDIT ไปใช้ในเวชปฏิบัติก็ยังพบว่า การถามคำถามปริมาณสุราที่ดื่มให้ได้คำตอบที่แม่นยำก็ยังค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตาม AUDIT ก็จัดว่าเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากในประเทศไทย สำหรับใช้คัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในชุมชน และใช้ในงานวิจัยต่างๆ เพราะเป็นแบบสอบถามที่สั้นและใช้เวลาไม่นาน

นอกจาก AUDIT ฉบับเต็มซึ่งมี 10 คำถามแล้ว ได้มีผู้พัฒนา AUDIT ฉบับย่อขึ้นมาด้วย ได้แก่

- **AUDIT-C** หรือ Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption ซึ่งประกอบด้วยคำถามของ AUDIT สามข้อแรกที่เกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราเท่านั้น[50,51]
- **AUDIT-3** ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 3 ของ AUDIT ซึ่งถามเกี่ยวกับการดื่มหนักแบบเป็นครั้งคราว (episodic heavy drinking - binge drinking)

อย่างไรก็ตาม AUDIT ฉบับเต็มมีค่าการทำนายการมีโรคจากผลการทดสอบเป็นบวก (positive predictive value) สูงกว่าฉบับย่อ ดังนั้นการใช้ AUDIT ฉบับเต็มจึงน่าจะดีกว่าฉบับย่อในการคัดกรองการดื่มสุราแบบเสี่ยงแบบอันตรายและโรคติดสุรา[51]

นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีผู้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราแบบสองคำถามโดยเอาต้นแบบมาจากคำถามการดื่มสุราของ AUDIT ซึ่งประกอบด้วย คำถามที่ 1 เป็นจำนวนแก้วมาตรฐานที่ดื่มต่อครั้ง และคำถามที่ 2 เป็นความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ โดยถือว่าเป็นผู้ดื่มผิดปกติเมื่อดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้วต่อครั้ง หรือมากกว่า 7 แก้วต่อสัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของเครื่องมือสองคำถามนี้กับ CAGE ในการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราระดับผิดปกติ จากผู้ป่วยนอกของห้องตรวจโรคทั่วไปของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าแบบคัดกรองนี้มีประสิทธิภาพต่ำกว่า CAGE เพียงเล็กน้อย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยตามแบบทดสอบมาตรฐาน DSM-IV ความไวของแบบคัดกรองสองคำถามนี้เท่ากับร้อยละ 81.82 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 70.49 แบบคัดกรองดังกล่าวจึงเป็นเครื่องมือที่ดีฉบับหนึ่งสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และสามารถใช้ได้ง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย และราคาถูกอีกด้วย[52]

ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT) ฉบับภาษาไทย[7]

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. คุณดื่มสุราบ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่านั้น 2. 2-4 ครั้งต่อเดือน
   3. 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4. 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์

2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยทั่วไป เวลาที่คุณดื่มสุรา คุณมักดื่มปริมาณเท่าไรต่อวัน
   0. เบียร์ 1-2 กระป๋อง (ประมาณครึ่งถึงหนึ่งขวดใหญ่) หรือเหล้า 25-50 มล. (ประมาณ 1 ฝาขวดกลมถึง 1 เป๊ก) หรือไวน์ 100-200 มล. (1-2 แก้ว)
   1. เบียร์ 3-4 กระป๋อง (ประมาณ 2 ขวดใหญ่) หรือเหล้า 50-100 มล. (ประมาณ 1/4 แบน) หรือไวน์ 300-400 มล. (3-4 แก้ว)
   2. เบียร์ 5-6 กระป๋อง (ประมาณ 3 ขวดใหญ่) หรือเหล้า 150 มล. (เกือบครึ่งแบน) หรือไวน์ 500-600 มล. (5-6 แก้ว)
   3. เบียร์ 7-9 กระป๋อง (ประมาณ 4 ขวดใหญ่) หรือเหล้า 175-225 มล. (ครึ่งถึงสามในสี่แบน) หรือไวน์ 700-900 มล. (7-9 แก้ว)
   4. เบียร์ 10 กระป๋องขึ้นไป (ประมาณ 5 ขวดขึ้นไป) หรือเหล้าหนึ่งแบนขึ้นไป หรือไวน์ 1,000 มล. (10 แก้วขึ้นไป)

3. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยดื่มปริมาณมาก หรือดื่มอย่างหนัก เช่น เบียร์มากกว่า 6 กระป๋อง (มากกว่า 3 ขวดใหญ่โดยประมาณ) หรือเหล้ามากกว่าครึ่งแบนต่อวัน บ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง 2. ทุกเดือน 3. ทุกสัปดาห์ 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

4. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้วบ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง 2. ทุกเดือน 3. ทุกสัปดาห์ 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

5. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยไม่ได้ทำในสิ่งที่คุณควรจะทำเป็นปกติ เนื่องจากคุณมัวแต่ไปดื่มสุราบ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง 2. ทุกเดือน 3. ทุกสัปดาห์ 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

6. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยต้องดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อที่คุณจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติได้ หรือเพื่อถอนอาการเมาค้างหรือมือสั่น จากการที่คุณได้ดื่มหนักในคืนที่ผ่านมาบ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง 2. ทุกเดือน 3. ทุกสัปดาห์ 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

7. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกผิด ไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ หลังจากที่คุณดื่มสุรา บ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง 2. ทุกเดือน 3. ทุกสัปดาห์ 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

8. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไปบ่อยเพียงไร
   0. ไม่เคยเลย 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง 2. ทุกเดือน 3. ทุกสัปดาห์ 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

9. ตัวคุณเองหรือคนอื่นๆ เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่
   0. ไม่เคยเลย 2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 4. เคย และเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

10. เคยมีญาติ เพื่อนฝูง หรือแพทย์ หรือบุคลากรทางแพทย์ แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณ หรือแนะนำให้คุณเลิกดื่มบ้างหรือไม่
    0. ไม่เคยเลย 2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 4. เคย และเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev. 2003;22:287-93.[7]

เครื่องมือคัดกรองการดื่มสุราร่วมกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ

เนื่องจากผู้ดื่มสุราจำนวนหนึ่งมักจะนิยมใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้คัดกรองได้ทั้งการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ พร้อมกันไป ตัวอย่างของเครื่องมือเหล่านี้ได้แก่

4P's Plus ประกอบด้วยคำถามสี่ข้อ ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สุราและสารเสพติดโดยเฉพาะ คำถามทั้งสี่ข้อค่อนข้างกว้าง แต่มีความไวสูง ถ้าตอบใช่เพียงหนึ่งข้อก็จัดว่ามีผลการคัดกรองเป็นบวก '4P' ของ 4P's Plus ได้แก่ Parents, Partner, Past, และ Pregnancy โดยคำถามสี่ข้อประกอบด้วย[53,54]

- Parents: พ่อหรือแม่ของคุณเคยมีปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่นหรือไม่
- Partner: สามีหรือคู่ครองของคุณเคยมีปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่นหรือไม่
- Past: คุณเคยดื่มเหล้า ไวน์ หรือเบียร์ หรือไม่
- Pregnancy: ในหนึ่งเดือนก่อนที่คุณจะทราบว่าคุณตั้งครรภ์ คุณสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไวน์หรือเบียร์ปริมาณเท่าไร (คำถามสุดท้ายนี้ บางครั้งอาจจะแยกเป็นสองคำถามก็ได้ โดยแยกถามเรื่องการสูบบุหรี่ออกมาจากการดื่มสุรา)

แบบคัดกรองนี้ใช้เวลาเพียงไม่ถึงหนึ่งนาทีในการถาม ดังนั้นจึงสามารถพ่วงเข้าไปกับการตรวจประเมินในการฝากครรภ์ตามปกติได้โดยง่าย 4P's Plus เป็นเครื่องมือที่มีความสอดคล้องภายในดี (internal consistency) มีความไวและความจำเพาะสูง และที่เป็นประโยชน์มากในทางคลินิกก็คือ เครื่องมือนี้มีค่าการทำนายการมีโรคจากผลการทดสอบเป็นบวกสูง ซึ่งแสดงว่า หญิงตั้งครรภ์เกือบทุกคนที่มีความเสี่ยงของการดื่มสุราขณะตั้งครรภ์จะมีผลการคัดกรองเป็นบวก[53,54]

Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen เป็นเครื่องมือสำหรับใช้โดยกุมารแพทย์ แบบสอบถามนี้จะเน้นที่การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง DAP Quick Screen ฉบับเริ่มต้นมีคำถาม 42 ข้อ ต่อมาได้มีการปรับปรุงจนเหลือคำถาม 30 ข้อ[55]

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) เป็นแบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดชนิดอื่นๆ ได้แก่ กัญชา โคเคน ยาบ้า ยากล่อมประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ฝิ่นและยาอื่นๆ[56,57] พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยนานาชาติขององค์การอนามัยโลกเพื่อใช้เป็นวิธีการอย่างง่ายในการตรวจคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารชนิดอื่นๆ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substances) ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ[58,59]

สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากใบกระท่อมและสารผสมจากน้ำต้มใบกระท่อม (เช่น สี่คูณร้อย) เป็นสารเสพติดที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด ในแบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย จึงได้บรรจุคำถามเกี่ยวกับการใช้ใบกระท่อมและสารผสมน้ำต้มใบกระท่อมลงไปด้วย[14,60,61] แบบคัดกรอง ASSIST ให้

ข้อมูลเกี่ยวกับ สารเสพติดที่บุคคลเคยใช้ตลอดช่วงชีวิต และในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ภาวะติดสารเสพติด และการใช้สารเสพติดชนิดฉีด ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองสารเสพติดแต่ละชนิดสูง สามารถใช้ได้ในพื้นที่หลากหลายวัฒนธรรม เพราะเคยได้รับการทดสอบคุณสมบัติมาแล้วในประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย[56] และยังพบว่าสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเป็นครั้งแรกได้อีกด้วย[62]

การคัดกรองด้วย ASSIST สามารถใช้เตือนผู้ใช้สารเสพติดได้ว่าเขาอาจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้ในอนาคต หรือการใช้สารเสพติดอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยที่ผู้รับบริการประสบอยู่ได้ เป็นโอกาสให้บุคลากรสุขภาพเริ่มพูดคุยกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของเขาได้ และสามารถเชื่อมต่อไปยังการบำบัดแบบย่อได้ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไปสามารถลดหรือหยุดใช้สารเสพติด และหลีกเลี่ยงภัยอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้

การทดสอบคุณสมบัติของ ASSIST ครั้งแรกทำในผู้ป่วยของแผนกบำบัดรักษาสารเสพติดและแผนกปฐมภูมิในประเทศต่างๆ ทั่วโลกครอบคลุม 10 พื้นที่รวมทั้งในประเทศไทย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบคัดกรอง ASSIST โดยการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ดำเนินการในปี พ.ศ. 2540-2542 ผลการศึกษาแสดงว่าแบบคัดกรองมีความเชื่อมั่น และสามารถใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิได้[58] การศึกษาระยะที่ 2 ดำเนินการในระหว่าง พ.ศ. 2543-2545 เพื่อหาค่าความแม่นยำของแบบคัดกรอง ASSIST โดยศึกษาในอาสาสมัครใน 7 พื้นที่กระจายทั่วโลกรวมประเทศไทย ผลการวิเคราะห์พบว่า ASSIST มีความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญกับเครื่องมืออื่น ได้แก่ Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite) (r = 0.76-0.88), Severity of Dependence Scale (SDS) (r = 0.59), AUDIT (r = 0.82), Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire (RTQ) (r = 0.78) และ MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่า ASSIST มีความไวอยู่ในช่วงร้อยละ 54-97 และความจำเพาะอยู่ในช่วงร้อยละ 50-96 สำหรับสารแต่ละชนิด[56]

นอกจาก ASSIST ฉบับแรกเริ่มแล้ว ยังมี ASSIST ฉบับย่อหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบอีกได้แก่

- NMASSIST (National Institute on Drug Abuse (NIDA) - modified ASSIST)[63] ซึ่งดัดแปลงโดยสถาบันสารเสพติดแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเพิ่มคำถามคัดกรองแบบเร็วเข้าไปก่อนที่จะถามคำถามของ ASSIST
- Brief-ASSIST หรือ ASSIST ฉบับย่อ ซึ่งมีสองฉบับให้เลือกใช้ ได้แก่ Brief-ASSIST$_{TAM}$ สำหรับใช้ในประชากรที่มีความชุกของการใช้ยาบ้าสูง และ ASSIST$_{TAC}$ สำหรับใช้ในประชากรที่มีความชุกของการใช้กัญชาสูง[64]

- ASSIST-Lite (Ultra-rapid ASSIST) ซึ่งเป็น ASSIST ฉบับย่อมาก เหลือเพียง 2-4 คำถามสำหรับสารเสพติดแต่ละชนิด ทำให้สามารถใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดทุกชนิดได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ยังคงความไวและความแม่นยำใกล้เคียงกับ ASSIST ฉบับเต็ม[65]
- ASSIST-Y มีสองฉบับสำหรับใช้กับเด็กอายุ 10-14 ปี และเยาวชนอายุ 15-17 ปี มีข้อคำถามที่ดัดแปลงมาจาก ASSIST ฉบับเต็ม โดยตัดคำถามบางข้อที่ไม่เกี่ยวกับเด็กหรือเยาวชนออกไป เช่น คำถามเรื่องการใช้สารเสพติดแบบฉีด และเปลี่ยนข้อความบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชน[64]
- eASSIST หรือ ASSIST ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เป็นแบบสอบถาม ASSIST ฉบับเต็มที่พัฒนาลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถอ่านคำถาม เลือกคำตอบและคิดคะแนนได้สะดวก และมีบัตรคำตอบพร้อมแบบให้ข้อมูลสะท้อนกลับปรากฏขึ้นมาหน้าจอ[64]

ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST V3.1) ฉบับภาษาไทย[59-61]

บทนำ (โปรดอ่านให้ผู้ป่วยฟัง)

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการใช้สุรา ผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารเสพติดชนิดอื่นๆ ตลอดชีวิตของคุณและภายในสามเดือนที่ผ่านมา สารเหล่านี้อาจจะใช้โดยการสูบ กลืน นัด สูดดม ฉีดหรือกินเป็นยาเม็ดก็ได้ (แสดงบัตรยา) คุณอาจได้รับสารเหล่านี้บางชนิดโดยแพทย์สั่งให้ (เช่น แอมเฟตามีน ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวด) ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ เราจะไม่บันทึกยาต่างๆ ที่คุณได้รับจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม ถ้าคุณใช้ยาเหล่านี้ด้วยเหตุผลที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง หรือใช้บ่อยกว่า หรือขนาดมากกว่าที่แพทย์สั่ง กรุณาบอกให้ผม/ดิฉันทราบด้วย

เนื่องจากเราสนใจเกี่ยวกับการใช้สารผิดกฎหมายของคุณ โปรดมั่นใจว่า เราจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวกับการใช้สารเหล่านี้ของคุณเป็นความลับที่สุด

หมายเหตุ: ก่อนถามคำถาม ให้ส่ง ASSIST Response Card แก่ผู้ป่วย

คำถามที่ 1 (โปรดกาคำตอบในช่องของสารแต่ละชนิด)

ในชีวิตของคุณ คุณเคยใช้สารต่อไปนี้หรือไม่ (นอกเหนือจากการใช้ทางแพทย์เท่านั้น)	ไม่เคย	เคย
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	[ ]	[ ]
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	[ ]	[ ]
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	[ ]	[ ]
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	[ ]	[ ]
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาลดความอ้วน ยาอี ยาบ้า ยาไอซ์ ฯลฯ)	[ ]	[ ]
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	[ ]	[ ]
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โรฮิปนอล ดอมิกุม มาโน โซแลมฯลฯ)	[ ]	[ ]
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี กรด เห็ดเมา พีซีพี ยาเค ฯลฯ)	[ ]	[ ]
i. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน บูพรีนอฟิน โคเดอิน ฯลฯ)	[ ]	[ ]
j. ใบกระท่อม	[ ]	[ ]
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย วันทูคอล ฯลฯ)	[ ]	[ ]
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	[ ]	[ ]

ถามเจาะลงไปถ้าคำตอบทุกข้อเป็นลบ:
"ไม่เคยเลยแม้กระทั่งตอนที่คุณยังเรียนหนังสืออยู่หรือ"

ถ้าตอบ "ไม่เคย" ทุกข้อ จบการสัมภาษณ์
ถ้าตอบ "เคย" ข้อใดข้อหนึ่ง ถามคำถามที่ 2 ต่อสำหรับสารแต่ละชนิดที่เคยใช้

คำถามที่ 2

ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารที่คุณกล่าวถึงบ่อยเพียงไร (สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ)	ไม่เคย	1-2 ครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	เกือบทุกวัน
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	2	3	4	6
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	0	2	3	4	6
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	2	3	4	6
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	2	3	4	6
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาอี ยาบ้า ไอซ์)	0	2	3	4	6
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	0	2	3	4	6
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โซแลมฯ)	0	2	3	4	6
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี เห็ดเมา พีซีพี ยาเค)	0	2	3	4	6
i. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน โคเดอิน)	0	2	3	4	6
j. ใบกระท่อม	0	2	3	4	6
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย)	0	2	3	4	6
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	0	2	3	4	6

ถ้าตอบ "ไม่เคย" ต่อทุกข้อในคำถามที่ 2 ให้ข้ามไปคำถามที่ 6
ถ้าเคยใช้สารชนิดใดชนิดหนึ่งในสามเดือนที่ผ่านมา ให้ถามคำถามที่ 3, 4 & 5 สำหรับสารแต่ละชนิดที่เคยใช้ต่อไป

คำถามที่ 3

ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณมีความต้องการหรือแรงผลักดันอย่างรุนแรง ที่จะใช้สาร... บ่อยเพียงไร ***(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ)***	**ไม่เคย**	**1-2 ครั้ง**	**เดือนละครั้ง**	**สัปดาห์ละครั้ง**	**เกือบทุกวัน**
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	3	4	5	6
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	0	3	4	5	6
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	3	4	5	6
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	3	4	5	6
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาอี ยาบ้า ไอซ์)	0	3	4	5	6
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	0	3	4	5	6
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โซแลมฯ)	0	3	4	5	6
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี เห็ดเมา พีซีพี ยาเค)	0	3	4	5	6
i. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน โคเดอิน ฯลฯ)	0	3	4	5	6
j. ใบกระท่อม	0	3	4	5	6
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย)	0	3	4	5	6
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	0	3	4	5	6

คำถามที่ 4

ในสามเดือนที่ผ่านมา การใช้สาร... ***(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ)*** **ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินกับคุณบ่อยเพียงไร**	**ไม่เคย**	**1-2 ครั้ง**	**เดือนละครั้ง**	**สัปดาห์ละครั้ง**	**เกือบทุกวัน**
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	4	5	6	7
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	0	4	5	6	7
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	4	5	6	7
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	4	5	6	7
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาอี ยาบ้า ไอซ์)	0	4	5	6	7
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	0	4	5	6	7
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โซแลมฯ)	0	4	5	6	7
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี เห็ดเมา พีซีพี ยาเค)	0	4	5	6	7
i. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน โคเดอิน ฯลฯ)	0	4	5	6	7
j. ใบกระท่อม	0	4	5	6	7
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย)	0	4	5	6	7
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	0	4	5	6	7

คำถามที่ 5

ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะทำได้ตามปกติเนื่องจากคุณใช้สาร... *(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ)* บ่อยเพียงไร	ไม่เคย	1-2 ครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	เกือบทุกวัน
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	-	-	-	-	-
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	0	5	6	7	8
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	5	6	7	8
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	5	6	7	8
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาอี ยาบ้า ไอซ์)	0	5	6	7	8
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	0	5	6	7	8
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โซแลมฯ)	0	5	6	7	8
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี เห็ดเมา พีซีพี ยาเค)	0	5	6	7	8
i. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน โคเดอิน ฯลฯ)	0	5	6	7	8
j. ใบกระท่อม	0	5	6	7	8
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย)	0	5	6	7	8
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	0	5	6	7	8

ถามคำถามที่ 6 & 7 สำหรับสารทุกชนิดที่เคยใช้ (สารที่ตอบว่าเคยใช้ในคำถามที่ 1)

คำถามที่ 6

เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่นเคยแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้สาร *(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ)* ของคุณหรือไม่	ไม่เคย	เคย, และเกิดขึ้นใน 3 เดือนนี้	เคย, แต่ไม่ใช่ใน 3 เดือนนี้
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	6	3
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	0	6	3
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	6	3
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	6	3
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาอี ยาบ้า ไอซ์)	0	6	3
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	0	6	3
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โซแลม)	0	6	3
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี เห็ดเมา พีซีพี ยาเค ฯลฯ)	0	6	3
I. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน โคเดอิน ฯลฯ)	0	6	3
j. ใบกระท่อม	0	6	3
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย)	0	6	3
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	0	6	3

คำถามที่ 7

คุณเคยพยายามลด หรือหยุดใช้สาร *(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ)* แต่ไม่ประสบความสำเร็จ หรือไม่	**ไม่เคย**	**เคย, และเกิดขึ้น ใน 3 เดือนนี้**	**เคย, แต่ไม่ใช่ ใน 3 เดือนนี้**
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	6	3
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า)	0	6	3
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	6	3
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	6	3
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาอี ยาบ้า ไอซ์)	0	6	3
f. สารระเหย (ไนตรัส กาว น้ำมันรถ ทินเนอร์ ฯลฯ)	0	6	3
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลี่ยม โซแลม)	0	6	3
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี เห็ดเมา พีซีพี ยาเค ฯลฯ)	0	6	3
i. สารกลุ่มฝิ่น (เฮโรอิน มอร์ฟีน เมทาโดน โคเดอิน ฯลฯ)	0	6	3
j. ใบกระท่อม	0	6	3
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย)	0	6	3
l. สารอื่นๆ ระบุ.....	0	6	3

คำถามที่ 8

คุณเคยใช้สารใดๆ โดยการฉีดหรือไม่ (นอกเหนือจากการใช้ทางการแพทย์เท่านั้น)	**ไม่เคย**	**เคย, และเกิดขึ้น ใน 3 เดือนนี้**	**เคย, แต่ไม่ใช่ ใน 3 เดือนนี้**
(โปรดกาที่คำตอบ)	☐	☐	☐

ข้อความสำคัญ

ควรถามผู้ป่วยที่เคยฉีดยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาถึงรูปแบบของการฉีดยาในช่วงเวลานั้น เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงและระยะเวลาที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดรักษา

รูปแบบของการฉีดยา	แนวทางการบำบัด
4 วันต่อเดือนโดยเฉลี่ย หรือ น้อยกว่านั้น ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	→ การบำบัดแบบย่อ ร่วมกับบัตร “ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฉีดยา”
มากกว่า 4 วันต่อเดือนโดยเฉลี่ย ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	→ ประเมินต่อไปและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นมากขึ้น

วิธีการคำนวณคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด

สำหรับสารแต่ละชนิด (ระบุเป็น a. ถึง l.) รวมคะแนนที่ได้จากคำถามที่ 2 ถึง 7 เข้าด้วยกัน ไม่ต้องรวมคะแนนที่ได้จากคำถามที่ 1 หรือคำถามที่ 8 ในคะแนนส่วนนี้ ตัวอย่าง เช่น คะแนนความเสี่ยงจากการใช้กัญชาต้องคำนวณจาก Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c +Q7c

หมายเหตุ Q5 สำหรับยาสูบไม่มีคะแนน ดังนั้นจึงคำนวณโดย Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ประเภทของการบำบัดจะถูกกำหนดโดยคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด

	บันทึกคะแนน	ไม่ต้องบำบัด	ให้การบำบัดแบบย่อ	ให้การบำบัดแบบเข้มข้น
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ		0-3	4-26	27+
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		0-10	11-26	27+
c. กัญชา		0-3	4-26	27+
d. โคเคน		0-3	4-26	27+
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน		0-3	4-26	27+
f. สารระเหย		0-3	4-26	27+
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ		0-3	4-26	27+
h. ยาหลอนประสาท		0-3	4-26	27+
i. สารกลุ่มฝิ่น		0-3	4-26	27+
j. ใบกระท่อม		0-3	4-26	27+
k. สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม		0-3	4-26	27+
l. สารอื่น ๆ ระบุ.....		0-3	4-26	27+

บัตรรายงานข้อมูลสะท้อนกลับ

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
(WHO ASSIST V3.1)

คะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดรายชนิด

สารเสพติด	คะแนนที่ได้	ระดับความเสี่ยง		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ		0-3	4-26	27+
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		0-10	11-26	27+
c. กัญชา		0-3	4-26	27+
d. โคเคน		0-3	4-26	27+
e. สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน		0-3	4-26	27+
f. สารระเหย		0-3	4-26	27+
g. ยากล่อมประสาท		0-3	4-26	27+
h. ยาหลอนประสาท		0-3	4-26	27+
i. สารกลุ่มฝิ่น		0-3	4-26	27+
j. ใบกระท่อม		0-3	4-26	27+
k. สารผสมน้ำใบกระท่อม		0-3	4-26	27+
l. สารอื่น ๆ ระบุ.....		0-3	4-26	27+

คัดมาจาก สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ, 2554.[60,61]

แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ASSIST-Lite*

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดใน 3 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น		
1 คุณสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์จากยาสูบหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*> ไม่: ข้ามไป Q2*
1a คุณมักจะสูบมากกว่า 10 มวนต่อวันหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Tobacco score:*
1b คุณมักจะสูบภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอนหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cut-off = 2/3*
2 คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอออล์หรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*> ไม่: ข้ามไป Q3*
2a ในแต่ละครั้งที่คุณดื่ม คุณดื่มมากกว่า 4 หน่วยมาตรฐานหรือไม่ *	ใช่ [1] ไม่ [0]	
2b คุณเคยพยายามที่จะควบคุม ลด หรือหยุดดื่ม แต่ไม่สำเร็จหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Alcohol score:*
2c เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cut-off = 3/4*
* 1 หน่วยมาตรฐาน ประมาณเท่ากับ ไวน์หนึ่งแก้ว (100 cc.) เบียร์หนึ่งกระป๋อง หรือเหล้าขาว/แดง (เช่น แม่โขง หงส์ทอง) หนึ่งถ้วยยา (30 cc.)		
3 คุณใช้กัญชาหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*> ไม่: ข้ามไป Q4*
3a คุณเคยมีความอยากหรือความต้องการอย่างมากที่จะใช้กัญชาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cannabis score:*
3b เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้กัญชาของคุณหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cut-off = 2/3*
4 คุณใช้ยากระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า/ยาอี/ไอซ์/หรือโคเคน หรือยากระตุ้นประสาทอื่นๆที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้ หรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*> ไม่: ข้ามไป Q5*
4a คุณใช้ยานี้อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือบ่อยกว่านั้น หรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Stimulant score:*
4b เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ยาบ้า/ยาอี/ไอซ์ของคุณหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cut-off = 2/3*
5 คุณใช้ยากล่อมประสาท/ยานอนหลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้หรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*> ไม่: ข้ามไป Q6*
5a คุณเคยมีความอยากหรือความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะใช้ยากล่อมประสาท/ยานอนหลับอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Sedative score:*
5b เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ยากล่อมประสาท/ยานอนหลับของคุณหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cut-off = 2/3*
6 คุณใช้สารกลุ่มฝิ่น เช่น ฝิ่น/เฮโรอิน/ผงขาวโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้หรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*> ไม่: ข้ามไป Q7*
6a คุณเคยพยายามที่จะควบคุม ลด หรือหยุดใช้ แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Opioid score:*
6b เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ฝิ่น/เฮโรอิน/ผงขาวของคุณหรือไม่	ใช่ [1] ไม่ [0]	*Cut-off = 2/3*
7. คุณใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ หรือไม่ คุณใช้สารอะไร _____	ไม่ต้องให้คะแนน แต่ให้ประเมินต่อ	

สาวิตรี อัษณางค์กรชัยและคณะ. 2556.[32]

จากการใช้ ASSIST ในประเทศไทยทั้งในโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดรักษาสำหรับผู้ใช้สุรายาสูบและสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย (Thailand ASSIST-SBI)[14] และการสอบถามจากบุคลากรสุขภาพ นักวิจัย และนักวิชาการที่นำ ASSIST ฉบับภาษาไทยที่ผู้นิพนธ์และคณะได้จัดทำขึ้นมาไปใช้ พบว่า ASSIST มีข้อดีที่แตกต่างจาก AUDIT ในการใช้คัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา คือ ASSIST ไม่มีคำถามเรื่องปริมาณสุราที่ดื่มต่อวันหรือคำถามเรื่องการดื่มปริมาณมากต่อครั้ง จึงทำให้ง่ายต่อการถาม นอกจากนี้ เนื่องจาก ASSIST ได้ถูกพัฒนาเพื่อให้เป็นการคัดกรองควบคู่กับการบำบัดอย่างย่อในกรณีที่ผู้ป่วยถูกจัดว่าได้ผลการคัดกรองเป็นผู้ใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงปานกลาง ดังนั้น ในชุดเครื่องมือของ ASSIST จึงมีตัวอย่างความเสี่ยงและอันตรายต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หากผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดในระดับนั้นต่อไป ทำให้ในการถามคำถามข้อที่สามซึ่งเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการดื่มสุราในสามเดือนที่ผ่านมา ผู้คัดกรองสามารถยกตัวอย่างเหล่านี้ประกอบได้ นอกจากนั้น ASSIST สามารถคัดกรองได้ทั้งการดื่มสุราและการใช้ยาสูบและสารเสพติดชนิดอื่นไปได้พร้อมๆ กัน

อย่างไรก็ตาม ASSIST ก็มีข้อจำกัดในเรื่องความยาวของเครื่องมือ และการคิดคะแนน ทำให้ต้องใช้เวลามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาใช้กับผู้ถูกคัดกรองที่มีประสบการณ์ใช้สารเสพติดหลายชนิดในชีวิตหรือในสามเดือนที่ผ่านมา และผู้ใช้แบบคัดกรองนี้ต้องได้รับการฝึกหัดมาอย่างดีก่อนที่จะนำไปใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คำตอบของคำถามแต่ละข้อซึ่งเป็นความถี่เฉลี่ยของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในสามเดือนที่ผ่านมาหรือในชีวิต ผู้ถามอาจจะเกิดความสับสนได้หากไม่ได้รับการฝึกหัดมาก่อน แบบคัดกรอง ASSIST จึงไม่สามารถนำมาใช้ในรูปแบบที่ให้ผู้ป่วยหรือผู้ถูกคัดกรองอ่านและตอบด้วยตนเองได้ (self-administered) ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว จึงทำให้ ASSIST อาจจะไม่เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการคัดกรองแบบครอบจักรวาล (universal screening) ในสถานบริการทางสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งบุคลากรมีภาระงานล้นมือ และต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน[13,14] แต่ ASSIST-lite น่าจะมีศักยภาพที่จะถูกใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบครอบจักรวาลในเวชปฏิบัติในประเทศไทยมากกว่า เพราะเป็นแบบสอบถามที่สั้น ใช้ง่าย และครอบคลุมประสบการณ์การใช้สารเสพติดทุกชนิด

CAGE-AID (CAGE - Adapted to Include Drugs) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก CAGE เพื่อถามทั้งการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ตัวอย่างเช่น คำถามแรกจะเป็น “คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดของคุณลงหรือไม่” เช่นเดียวกันกับ CAGE ฉบับสุรา CAGE-AID จะเน้นที่ประสบการณ์การใช้สารเสพติดในชีวิต ดังนั้นผู้ที่ติดสารเสพติดจึงมักจะได้ผลการคัดกรองเป็นบวก ส่วนผู้ที่ไม่ติด แต่ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงอาจจะได้ผลการคัดกรองเป็นลบก็ได้ รวมทั้งไม่สามารถแยกระหว่างผู้ที่มีปัญหาในปัจจุบัน (active) กับผู้ที่เคยมีปัญหามาในอดีตแต่ไม่รุนแรงแล้วในปัจจุบัน (inactive) ได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของ CAGE และ CAGE-AID[66]

CRAFFT เป็นตัวย่อของคำหลักในคำถาม ได้แก่ Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble[67] CRAFFT เป็นเครื่องมือคัดกรองการใช้สุราและสารเสพติดในเยาวชนที่มีการศึกษามากที่สุด[40] ก่อนจะถามคำถามทั้งหกข้อนี้ จะมีคำถามเบื้องต้นว่าผู้รับบริการเคยใช้สุรา กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นมาก่อนหรือไม่ CRAFFT จะถามถึงประสบการณ์และพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้นในชีวิต โดยไม่ได้ระบุว่าเกิดขึ้นเมื่อไร ข้อคำถามของ CRAFFT พัฒนามาจากคำถามของเครื่องมือคัดกรองในเด็กและวัยรุ่นฉบับอื่นๆ ได้แก่ Problem-Oriented Screening Test for Teenagers (POSIT), Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen, และ RAFFT questionnaire (Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) CRAFFT ได้รับการทดสอบในประชากรหลากหลายทั้งในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล คลินิกสารเสพติดและคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ หน่วยฉุกเฉิน และประชากรทั่วไป ซึ่งพบว่ามีค่าความไวและความจำเพาะอยู่ในช่วง 0.61 ถึง 1.00 และ 0.33 ถึง 0.97 ตามลำดับ ในการแยกระหว่างการใช้สุราหรือสารเสพติดแบบไม่เป็นปัญหากับการใช้แบบเป็นปัญหาและโรคติดสารเสพติด[68]

Drug Abuse Screening Test (DAST) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้คัดกรองและประเมินผลการรักษา สามารถบอกความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติดและปัญหาอื่นๆ ที่เคยเกิดขึ้นในชีวิตได้ DAST-28 (ฉบับ 28 ข้อ) ได้ถูกใช้ในประชากรหลากหลาย และพบว่าใช้ได้ดีที่สุดในประชากรที่ไม่ได้มาขอรับการรักษาพยาบาล DAST ฉบับแรกถูกพัฒนามาจาก MAST ดังนั้น เช่นเดียวกันกับ MAST แบบคัดกรอง DAST ก็ไม่สามารถคัดแยกระหว่างปัญหาที่ยังปรากฏอยู่ในปัจจุบันกับปัญหาเก่าในอดีตได้ นอกจาก DAST-28 แล้วยังมีฉบับอื่นๆ ที่ได้รับการพัฒนาตามมา ได้แก่ DAST-20, DAST-10 และ DAST-A (สำหรับวัยรุ่น) DAST มีค่าความเชื่อมั่นแบบต่างๆ ได้แก่ test–retest, inter-item และ item–total reliability ค่อนข้างสูง และมีค่าความไวร้อยละ 41-96 และความจำเพาะร้อยละ 68-99 ขึ้นอยู่กับประชากรที่ใช้ในการทดสอบ[69]

เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพทั่วไปที่มีคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราร่วมด้วย

เครื่องมือเหล่านี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย การบาดเจ็บ สัมพันธภาพ และการปรับตัวในโรงเรียนหรือในการทำงาน ซึ่งในการคัดกรองหรือสำรวจปัญหาสุขภาพก็มักจะมีคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือผลกระทบจากการดื่มสุราร่วมด้วย ตัวอย่างของเครื่องมือประเภทนี้ได้แก่ Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT), Health Screening Survey และ Health Screening Questionnaire, Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), Co-occurring Disorder Screening Instrument (COMM), Drug Use Screening Inventory - Revised (DUSI-R), Drug Check Problem List (PL) และ Trauma Scale เป็นต้น[3,6]

Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันสารเสพติดแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถาม 139 ข้อ เป็นแบบอ่านและตอบด้วยตนเอง ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้กับเยาวชนอายุ 12 ถึง 19 ปี POSIT จะระบุว่าคนๆ นั้นมีปัญหาหรือไม่ในสิบหมวด ได้แก่ การใช้สารเสพติดและการใช้แบบผิดแผน (substance use and misuse) สถานะสุขภาพจิต สถานะสุขภาพร่างกาย พฤติกรรมก้าวร้าวและเกเร ทักษะสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานะการศึกษา สถานะอาชีพ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และการพักผ่อนหย่อนใจ POSIT สามารถใช้โดยบุคลากรของโรงเรียน ศาลเด็กและเยาวชน บุคลากรสุขภาพจิตและสุขภาพกาย รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานด้านบำบัดรักษาสารเสพติดโดยตรง[70] คำถามแต่ละหมวดของ POSIT มีความสอดคล้องภายใน ความเชื่อมั่นชนิด test-retest reliability และความเที่ยงตรงสูง[71,72]

Co-occurring Disorder Screening Instrument (CODSI) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ถูกออกแบบมาใช้กับผู้ต้องขังที่มีประวัติการใช้สารเสพติดมาก่อน CODSI มีสองฉบับ คือฉบับหกข้อ (CODSI-Mental Disorder; CODSI-MD) ซึ่งใช้คัดกรองโรคจิตเวชใดๆ ก็ได้ และฉบับสามข้อ (CODSI-Severe Mental Disorder; CODSI-SMD) สำหรับคัดกรองโรคจิตเวชรุนแรง (severe mental disorder) CODSI-MD มีความแม่นยำสูงและสามารถใช้จำแนกผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดและการดูแลรักษาทางจิตเวชเฉพาะทางออกมาจากผู้ใช้สารเสพติดโดยทั่วไปได้ ด้วยคำถามว่า “คุณเคยรู้สึกไหมว่าคุณจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาทางด้านอารมณ์ของคุณหรือเคยมีคนบอกคุณหรือไม่ ว่าคุณควรได้รับความช่วยเหลือดังกล่าว” และ “ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยข่มขู่หรือคุกคามคนอื่นอย่างน้อยสองครั้งหรือไม่” ส่วน CODSI-SMD มีความไวสูงในการค้นหาผู้มีโรคจิตเวชรุนแรงได้ ด้วยคำถามเกี่ยวกับ การมีช่วงเวลาที่มีอารมณ์เศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรม manic CODSI-SMD จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อคัดแยกผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะทางออกไปได้[73,74]

โดยสรุป จากที่ผู้นิพนธ์ได้กล่าวมา จะเห็นว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราที่เป็นแบบสอบถามออกมาหลายเครื่องมือ ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในทางคลินิก ทั้งในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และมีเครื่องมือหลายอันได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทย โดยได้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทในประเทศไทย เครื่องมือคัดกรองหลายอันจะมีต้นกำเนิดมาจาก MAST และ CAGE โดยมีความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะพัฒนาเครื่องมือที่สั้นมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาคำถามหนึ่งหรือสองคำถามที่สามารถใช้คัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้เครื่องมือคัดกรองทางจิตวิทยาต้องอาศัยความชำนาญของผู้คัดกรอง เพราะการสัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามเหล่านี้อาจจะขึ้นกับความสามารถของผู้สัมภาษณ์ในการทำให้ผู้ตอบเชื่อถือไว้วางใจและมีแรงจูงใจที่จะตอบความจริง บุคลากรสุขภาพที่จะใช้เครื่องมือเหล่านี้จึงควรจะได้รับการฝึกหัดวิธีใช้เครื่องมือและฝึกฝนการใช้อยู่เป็นประจำ เพื่อจะได้คัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลการคัดกรองที่ถูกต้องแม่นยำ

เครื่องมือคัดกรองทางชีวภาพ (Biological screening tests)

ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้เครื่องมือตรวจทางชีวภาพขึ้นมามากมาย การมีเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่มีความเป็นภววิสัย และไม่ได้ขึ้นกับการรายงานตนเองของผู้ป่วย ทำให้อคติที่เกิดจากการลืมข้อมูล (recall bias) หรือการไม่ยอมรับปัญหา (denial) ของผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อยลง การใช้เครื่องมือทางชีวภาพจึงช่วยให้ผลการคัดกรองแม่นยำขึ้น ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับวางแผนการดูแลรักษาต่อไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการมักมีความไวและความจำเพาะน้อยกว่าแบบสอบถาม แต่ก็มีประโยชน์อย่างมากในการช่วยสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือจากแบบสอบถาม ความแม่นยำของการตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีโรคตับที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มสุรา การกินยาหรือสารชนิดอื่นๆ และการมีโรคทางเมตาบอลิซึมอื่นๆ เป็นต้น[75,76] รวมทั้งขึ้นกับวิธีการเก็บรักษาตัวอย่างทางชีวภาพที่ได้มา และวิธีการทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการแยกและวิเคราะห์ตัวอย่างนั้น[77]

ตัวชี้วัดทางชีวภาพที่ใช้บอกถึงภาวะของร่างกายจากการดื่มสุรา (Biological marker) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. ตัวชี้วัดที่บ่งถึงระดับการดื่มสุราหรือปัญหาจากการดื่มในขณะปัจจุบัน (State marker) การตรวจสำหรับตัวชี้วัดชนิดนี้แบ่งออกได้เป็นสองประเภท คือ การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในร่างกาย และการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการดื่มสุรา state marker จะมีค่าเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้ถูกทดสอบดื่มสุราในปริมาณและเวลาที่แตกต่างไป ในแต่ละครั้งก่อนการทดสอบ

2. ตัวชี้วัดที่บ่งถึงความอ่อนแอที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือโรคติดสุรา (Trait marker) trait marker จะมีค่าคงที่ไม่ว่าผู้นั้นจะดื่มสุราหรือไม่ก็ตาม ตัวอย่างเช่น การตรวจจำแนกยีนกำกับรหัสเอนไซม์ alcohol dehydrogenase และ aldehyde dehydrogenase

การตรวจคัดกรองด้วยการวัดระดับแอลกอฮอล์ในร่างกาย

การตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ลมหายใจ ปัสสาวะ น้ำลาย หรือเหงื่อ แสดงว่าผู้นั้นเพิ่งดื่มสุราเข้าไปในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมงที่ผ่านมา แอลกอฮอล์จะถูกเผาผลาญในอัตราเฉลี่ย 7-8 กรัมต่อชั่วโมง ดังนั้น หากผู้ดื่มสุราดื่มไป 60 กรัม แล้วมาตรวจหลังจากหยุดดื่มไปแล้ว 12 ชั่วโมง อาจจะตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในร่างกายด้วยวิธีธรรมดาได้ อัตราของการเผาผลาญแอลกอฮอล์มีความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ถึง 2-3 เท่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและระยะเวลาที่ตรวจพบแอลกอฮอฮล์ในเลือดของแต่ละบุคคลจึงขึ้นอยู่กับอัตราการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกายของบุคคลนั้น และปัจจัยอื่นๆ อีกหลายอย่าง เช่น อัตราความเร็วของการดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนักตัว องค์ประกอบของร่างกาย ระยะ

เวลาในการกำจัดอาหารในกระเพาะอาหาร (gastric emptying time) ชนิดของอาหารที่เพิ่งกินเข้าไป และปัจจัยทางพันธุกรรม ผู้หญิงจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชายเมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้หญิงมี lean body mass น้อยกว่าผู้ชาย และมีการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในกระเพาะอาหารช้ากว่าผู้ชาย[78]

การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์จากสารคัดหลั่งจากร่างกายสามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองหรือค้นหาผู้ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายสูงเกินกำหนดในสถานการณ์ต่างๆ ได้ เช่นในผู้ขับขี่ยานพาหนะ ในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉิน และในผู้ที่ต้องสงสัยว่ามีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยสามารถตรวจได้จากสารคัดหลั่งจากร่างกายต่อไปนี้

- **การตรวจระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด** การตรวจพบระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด (BAC) มีความสัมพันธ์น้อยกับการมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือการเป็นโรคติดสุรา อย่างไรก็ตาม หากใช้ระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดร่วมกับพฤติกรรมของบุคคลนั้นก็อาจจะช่วยบอกได้ว่าบุคคลนั้นได้เกิดภาวะดื้อต่อแอลกอฮอล์ (tolerance) หรือไม่ ตัวอย่างเช่น คนที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า 150 มก. ต่อ 100 มล. แต่ไม่มีอาการเมาสุราเลย ก็จะบอกได้ว่าคนนั้นดื่มสุราอย่างหนักและเรื้อรังมาก่อน คนที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นบวกในตอนเช้า หรือผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดและพบว่ามีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงก็น่าสงสัยได้ว่าติดสุรา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการจะตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดได้ก็ต่อเมื่อคนๆ นั้นเพิ่งดื่มแอลกอฮอล์ไปในไม่กี่ชั่วโมงที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ป่วยที่ตั้งใจหยุดดื่มสุราสักหนึ่งถึงสองวันก่อนมาพบแพทย์ อาจจะตรวจไม่พบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดก็ได้
- **การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ** การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นวิธีการที่ยุ่งยาก ราคาแพง และไม่ได้ผลทันที การวิเคราะห์แอลกอฮอล์ในลมหายใจเป็นวิธีที่ง่ายกว่า ได้ผลทันที และสามารถบอกได้ว่าคนๆ นั้นเพิ่งดื่มสุรามา จึงเหมาะสำหรับใช้ในสถานที่ที่ต้องการผลการตรวจทันที เช่น ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หรือริมถนน เป็นต้น
- **การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในน้ำลาย** การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในน้ำลายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เร็ว ง่ายและไม่ทำให้ผู้ถูกตรวจเจ็บตัว สามารถใช้บอกได้ว่าผู้นั้นเพิ่งดื่มสุรามาได้ ทราบผลได้ทันที สามารถใช้ได้แม้แต่ในคนที่กำลังหมดสติอยู่
- **การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในปัสสาวะ** ระดับแอลกอฮอล์ในปัสสาวะจะบอกถึงความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในร่างกายขณะที่ปัสสาวะกำลังถูกผลิต ดังนั้นผู้ที่มีค่า BAC เป็นลบก็อาจจะมีระดับแอลกอฮอล์ในปัสสาวะเป็นบวกอยู่อีกหลายชั่วโมงต่อมาก็ได้
- **การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในผิวหนัง** แอลกอฮอล์จะถูกขับออกทางผิวหนังด้วย ดังนั้นการตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ที่ผิวหนัง (transdermal alcohol level) จะบ่งถึงการเพิ่งดื่มสุราเข้าไป

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ถึงแม้ว่าการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราจะมีความก้าวหน้ามากทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ การพัฒนาต่อไปก็เป็นสิ่งสำคัญ การมีเครื่องมือที่สั้นและใช้ง่ายขึ้นอาจจะทำให้มีการคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราได้มากขึ้น ทำให้สามารถให้ข้อมูลสะท้อนกลับหรือการบำบัดแบบย่อแก่ผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาได้เร็วขึ้น แต่การใช้เครื่องมือเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์หรือให้แพร่หลายในทางคลินิกหรือสาธารณสุขก็ยังเป็นปัญหาสำคัญมากในประเทศไทย ที่ดูเหมือนจะพัฒนาได้ไม่เท่าทันกับการสร้างและการวิจัยเพื่อประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ดังนั้น ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าสิ่งที่ควรจะพัฒนาต่อไปในประเทศไทยคือ

- ขยายการให้บริการคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราให้เต็มที่ในสถานบริการทางสุขภาพระดับต่างๆ จนเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการรักษาพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเช่น ในการตรวจสุขภาพทั่วไปในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ อาจจะสอดแทรกการคัดกรองปัญหาโรคทางกายที่สำคัญและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเข้าไปด้วย (เช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย และการดื่มสุรา สูบบุหรี่และใช้สารเสพติด เป็นต้น)
- ยังจำเป็นต้องมีงานวิจัยเพื่อทดสอบ “ประสิทธิภาพ” ของเครื่องมือคัดกรองในเวชปฏิบัติที่เป็นจริงตามธรรมชาติ โดยไม่ควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการใช้เครื่องมือ เพื่อจะได้คำตอบที่ตรงกับบริบทของประเทศไทย เช่น เวลาที่เหมาะสมในการคัดกรอง บุคลากรที่เหมาะสมที่จะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในการคัดกรอง ผู้แปลผลของการคัดกรอง เพื่อรายงานให้แพทย์ หรือผู้รักษา และให้กับผู้ป่วย และการเชื่อมโยงผลการคัดกรองเข้ากับการประเมินอื่นๆ ทางคลินิก และการดูแลรักษาต่อไป เป็นต้น
- ทดสอบการใช้เครื่องมือคัดกรองในประชากรกลุ่มจำเพาะต่างๆ เช่น การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้ขับขี่ยานพาหนะ การคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิด fetal alcohol spectrum disorders ซึ่งเป็นงานที่ได้รับความสนใจอย่างมากในนานาประเทศในปัจจุบัน แต่ยังไม่ค่อยได้รับการพัฒนาในประเทศไทย การคัดกรองการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในวัยรุ่น หรือผู้ได้รับบาดเจ็บที่มาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือผู้ถูกจับกุมที่สถานีตำรวจ เป็นต้น
- พัฒนาการใช้เครื่องมือคัดกรองแบบผสมผสานและวิธีประมวลผลการคัดกรองจากเครื่องมือหลายชนิดผสมกัน เพื่อให้เกิดความแม่นยำและคุณค่าการทำนายเพิ่มมากขึ้น เช่นการใช้แบบสอบถามร่วมกับการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. Connors G, Volk R. Self-report screening for alcohol problems among adults. In: Allen J, Wilson V, editors. Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers; NIH Publication No. 03-3745. 2nd, revised 2003 ed. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2003. p. 21-35.
2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Screening for alcohol use and alcohol-related problems. Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
3. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
4. Babor TF, Kadden RM. Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: what works? J Trauma 2005;59:s80-7.
5. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย-คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
6. Assanangkornchai S, Edwards JG. Screening for nicotine and drug use disorders. In: el-Guebaly N, Galanter M, Carrá G, editors. Textbook of addiction treatment: international perspectives. Heidelberg: Springer; 2014.
7. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev 2003;22:287-93.
8. Assanangkornchai S. Drinking problem: a hidden problem in general practice. J Med Assoc Thai 1993;76:252-9.
9. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus 2007;28:7-30.
10. Agerwala SM, McCance-Katz EF. Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. J Psychoactive Drugs 2012;44:307-17.
11. Allen JP, Maisto SA, Connors GJ. Self-report screening tests for alcohol problems in primary care. Arch Intern Med 1995;155:1726-30.

12. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2012;157: 645-54.
13. Assanangkornchai S, Balthip Q, Guy Edwards J. Screening and brief intervention for substance misuse in Thailand. Public Health 2013;127:1140-2.
14. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สารเสพติด ในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
15. Assanangkornchai S, Balthip Q, Guy Edwards J, Thailand ASSIST SBI Development Co-investigators. Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. J Public Health 2014; doi: 10.1093/pubmed/fdu011.
16. วิวัฒน์ เชวงชัยยง, นิศานาถ โชคเกิด. การใช้ CAGE เพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่ติดสุราในโรงพยาบาล. วารสารสวนปรุง. 2541;14:32-7.
17. Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J. RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. Alcohol Alcohol 2010;45:263-70.
18. Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high risk alcohol consumption. Drug Alcohol Depend 2006;83:1-14.
19. Jones LA. Systematic review of alcohol screening tools for use in the emergency department. Emerg Med J 2011;28:182-91.
20. Newton AS, Gokiert R, Mabood N, Ata N, Dong K, Ali S, et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. Pediatrics 2011;128:e180-92.
21. Mdege ND, Lang J. Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: a systematic review. Addict Behav 2011;36: 1111-9.
22. Tiet QQ, Finney JW, Moos RH. Screening psychiatric patients for illicit drug use disorders and problems. Clin Psychol Rev 2008;28:578-91.
23. Tantirungsi N, Assanangkornchai S. Prevalence, patterns, severity and associated factors of substance use among schizophrenic patients in southern Thailand (PhD thesis). Songkhla: Prince of Songkla University; 2014.

24. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. Neuropsychol Rev 2011;21:73-80.
25. Wong S, Ordean A, Kahan M. SOGC clinical practice guidelines: substance use in pregnancy: No. 256, April 2011. Int J Gynaecol Obstet 2011;114:190-202.
26. New South Wales Department of Health. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Sydney: NSW Department of Health; 2006 [cited 2013 Dec 6]; Available from: www.health.nsw.gov.au.
27. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. Addiction 2010;105:601-14.
28. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. Alcohol Clin Exp Res 1994;18:1156-61.
29. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. Am J Public Health 1996;86:1435-9.
30. Sokol R, Martier S, Ager J. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. Am J Obstet Gynecol 1989;160:863-70.
31. อรทัย วลีวงศ์. การสำรวจความชุกของการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ในห้าพื้นที่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
32. Assanangkornchai S, Saingam D, Apakupakul N. Identification of alcohol and substance use and mental health problems among pregnant women attending antenatal care in public hospitals in Thailand. The 3rd Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research Congress; 24-27 April 2014; Shanghai, China: Chinese Association of Drug Abuse Prevention and Treatment (CADAPT); 2014.
33. Inciardi J. Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 7. DHHS Publication No. (SMA) 94B2076. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 1994.
34. Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T. Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. Alcohol Clin Exp Res 2009;33:2037-46.
35. Sam-angsri N, Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Muekthong A. Health-risk behaviors among high-school students in southern Thailand. J Med Assoc Thai 2010;93:1075-83.

36. Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF. Drinking-smoking status and health risk behaviors among high school students in Thailand. J Drug Educ 2012;42:177-93.
37. Center for Substance Abuse Treatment. Screening and assessing adolescents for substance use disorders, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 31. DHHS Publication No. (SMA) 12-4079. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 1998.
38. Fraeyman J, Van Royen P, Vriesacker B, De Mey L, Van Hal G. How is an electronic screening and brief intervention tool on alcohol use received in a student population? A qualitative and quantitative evaluation. J Med Internet Res 2012;14:e56.
39. Kypri K, Stephenson S, Langley J, Cashell-Smith M, Saunders J, Russell D. Computerised screening for hazardous drinking in primary care. N Z Med J 2005;118:U1703.
40. Pilowsky D, Wu L. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. Addict Behav 2013;38:2146-53.
41. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971;127:1653-8.
42. Ewing J. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984;252:1905-7.
43. Russell M, Martier S, Sokol R, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. Alcohol Clin Exp Res 1994;18:1156-61.
44. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res 1997;21:613-9.
45. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction 1993;88:791-804.
46. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
47. Berner MM, Kriston L, Bentele M, Harter M. The Alcohol Use Disorders Identification Test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. J Stud Alcohol Drugs 2007;68:461-73.
48. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. Alcohol Clin Exp Res 2007;31:185-99.
49. Lapham SC, Brown P, Suriyawongpaisal P, Skipper BJ, Chadbunchachai W, Paisarnsilp S. Use of AUDIT for alcohol screening among emergency room patients in Thailand. Alcohol Use Disorders Identification Test. Subst Use Misuse 1999;34:1881-95.

50. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998;158:1789-95.
51. Kriston L, Holzel L, Weiser AK, Berner MM, Harter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? Ann Intern Med 2008;149:879-88.
52. กิตติพงษ์ สาริวงษ์, เขมชาติ อาจรัตนกูล, ทองเอก วัฒนโรจนาพร, หะริน ศรีจุดานุ, อัจฉรา ฟองคำ. การศึกษาประสิทธิภาพแบบคัดกรองผู้ดื่มสุราแบบสองคำถาม (Two-question test) ในกลุ่มผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสวนปรุง 2009;25:21-8.
53. Chasnoff IJ, McGourty RF, Bailey GW, Hutchins E, Lightfoot SO, Pawson LL, et al. The 4P's Plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. J Perinatol 2005;25:368-74.
54. Chasnoff IJ, Wells AM, McGourty RF, Bailey LK. Validation of the 4P's Plus screen for substance use in pregnancy validation of the 4P's Plus. J Perinatol 2007;27:744-8.
55. Schwartz RH, Wirtz PW. Potential substance abuse. Detection among adolescent patients. Using the Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen, a 30-item questionnaire. Clin Pediatr 1990;29:38-43.
56. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction 2008;103:1039-47.
57. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
58. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction 2002;97:1183-94.
59. World Health Organization. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2010 Jan 8]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.
60. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, วิมาลา สุธีอดิศัย. แบบคัดกรอง ASSIST V3.1. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
61. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด-คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.

62. Hides L, Cotton SM, Berger G, Gleeson J, O'Donnell C, Proffitt T, et al. The reliability and validity of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in first-episode psychosis. Addict Behav 2009;34:821-5.
63. National Institute on Drug Abuse. NIDA-Modified ASSIST- V2.0. Washington, DC: National Institute of Health; 2013 [cited 2013 April 25]; Available from: http://www.drugabuse.gov/nidamed/screening/nmassist.pdf.
64. Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA). Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Adelaide: DASSA; 2012 [cited 2012 October 30]; Available from: http://www.dassa.sa.gov.au/site/page.cfm?u=477.
65. Ali R, Meena S, Eastwood B, Richards I, Marsden J. Ultra-rapid screening for substance-use disorders: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-Lite). Drug Alcohol Depend 2013;132:352-61.
66. ADAI Library. Screening and assessment instruments. Seattle, WA: Alcohol & Drug Abuse Institute University of Washington; 2013 [cited 2013 May 24]; Available from: http://lib.adai.washington.edu/instruments/
67. Knight J, Shrier L, Bravender T, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer H. A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:591-6.
68. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. Curr Drug Abuse Rev 2011;4:57-64.
69. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. J Subst Abuse Treat 2007;32:189-98.
70. Rahdert E, editor. The adolescent assessment / referral system manual. HHS Publication No. (ADM) 91-1735. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, ADAMHA, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 1991.
71. Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. J Adolesc Health 2001;29:125-30.
72. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. Alcohol Clin Exp Res 2003;27:67-73.
73. Duncan A, Sacks S, Melnick G, Cleland CM, Pearson FS, Coen C. Performance of the CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instruments (CODSIs) among minority offenders. Behav Sci Law 2008;26:351-68.

74. Sacks S, Melnick G, Coen C, Banks S, Friedmann PD, Grella C, et al. CJDATS co-occurring disorders screening instrument for mental disorders: a validation study. Crim Justice Behav 2007;34:1198-215.
75. Allen JP, Litten RZ. The role of laboratory tests in alcoholism treatment. J Subst Abuse Treat 2001;20:81-5.
76. Allen JP, Litten RZ. Recommendations on use of biomarkers in alcoholism treatment trials. Alcohol Clin Exp Res 2003;27:1667-70.
77. Allen JP, Sillanaukee P, Strid N, Litten R. Biomarkers for heavy drinking. In: Allen J, Wilson V, editors. Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers; NIH Publication No. 03-3745. 2nd, revised 2003 ed. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2003. p. 37-53.
78. Thomasson HR. Gender differences in alcohol metabolism. Physiological responses to ethanol. Recent Dev Alcohol 1995;12:163-79.

บทที่ 5

การประเมินทางคลินิก

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงกระบวนการประเมินทางคลินิก (clinical assessment) ในสถานบริการทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยการซักประวัติ การประเมินแบบแผนการดื่มสุรา และผลกระทบจากการดื่มสุรา การตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรสุขภาพใช้ประกอบในการวินิจฉัยโรคและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

สาระสำคัญ

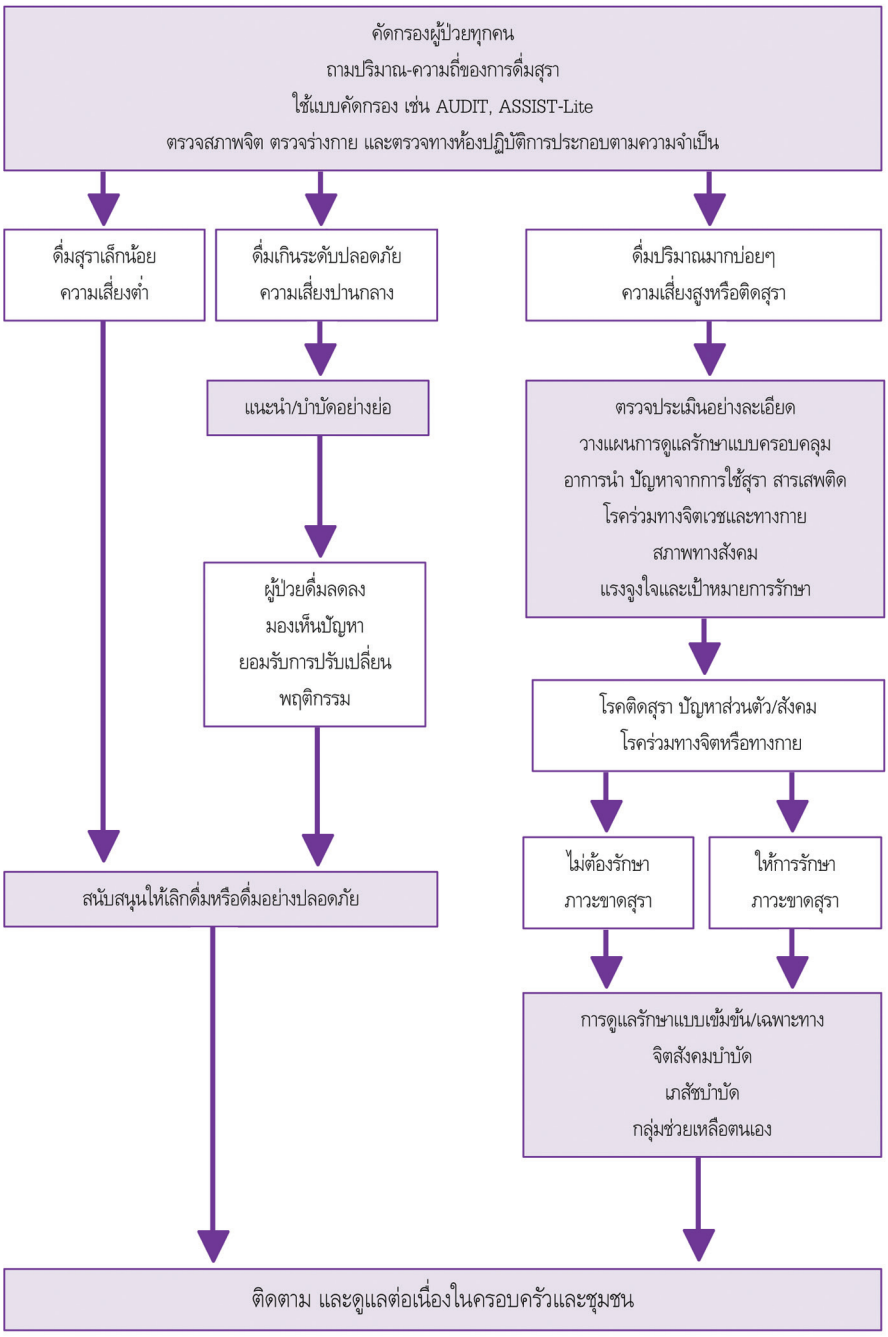
- อาการต่างๆ ที่นำผู้ป่วยแต่ละคนมาโรงพยาบาลอาจจะมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราของผู้ป่วยก็ได้ เช่น อาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร ชาปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะ ปวดท้อง หรืออาการทางจิตและทางกายอื่นๆ รวมทั้งปัญหาทางสังคมและครอบครัวอีกด้วย ผู้รักษาจึงควรซักประวัติเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นของผู้ป่วยอย่างละเอียด
- การประเมินทางคลินิก มีวัตถุประสงค์สำคัญสามข้อคือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้รักษาวางแผนการรักษาและเป้าหมายของการรักษาร่วมกัน เพื่อชักนำผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ
- การประเมินควรประกอบด้วย การสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรค (diagnostic interview) การตรวจร่างกายและสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น และการซักถามประวัติเพิ่มเติมจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย
- การประเมินผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ เหตุผล ปัญหาหรืออาการที่นำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แรงจูงใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา แบบแผนการดื่มสุรา ความรุนแรงของภาวะติดสุรา ปัญหา ผลกระทบ หรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ทั้งปัญหาสุขภาพ จิตใจ สัมพันธภาพ หน้าที่การงาน และกฎหมาย ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งถึงการเพิ่งดื่มสุราในเวลาไม่นานก่อนหน้านี้ ได้แก่ การตรวจระดับ gamma-glutamyltransferase และ carbohydrate deficient transferrin การตรวจที่ช่วยวินิจฉัยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ได้แก่ การตรวจเอนไซม์ตับ การตรวจนับเม็ดเลือด และการแข็งตัวของเลือด
- ผู้รักษาอาจจำเป็นต้องสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย และต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการรักษาความลับของข้อมูลบางประการ

การประเมินเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือโรคร่วมอื่นๆ การประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดถูกต้องและด้วยท่าทีที่เหมาะสมเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา และยังทำให้ผู้รักษาสามารถแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช

การประเมินทางคลินิกประกอบด้วยการซักประวัติการใช้สุราและสารเสพติด รวมทั้งประวัติความเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคม การประเมินความพร้อมและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจร่างกายและสภาพจิต การทดสอบทางจิตวิทยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อได้ข้อมูลจากการประเมินแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ทั้งโรคจากการดื่มสุรา โรคทางจิตเวช และโรคทางกายที่อาจเป็นร่วม รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมี เช่นปัญหาครอบครัว หรือปัญหาทางกฎหมายเป็นต้น การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนอาจจะยังไม่สามารถทำได้ในการตรวจประเมินผู้ป่วยในครั้งแรก ผู้รักษาอาจจะต้องตรวจประเมินซ้ำเวลาที่พบผู้ป่วยในครั้งต่อไป ซึ่งผู้รักษาอาจจะได้ข้อมูลใหม่ที่แตกต่างหรือขัดแย้งกับข้อมูลเดิมก็ได้

จิตแพทย์ แพทย์ และผู้รักษาที่ดีควรตระหนักว่าผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือจากสารเสพติดชนิดอื่นได้เสมอ อาการต่างๆ ที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอาจจะเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของผู้ป่วยก็ได้ เช่น อาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร ชาปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะ ปวดท้อง หรืออาการทางจิตและทางกายอื่นๆ รวมทั้งปัญหาทางสังคมและครอบครัว ดังนั้น จึงควรซักประวัติเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นของผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดแบบย่อหรือคำแนะนำให้ลดละเลิกดื่มสุรา ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราอย่างรุนแรง และผู้ป่วยที่มาขอรับการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราของตนเอง



ภาพที่ 5.1 แผนภูมิแสดงกระบวนการคัดกรอง ประเมิน และวางแผนการรักษา

การประเมินทางคลินิกที่ดี นอกจากจะเป็นการหาข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย และดูแลรักษาต่อไปแล้ว ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และชักจูงให้ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสมด้วย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ค่อยได้รับประโยชน์จากการพบผู้รักษาในครั้งแรก อาจจะทำให้ผู้ป่วยหมดแรงจูงใจที่จะมารับการรักษาครั้งต่อไป ควรประเมินซ้ำหลายๆ ครั้งในตลอดเวลาที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาใหม่เกิดขึ้นได้เสมอ และควรปรับเปลี่ยนแผนและเป้าหมายของการดูแลรักษาตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยด้วย ในการพบผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ผู้รักษาควรจะให้กำลังใจผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะลด ละ หรือเลิกดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในรายที่เคยพยายามลดละเลิกดื่มมาแล้วหลายครั้ง แต่ไม่ประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์ของการประเมินทางคลินิก

การประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรามีวัตถุประสงค์สำคัญสามข้อ[1,2] คือ

- เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้รักษาวางแผนการรักษาและเป้าหมายของการรักษาร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละคนต้องการการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอาการ อาการแสดง และสภาพปัญหาทางจิต ทางกาย และทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ผู้รักษาควรจะเลือกวิธีการดูแลรักษาที่คาดว่าจะได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนั้น มิใช่เลือกวิธีการรักษาตามความถนัดหรือที่มีอยู่ในสถานพยาบาลของตน
- เพื่อชักนำผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา หากผู้รักษาสามารถแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสนใจ ห่วงใย และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยก็มักจะยินยอมร่วมมือในการดูแลรักษา โดยไม่ค่อยแสดงท่าทีต่อต้านรุนแรง การที่ผู้รักษาให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้ป่วยอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเองจากมุมมองที่แตกต่างไป ดังนั้นการประเมินที่ดีจึงเป็นเหมือนขั้นตอนแรกของการบำบัดรักษาไปในตัว
- เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ ที่สัมพันธ์กัน การทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในชีวิตของตนกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอาจจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตน ผู้รักษาควรทำให้ผู้ป่วยมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และวางแผนกระบวนการดูแลรักษาและเป้าหมายตามความเป็นจริง

อนึ่ง ผู้นิพนธ์พบว่าผู้ป่วยไทยที่มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรามักจะไม่ค่อยตั้งใจมารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยหลายรายมาโรงพยาบาลเนื่องจากญาติ ครอบครัว หัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานแนะนำหรือบังคับให้มา ผู้ป่วยเหล่านี้จึงอาจจะไม่ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาการดื่มสุรา และปฏิเสธการบำบัดรักษาในตอนต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไทยมักจะให้เกียรติและเชื่อถือไว้วางใจผู้รักษา และพร้อมที่จะปฏิบัติตนตามคำแนะนำของผู้รักษา การประเมินและแนะนำให้ผู้ป่วยลดละเลิกดื่มสุราหรือปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้เกียรติผู้ป่วย โดยไม่ตำหนิติเตียนผู้ป่วย ก็มักจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษา

เนื้อหาของการประเมินทางคลินิก

การประเมินควรประกอบด้วย การสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรค (diagnostic interview) การตรวจร่างกายและสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น และการซักถามประวัติเพิ่มเติมจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย และควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- ปัญหาหรืออาการที่นำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรหาข้อมูลด้วยว่าการดื่มสุรามีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดปัญหาหรืออาการนำนี้ด้วยหรือไม่
- แรงจูงใจ (Motivation) ความพร้อม (readiness) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ หรือเลิกดื่มสุราของผู้ป่วย และความคาดหวังต่อการบำบัดรักษา เช่น เพื่อเลิกดื่มโดยเด็ดขาด หรือลดปริมาณการดื่มลง หรือเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพร่วมเท่านั้น
- แบบแผนการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณ ความถี่ และระยะเวลาที่ดื่มสุรา อายุที่เริ่มดื่มเป็นประจำหรือดื่มหนัก ชนิดของสุราที่ดื่ม ลักษณะสิ่งแวดล้อมขณะดื่มสุรา เช่น ดื่มที่ไหน ดื่มกับใคร เวลาใด เป็นต้น ปัจจัยกระตุ้นให้ดื่มหรือหยุดดื่มสุรา และข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับการดื่มสุราครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล (ดื่มเมื่อไรและดื่มปริมาณเท่าไร) เพราะมีความสำคัญในการทำนายความรุนแรงของภาวะขาดสุรา
- ความรุนแรงของภาวะติดสุรา เช่น ประสบการณ์ที่เคยมีภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) ความรุนแรงของภาวะขาดสุราที่เคยมีในอดีตและการบำบัดรักษาที่เคยได้รับ ความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง (craving) ความสามารถในการควบคุมการดื่มสุราของตนเอง ความบกพร่องในหน้าที่การงานหรือกิจวัตรประจำวันที่เป็นผลจากการดื่มสุรา เป็นต้น
- ปัญหา ผลกระทบหรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยรวมถึงปัญหาสุขภาพ จิตใจ สัมพันธภาพ หน้าที่การงาน และกฎหมาย เช่น ความเจ็บป่วยทางกาย (โรคตับ ระบบทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท) โรคจิตเวชที่เป็นร่วม (โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคจิต หรือความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย) การเคยได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มและอุบัติเหตุจราจร หรือการทะเลาะวิวาท หลังดื่มสุรา เป็นต้น
- ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว แรงเกื้อหนุนจากครอบครัวและสังคม (family and social support) ปัญหาครอบครัวและปัญหาสมรส ความสามารถในการประกอบอาชีพการงาน หรือการเรียน และสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นต้น

- การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และความนึกคิดและเข้าใจ (cognition) ได้แก่ สภาพร่างกายทั่วไป การเคลื่อนไหว การพูด อารมณ์ ความจำ การตัดสินใจ กระบวนการคิดแก้ไขปัญหา การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล และการหยั่งรู้ตนเอง (insight) เป็นต้น เพื่อดูว่ามีอาการแสดงของภาวะขาดสุราหรือเมาสุราหรือไม่ และการมีโรคร่วมอื่นๆ ทั้งทางกายและทางจิต

การประเมินแบบแผนการดื่มสุรา

ในการประเมินแบบแผนการดื่มสุรา ผู้รักษาควรจะถามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุราตั้งแต่เริ่มดื่มจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดื่มสุราในช่วงเวลาต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งปริมาณสุราที่ดื่มต่อวัน และจำนวนวันที่ดื่มต่อสัปดาห์หรือต่อเดือน

ในการซักประวัติการดื่มสุราเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงนั้น ผู้รักษาควรจะถามด้วยท่าทีที่ไม่ได้เป็นการตัดสินผิดถูก (non-judgmental attitude) หรือตำหนิติเตียนผู้ป่วย ควรถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราเหมือนเป็นพฤติกรรมหนึ่งในชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารหรือออกกำลังกาย เป็นต้น

ผู้ป่วยไทยส่วนมากจะไม่คุ้นเคยกับหน่วยดื่มมาตรฐานของสุรา (standard drink) ดังนั้น ในการถามปริมาณสุราที่ผู้ป่วยดื่ม ผู้รักษาควรจะถามประเภทของเครื่องดื่ม เช่น เบียร์ เหล้าขาว เหล้าแดง เหล้าพื้นบ้าน ไวน์ ยี่ห้อของเครื่องดื่มนั้น รวมทั้งดีกรีของเครื่องดื่มประเภทนั้น เช่น เหล้าขาว 28 ดีกรี หรือ 35 ดีกรี และให้ผู้ป่วยตอบปริมาณของสุราที่ดื่มเป็นหน่วยของภาชนะที่ใช้บรรจุ เช่น เป็นแก้ว ถ้วย ขวดกลม ขวดแบน กระป๋อง เป็ก หรือตอง ตามที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และขนาดเล็ก กลาง หรือใหญ่ โดยผู้รักษาต้องพยายามที่จะซักถามให้ได้ปริมาณเป็นมิลลิลิตรที่ใกล้เคียงกับปริมาณที่ผู้ป่วยดื่มจริงให้มากที่สุด ผู้ป่วยบางคนอาจจะดื่มปริมาณไม่เท่ากันในแต่ละวัน ผู้รักษาควรจะถามปริมาณที่ดื่มในวันที่ดื่มแบบปกติ (typical day) และในครั้งล่าสุดก่อนมาโรงพยาบาล โดยอาจจะถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันนั้นอย่างละเอียด เช่นตั้งแต่ตื่นนอน เริ่มดื่มเวลาใด กับใคร ที่ไหน มีกิจกรรมหรือเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างในวันนั้น อาจจะถามถึงจำนวนเงินที่ใช้ในการซื้อสุราและระยะเวลาที่ดื่มในวันนั้นด้วย เพื่อจะช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้านปริมาณสุราที่ดื่มไป

นอกจากนี้ อาจจะใช้วิธีการถามแบบ “บันทึกประจำวัน” หรือ “diary” หรือวิธีถามย้อนกลับไปทีละวันภายในระยะเวลาหนึ่ง เช่น หนึ่งหรือสองสัปดาห์ (timeline follow-back method) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ได้ข้อมูลปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราที่ละเอียดและตรงตามจริง โดยสามารถถามย้อนกลับไปได้นานที่สุดถึงสามเดือน[3] ในการถามด้วยวิธีนี้ ผู้รักษาทำปฏิทินว่างเปล่าเป็นเวลาหนึ่งเดือนก่อนหน้าวันปัจจุบัน ถามผู้ป่วยถึงวันสำคัญต่างๆ ในช่วงเวลานั้น เช่น วันหยุด วันสำคัญทางศาสนา วันเกิดของสมาชิกครอบครัว และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เช่น ไปงานแต่งงาน งานศพ มีงานฉลองในที่ทำงาน

ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยนึกถึงการดื่มสุราที่เกิดขึ้นในวันนั้นได้ดี แล้วถามถึงวันที่ดื่มสุราตั้งแต่ในสัปดาห์ล่าสุดย้อนกลับไปทีละสัปดาห์ และชนิดของสุราและปริมาณที่ดื่มในวันนั้นๆ

คนไทยมักนิยมดื่มสุรากับเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง (เรียกว่า “ตั้งวงเหล้า”) และแบ่งกันดื่มจากขวดเดียวกัน ทำให้แต่ละคนอาจจะดื่มมากดื่มน้อยไม่เท่ากัน หากผู้ป่วยกะประมาณไม่ได้ว่าตนเองดื่มเท่าไรเวลา “ตั้งวงเหล้า” อาจจะใช้เป็นค่าเฉลี่ยของปริมาณสุราที่ดื่มในวงเหล้านั้นก็ได้ เช่น สมมุติว่าในวันที่ดื่มสุราครั้งล่าสุดนั้น ผู้ป่วยและเพื่อนอีกสามคนดื่มเหล้าแดงยี่ห้อหนึ่งหมดไปสองขวด ผู้รักษาก็อาจจะถามว่าผู้ป่วยและเพื่อนดื่มปริมาณพอๆ กันหรือไม่ ถ้าใช่ก็จะประมาณได้ว่าผู้ป่วยดื่มเหล้าแดงนั้นไปประมาณครึ่งขวดในวันนั้น

เทคนิกที่เป็นประโยชน์อันหนึ่งในการซักประวัติการดื่มสุราเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง คือ ผู้รักษาเริ่มต้นถามด้วยปริมาณที่สูงก่อน เช่น “คุณเคยดื่มเบียร์หมดเป็นโหลไหม บ่อยไหมที่คุณดื่มไวน์หมดเป็นขวดๆ คุณดื่มเหล้า...(ยี่ห้อ)...ครั้งละกี่แบน” เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกใจที่จะตอบปริมาณสุราที่ตนเองดื่มจริงมากกว่า

การได้คำตอบเพียงว่า “ดื่มเล็กน้อยเท่านั้น ดื่มเพื่อสังคม ดื่มนานๆ ครั้ง ดื่มหลังเลิกงาน หรือดื่มก่อนกินข้าวเย็นเท่านั้น” ไม่เพียงพอต่อการประเมิน เพราะปริมาณที่แต่ละคนคิดว่าเป็นการดื่มเพื่อสังคมหรือดื่มเล็กน้อยหรือดื่มแบบอื่นๆ ที่กล่าวมาไม่เท่ากันในแต่ละคน การดื่มเพื่อสังคมของคนบางคนอาจจะหมายถึงการดื่มเบียร์ครั้งละ 3-4 ขวด ในขณะที่บางคนอาจจะดื่มเพียงครึ่งถึงหนึ่งแก้วเท่านั้นก็ได้

กนิษฐา ไทยกล้าและคณะได้ทำภาพภาชนะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมใช้ในประเทศไทยในขนาดต่างๆ และคำนวณเป็นปริมาณหน่วยดื่มมาตรฐานของสุราออกมา สำหรับใช้ในงานวิจัยที่ต้องการเก็บข้อมูลเรื่องปริมาณการดื่มสุรา ซึ่งผู้นิพนธ์เห็นว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์มาก และสามารถนำมาใช้ในการซักประวัติการดื่มสุราในเวชปฏิบัติได้ด้วย (ภาพที่ 5.2)

การคำนวณจำนวนหน่วยมาตรฐานของสุราที่ดื่ม

การคำนวณน้ำหนักของแอลกอฮอล์บริสุทธ์ทำได้โดยเอาปริมาตรของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (หน่วยเป็นมิลลิลิตร) คูณด้วยความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มนั้น (หน่วยเป็นร้อยละ หรือกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร) และคูณด้วยความถ่วงจำเพาะของแอลกอฮอล์ (เท่ากับ 0.793)

ตัวอย่างเช่น

- เบียร์ 1 กระป๋อง ปริมาตร 330 มิลลิลิตร ความเข้มข้นร้อยละ 5
  คิดเป็นน้ำหนักแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ = 0.05 x 0.793 x 330 = 13.08 กรัม
  หากคิดเป็นหน่วยดื่มมาตรฐานจะเท่ากับประมาณ 1.3 หน่วย

ภาพที่ 5.2 ขนาดของภาชนะบรรจุสุราที่นิยมใช้ในประเทศไทย พร้อมมาตรบอกจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐาน

คัดมาโดยได้รับอนุญาตจาก กนิษฐา ไทยกล้า. Thai Drinking Survey Guide V 6.0. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.

- เหล้าขาวหรือเหล้าแดง (วิสกี้) 1 ถ้วยยาเล็ก ปริมาตร 30 มิลลิลิตร ความเข้มข้นร้อยละ 40
  คิดเป็นน้ำหนักแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ = 0.4 x 0.793 x 30 = 9.516 กรัม
  หากคิดเป็นหน่วยดื่มมาตรฐานจะเท่ากับประมาณเกือบ 1 หน่วย
- ไวน์ 1 แก้วรินปริมาตร 100 มิลลิลิตร ความเข้มข้นร้อยละ 13
  คิดเป็นน้ำหนักแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ = 0.13 x 0.793 x 100 = 10.309 กรัม
  หากคิดเป็นหน่วยดื่มมาตรฐานจะประมาณเท่ากับ 1 หน่วย

เพื่อความง่ายในการคำนวณน้ำหนักแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐานในเวชปฏิบัติ เรามักใช้ค่าประมาณของความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ดังนี้[4]

น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ไวน์คูลเลอร์	=	ร้อยละ 3 (0.03)
เบียร์	=	ร้อยละ 5 (0.05)
ไวน์ เหล้าหมัก (อุ กระแช่ สาโท)	=	ร้อยละ 13 (0.13)
เหล้า วิสกี้ บรั่นดี เหล้าแดง เหล้าขาว เหล้าเถื่อน เหล้าพื้นบ้าน ยาดองเหล้า	=	ร้อยละ 40 (0.40)

การประเมินแรงจูงใจและระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายผลของการบำบัดรักษา ดังนั้นผู้รักษาจึงควรประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยด้วยเสมอเวลาที่วางแผนการดูแลรักษา และพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจมากขึ้น รวมทั้งเลือกวิธีการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย[2]

Prochaska และ DiClemente เป็นผู้กล่าวถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) ว่าแบ่งได้เป็น 4 ระยะ (ภาพที่ 5.3)[5,6] ดังนี้

- **ขั้นที่ 1 ขั้นเพิกเฉย ไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Pre-contemplation)**

ผู้ดื่มสุราที่อยู่ในระยะนี้ไม่คิดถึงการหยุดหรือเลิกดื่ม และไม่เห็นความสำคัญของการเลิกดื่ม แต่อาจจะรับรู้ว่าจะเกิดปัญหาอะไรขึ้นได้บ้างถ้าเขายังดื่มสุรา แต่ก็ยังคงดื่มต่อไปอย่างมีความสุข และมักจะไม่ยอมรับว่าการดื่มสุรานั้นมีความเสี่ยงและเป็นปัญหาต่อสุขภาพ

- **ขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจ เริ่มคิดถึงการลดละเลิกดื่ม (Contemplation)**

ผู้ดื่มสุราที่อยู่ในระยะนี้เริ่มคิดถึงการหยุดหรือเลิกดื่มสุราแต่ยังลังเลใจ เขาอาจจะมองเห็นทั้งข้อดีและข้อไม่ดีของการดื่มสุรา ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราบ้าง และอาจจะชั่งน้ำหนักระหว่างคุณและโทษของการดื่มสุรา บางคนอยากจะหยุดดื่ม แต่ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร หรือไม่มั่นใจว่าเขาจะสามารถทำได้

- **ขั้นที่ 3 ขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติลดหรือหยุดดื่ม (Action)**

ผู้ดื่มสุราที่อยู่ในระยะนี้ได้ตัดสินใจแล้วว่าเขาควรจะหยุดดื่ม หรือดื่มน้อยลง และได้ลงมือปฏิบัติแล้ว นั่นคือ เขาได้พยายามดื่มน้อยลงหรือหยุดดื่มสุราไปแล้วก่อนที่จะมาพบผู้รักษา ผู้ดื่มสุราที่อยู่ในระยะนี้บางคนก็ยังคงมีความลังเลใจอยู่บ้างว่าจะหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงต่อไปได้นานเพียงไร หรือเลิกดื่มอย่างเด็ดขาดได้หรือไม่

- **ขั้นที่ 4 ขั้นดำรงพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา (Maintenance)**

ผู้ดื่มสุราที่อยู่ในระยะนี้ยังคงหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงตามที่ตั้งใจไว้ และสามารถปฏิบัติเช่นนี้ได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น อาจจะนานมากกว่าหกเดือน แต่บางคนก็ยังต้องการความมั่นใจว่าเขาจะสามารถทำได้สำเร็จตลอดไป และต้องการกำลังใจที่จะทำต่อไป

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้สามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้เสมอ ผู้ที่อยู่ในระยะลงมือกระทำอาจจะก้าวต่อไปสู่ระยะดำรงพฤติกรรม หรืออาจจะกลับมาดื่มสุราอีกและวนกลับเข้าสู่ระยะเพิกเฉยหรือระยะลังเลใจอีกก็ได้ ผู้ที่อยู่ในระยะดำรงพฤติกรรมบางคนอาจจะเลิกดื่มอย่างเด็ดขาด หรือประสบความสำเร็จในการออกจากวงวนของพฤติกรรมการดื่มสุราไปเลย (exit –long term success) แต่บางคนอาจจะกลับไปดื่มอีก (relapse) และเข้าสู่ระยะเพิกเฉยต่อไป ซึ่งวงวนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถจะเกิดขึ้นได้หลายรอบในชีวิตของผู้ดื่มสุรา

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้แนวคิดเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Trans-theoretical model จะเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายและถูกใช้เป็นหลักการสำคัญในวิธีการบำบัดรักษาหลายรูปแบบสำหรับผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด แต่ในปัจจุบันก็มีผู้มีความเห็นขัดแย้งหรือมองว่าแนวคิดดังกล่าวอาจจะไม่ถูกต้อง เพราะอาจจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญกว่าขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลให้บุคคลคนนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเขาก็ได้[7] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับชนิดและผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาอีกด้วย[8-10]

วิธีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย อาจจะทำได้ตั้งแต่แบบง่ายที่สุด คือถามผู้ป่วยด้วยคำถามตรงๆ และท่าทีที่สุภาพ ไม่ตัดสินถูกผิด ในระหว่างที่สัมภาษณ์ผู้ป่วย หลังจากที่ผู้รักษาประเมินระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราของผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบแล้ว ตัวอย่างคำถามง่ายๆ ที่ใช้ได้ดีในการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วย ได้แก่

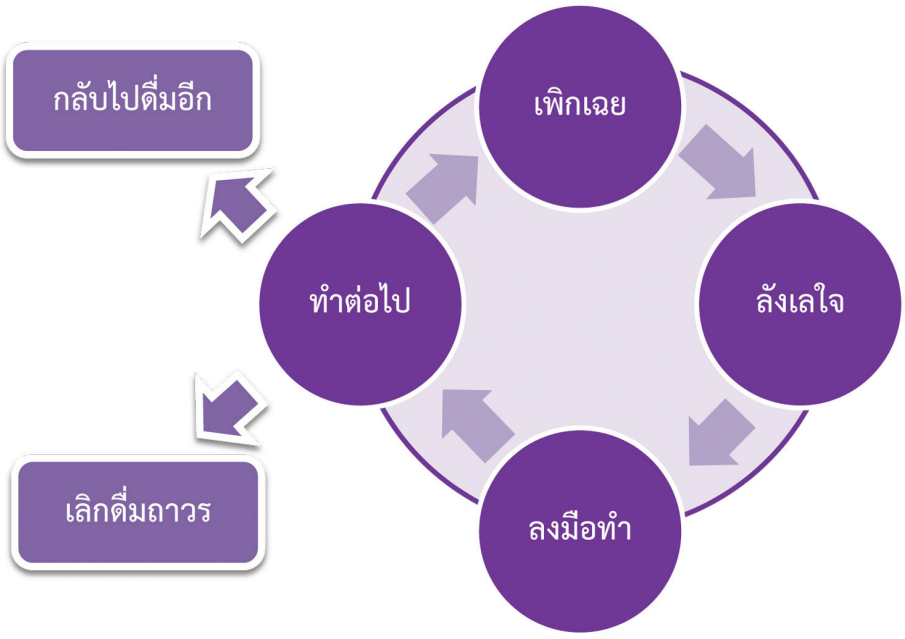
“คุณสนใจที่จะหยุด (หรือเลิก) ดื่มสุราหรือไม่ในตอนนี้”

“คุณคิดว่าคุณน่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ในตอนนี้” หรือ “คุณอยากจะเลิกดื่มสุราไหม”

“คุณคิดว่าจะทำอย่างไรดี ถ้าจะเลิกดื่มสุราในตอนนี้”

“คุณคิดว่าคุณจะเลิกดื่มสุราได้หรือไม่ เชื่อมั่นสักแค่ไหน”

“คุณคิดว่าการดื่มสุราของคุณในตอนนี้เป็นอย่างไร”



ภาพที่ 5.3 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)[5,6]

การถามเช่นนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการบำบัดรักษา คำตอบของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้รักษามองเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น

- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเพิกเฉยอาจจะบอกว่า “ผมก็มีความสุขดีแล้วที่ดื่มแบบนี้ ผมไม่ได้ดื่มมากเลย ผมไม่ได้มีปัญหาอะไร” หรือ “ผมยังไม่คิดจะเลิกดื่มเลย”
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลังเลใจอาจจะบอกว่า “ผมก็ไม่แน่ใจว่าควรจะเลิกหรือไม่เลิกดี” “ผมก็คิดอยู่เหมือนกันแต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะทำได้หรือไม่” หรือ “ผมจะลองคิดดูว่าเลิกดื่มแล้วจะดีขึ้นไหม”
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว อาจจะพูดว่า “ผมอยากจะหยุดดื่มแล้วละ ผมก็เลยมาหาหมอวันนี้ จะได้ช่วยให้ผมเลิกดื่มเหล้าได้สักที” “ผมคิดว่าผมมีปัญหาเหล่านี้ก็เพราะเหล้าที่ผมดื่มอยู่ ผมว่ามันให้โทษแก่ผมแล้ว ผมต้องเลิกดื่มได้แล้ว”

นอกจากนี้ผู้รักษาอาจจะใช้วิธีการ “ไม้บรรทัดวัดความพร้อม” โดยถามผู้ป่วยว่า “สมมุติว่าเราใช้ไม้บรรทัดอันหนึ่งที่มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 มาวัดว่า -คุณมองว่าการ (ลด หยุด หรือเลิก) ดื่มสุรามีความสำคัญต่อคุณเพียงไร (หรือคุณมีความต้องการหรือความพร้อมที่จะ (ลด หยุด หรือเลิก) ดื่มสุราเพียงไร) คุณจะเลือกตัวเลขใดบนไม้บรรทัดนี้ ถ้า 0 หมายความว่า คุณคิดว่าการ (ลด หยุด หรือเลิก) ดื่มสุรา

ไม่มีความสำคัญเลย (หรือคุณไม่ต้องการหรือไม่พร้อมที่จะ (ลด หยุด หรือเลิก) ดื่มสุราเลย) และ 10 คือ การ (ลด หยุด หรือเลิก) ดื่มสุรามีความสำคัญต่อคุณมากที่สุด (หรือคุณมีความต้องการหรือความพร้อมที่จะ (ลด หยุด หรือเลิก) ดื่มสุรามากที่สุด)"[11]

นอกจากการถามด้วยคำถามง่ายๆ โดยตรงแบบนี้แล้ว ยังมีแบบสอบถามเพื่อประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกหลายฉบับ แต่ส่วนใหญ่เครื่องมือเหล่านี้จะถูกใช้ในงานวิจัยมากกว่า เพราะมักมีคำถามหลายข้อและยุ่งยากในการถาม ตัวอย่างเครื่องมือเหล่านี้ ได้แก่ Readiness to Change Questionnaire (RTCQ)[12,13] และ Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)[14] สำหรับในประเทศไทย พิชัย แสงชาญชัยได้แปล SOCRATES เป็นภาษาไทยและปรับปรุงภาษาจนมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เครื่องมือดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้ในงานวิจัยหลายงานในประเทศไทย รวมทั้งในงานวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST ในผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางในสถานบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลาและปัตตานี โดยพาตีเมาะ นิมาและผู้นิพนธ์ ซึ่งพบว่าคะแนนของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำทั้งในหมวดของการตระหนักถึงปัญหา (recognition) ความลังเลใจ (ambivalent) และการขยับเปลี่ยนแปลง (taking steps) และการบำบัดแบบย่อหรือการให้คำแนะนำแบบง่ายไม่ได้ทำให้ผู้ดื่มสุราหรือผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นเกิดการเปลี่ยนแปลงตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลย ทั้งๆ ที่การบำบัดทั้งสองวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงปานกลางลดหรือหยุดใช้สุราหรือสารเสพติดและเปลี่ยนมาเป็นผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทางคลินิกก็ตาม[15] ผู้นิพนธ์จึงมีความเห็นว่าการลดหรือหยุดใช้สุราหรือสารเสพติดของผู้ป่วยไทยอาจจะไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดนี้ก็ได้ และเครื่องมือดังกล่าวคงเหมาะสำหรับใช้ในงานวิจัยเท่านั้น แต่ไม่เหมาะสำหรับใช้ในงานเวชปฏิบัติปกติ

การประเมินภาวะติดสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา

ในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ผู้รักษาควรจะประเมินระดับความรุนแรงของภาวะติดสุรา อันตรายหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา และประวัติการเคยหยุดดื่มและการเข้ารับการดูแลรักษาภาวะติดสุรา

การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะติดสุรา

ความรุนแรงของภาวะติดสุราเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา และบ่งถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีภาวะขาดสุราและความรุนแรงของภาวะขาดสุรา รวมทั้งใช้พิจารณาว่าจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาที่เข้มข้นเพียงไร หรือจะตั้งเป้าหมายของการรักษาให้เป็นการเลิกดื่มอย่างเด็ดขาด (total abstinence) หรือการดื่มอย่างควบคุมได้ (controlled drinking) เป็นต้น

ในทางคลินิกเรามักจะประเมินระดับความรุนแรงของภาวะติดสุราตามลักษณะและจำนวนอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยมี โดยอิงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและจำแนกโรคสากลตามระบบของ DSM-IV-TR, DSM-5 หรือ ICD-10 การประเมินความรุนแรงของภาวะติดสุราอาจจะทำได้โดยการซักถามผู้ป่วยว่ามีลักษณะต่างๆ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหรือไม่ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ได้ดีในการสัมภาษณ์ทางคลินิก แสดงไว้ในตารางที่ 5.1 หรือให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในสองสามครั้งล่าสุด ทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยดื่มแล้วมีอาการเมาสุรา และดื่มแต่ไม่มีอาการเมาสุรา รวมทั้งประสบการณ์ในช่วงที่มีภาวะขาดสุรา

มีเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของภาวะติดสุราหลายชนิดที่มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง และสามารถนำมาใช้ในทางคลินิกได้ โดยผู้รักษาอาจจะใช้คำถามของเครื่องมือเหล่านี้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ตัวอย่างเครื่องมือเหล่านี้[2] เช่น Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C), Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire, Severity of Dependence Scale (SDS) และ Alcohol Dependence Scale (ADS)

การประเมินผลกระทบจากการดื่มสุรา

การดื่มสุราอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และปัญหาอื่นๆ มากมาย[16] ได้แก่

- **ปัญหาครอบครัว** เช่น การขาดสมรรถภาพทางเพศ ปัญหาสัมพันธภาพ ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง ผู้ติดสุรามักจะมีอารมณ์เสีย หงุดหงิดง่ายโดยไม่มีเหตุผล อาจจะแยกตัว เก็บตัวจากเพื่อนฝูงและครอบครัว ทำให้ลูกและคู่ครองหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ที่อยู่ด้วยกันต้องได้รับความเครียด และอาจจะถูกละเลย หรือถูกทำร้ายก็ได้
- **ปัญหาด้านการประกอบอาชีพการงาน** ผู้ติดสุราอาจจะขาดงาน มาทำงานสาย ทำงานบกพร่อง ขาดความก้าวหน้าในการทำงาน เกิดอุบัติเหตุในระหว่างทำงาน ต้องเปลี่ยนงานบ่อยๆ หรือถูกพักงานหรือให้ออกจากงาน
- **ปัญหาการเงิน** จากการตกงานและการใช้เงินเพื่อดื่มสุราอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีหนี้สิน ต้องยืมเงินผู้อื่น จนเกิดเป็นปัญหาต่อมาได้
- **ปัญหาทางกฎหมาย** เช่น การถูกจับเนื่องจากการขับรถขณะเมาสุรา อุบัติเหตุจราจร ต้องถูกยึดหรือเพิกถอนใบขับขี่ การทำร้ายร่างกายหรือล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งผู้ดื่มสุราอาจเป็นได้ทั้งผู้กระทำหรือผู้ถูกกระทำก็ได้

ปัญหาเหล่านี้อาจจะเป็นตัวนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมาขอรับความช่วยเหลือก็ได้ ดังนั้น ผู้รักษาจึงควรประเมินดูด้วยว่าผู้ป่วยมีปัญหาเหล่านี้ร่วมด้วยหรือไม่ในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการดูแลรักษา การพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่มสุราที่ผู้ป่วยมีอาจจะเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจหรือตระหนักถึงความจำเป็นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนอีกด้วย

ตารางที่ 5.2 ตัวอย่างคำถามเพื่อใช้ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดสุรา

อาการและอาการแสดง	ตัวอย่างคำถาม
ความบกพร่องในการควบคุมการดื่ม	• เวลาที่คุณดื่มสุรา เคยมีหรือไม่ที่คุณพบว่าคุณดื่มปริมาณมากกว่าหรือดื่มอยู่เป็นเวลานานกว่าที่คุณตั้งใจไว้ในตอนต้น • เวลาที่คุณต้องทำอะไรอย่างอื่นที่สำคัญ คุณรู้สึกว่ายากไหมที่คุณจะหลีกเลี่ยงหรือหยุดดื่มสุราเพื่อไปทำสิ่งนั้น
อยากดื่มรุนแรง/หมกมุ่นกับการดื่ม	• คุณเคยพยายามที่จะดื่มน้อยลงหรือหยุดดื่มหรือไม่ เคยลองหยุดหรือลดปริมาณลงแต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่ • คุณเคยอยากดื่มอย่างรุนแรงหรือไม่ หรือรู้สึกว่ามีแรงผลักดันอย่างรุนแรงให้ต้องดื่มสุราจนคิดอะไรอย่างอื่นไม่ออก • เวลาที่ไม่มีสุรา คุณคิดถึงมันมากไหม
การดื่มสุราสำคัญกว่าสิ่งอื่นใดในชีวิต	• คุณเคยเสียเวลามากเพื่อแสวงหาสุรามาดื่ม หรือใช้เวลาหมดไปกับการดื่มสุรา หรือใช้เวลามากกับการทำให้สร่างเมาจากสุราหรือไม่ • คุณเคยยกเลิกการทำกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ เช่น กิจกรรมทางสังคม การทำงาน การเรียนหรือกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจต่างๆ เพื่อไปดื่มสุรา หรือทำกิจกรรมเหล่านี้น้อยลงเพราะมัวแต่ดื่มสุรา หรือไม่
ภาวะดื้อสุรา	• คุณเคยรู้สึกไหมว่า ถ้าคุณอยากจะให้เมาเท่าเดิม หรือให้รู้สึกมึนเท่าที่ต้องการ คุณจะต้องดื่มสุราปริมาณมากขึ้นกว่าที่คุณเคยดื่มมา • ถ้าคุณดื่มปริมาณเท่าเดิม หรือเท่าที่คุณเคยดื่มมา คุณเคยรู้สึกไหมว่าคุณกลับไม่รู้สึกเมาสุรา หรืออาการมึนเมากลับน้อยลง • คุณต้องดื่มสักประมาณเท่าไร จึงจะรู้สึกมึนเมาเท่าเดิม
ภาวะขาดสุรา	• เวลาที่คุณหยุดดื่มสุรา หรือดื่มน้อยลง คุณเคยมีอาการขาดสุรา หรือไม่ (เช่น มือสั่น ตัวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นแรง เหงื่อแตก หรือประสาทหลอน เป็นต้น) • คุณเคยต้องดื่มสุราหรือใช้ยาหรือสารชนิดอื่นเพื่อแก้อาการขาดสุรา หรือป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดสุรา หรือไม่ • คุณรู้สึกอย่างไรเวลาตื่นนอนตอนเช้าและยังไม่ได้ดื่มสุรา
ยังคงใช้ทั้งที่มีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว	• คุณยังจะดื่มสุราต่อไปหรือไม่ หากคุณสงสัยหรือรู้แล้วว่า การดื่มสุรามีผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของคุณ

การประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราในงานเวชปฏิบัติโดยปกติ มักจะทำโดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามง่ายๆ โดยตรง เช่น “คุณเคยมีปัญหาครอบครัว ปัญหากับแฟน ลูก หรือเพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงานที่เกิดจากการดื่มสุราของคุณบ้างหรือไม่” ผู้ป่วยบางคนอาจจะนึกไม่ออกหรือไม่ทราบว่าปัญหาที่ตนเองมีนั้นเกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากการดื่มสุราของตน จึงอาจจะตอบว่าตนเองไม่เคยมีปัญหาอะไร ผู้รักษาจึงอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหาเหล่านี้โดยการยกตัวอย่างปัญหาจากการดื่มสุราที่พบบ่อยๆ ก็ได้ (ตารางที่ 5.2) และการประเมินครั้งนี้อาจจะเป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าปัญหาสุขภาพบางอย่างที่ตนเองมีอยู่ เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร มือเท้าชา เป็นผลจากการดื่มสุราของตน

นอกจากนี้ ผู้รักษาอาจจะประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราด้วยแบบสอบถาม เช่น Alcohol Problems Questionnaire (APQ) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ มีความสอดคล้องกับภาวะติดสุราและครอบคลุมปัญหาจากการดื่มสุรา 8 ด้าน ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ปัญหาการเงิน ปัญหากับตำรวจ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาในชีวิตสมรส ปัญหาเกี่ยวกับลูก และปัญหาในการทำงาน[17]

ตารางที่ 5.2 ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราเกินขนาด

ระดับ	ปัญหา
น้อย	• เมาค้าง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ
	• สมรรถภาพทางเพศลดลง แก่ก่อนวัยอันควร
	• ปัญหาในการย่อยอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อนอักเสบ ความดันโลหิตสูง
	• วิตกกังวลและซึมเศร้า ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ปัญหาการเงินและการงาน
	• ปัญหาในการจำสิ่งต่างๆ และแก้ไขปัญหา
	• ความพิการผิดรูปและสมองผิดปกติในทารกที่มารดาดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์
	• เส้นเลือดสมองแตก บาดเจ็บสมองอย่างถาวร กล้ามเนื้อและเซลล์ประสาทถูกทำลาย
	• โรคตับ และโรคของตับอ่อน
มาก	• มะเร็ง ฆ่าตัวตาย

(ดัดแปลงมาจาก สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย - คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.[11])

การประเมินประสบการณ์ในการหยุดดื่มและการรับการบำบัดรักษา

ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยหยุดดื่มสุราหรือลดปริมาณการดื่มลง รวมทั้งการเคยรับการบำบัดรักษามีความสำคัญสำหรับใช้ในการวางแผนการรักษา เพราะจะได้ทราบว่าวิธีการรักษาแบบใดที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาและได้ผลดีหรือไม่สำหรับผู้ป่วยรายนั้น ผู้รักษาควรจะถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงในครั้งแล้วๆ มา เช่น ผู้ป่วยตั้งใจหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงด้วยตนเอง หรือคนอื่นขอร้องหรือบังคับให้ทำ หรือเป็นเพราะมารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงได้นานเพียงใด อาการทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงที่หยุดดื่มสุรา รู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อได้หยุดดื่มในตอนนั้น คิดว่าทำได้สำเร็จเพราะอะไร และอะไรเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลับมาดื่มอีก รวมทั้งสถานที่ วิธีการ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเคยได้รับการบำบัดรักษาในอดีต

การประเมินสภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราทุกคนควรได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพร่างกายตามขั้นตอนทางเวชปฏิบัติ ซึ่งควรครอบคลุมถึง ประวัติสุขภาพและความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการดื่มสุราใช้สารเสพติดและความเจ็บป่วยในครอบครัว อาการทางร่างกายในปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาต่างๆ ลักษณะอาการขาดสุราหรือเมาสุราในปัจจุบัน และปัญหาทางสุขภาพทั้งในอดีตและปัจจุบันที่เป็นผลจากการดื่มสุรา หากไม่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางร่างกายใดๆ แต่จากการซักประวัติลักษณะการดื่มสุราของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่น่าสงสัยว่า ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพ ผู้รักษาก็ควรจะตรวจร่างกายผู้ป่วย หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจร่างกายโดยละเอียดต่อไป หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ ผู้รักษาควรจะแนะนำให้ผู้ป่วยรับการดูแลรักษาตามปัญหาที่มีอยู่ การตรวจร่างกายควรครอบคลุมการตรวจอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุราและเมาสุรา โรคตับ สัญญาณชีพและโรคทางสมองที่เป็นผลจากการดื่มสุรา

การประเมินโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราจำนวนมากมีโรคร่วมทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคเครียดหลังจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD) ความคิดฆ่าตัวตาย หรือประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ปัญหาบุคลิกภาพ และประวัติการเคยถูกทารุณกรรมหรือกระทำชำเราในวัยเด็ก[18]

ในการสำรวจความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคร่วมทางจิตเวชในคนไทยจากผลการสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ที่มีโรคติดสุรา (alcohol dependence) และผู้ที่ดื่มสุราแบบผิดแผน (alcohol abuse) ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 4.5 (รวมทั้งสองกลุ่มเป็นร้อยละ

7.1) มีโรคจิตเวชชนิดอื่นร่วมด้วย โดยโรคที่พบร่วมมากที่สุดได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและโรคจิต[19] ยังไม่มีรายงานความชุกของภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคจิตเวชอื่นๆ ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในประเทศไทย แต่ผู้นิพนธ์คาดว่าความชุกของภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลน่าจะสูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไปจากการสำรวจในชุมชนแน่นอน ดังนั้น การประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็น หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าว ก็ควรให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยหรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจประเมินโดยละเอียด และรับการบำบัดรักษาเฉพาะทางต่อไปตามความเหมาะสม

ในการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษาควรตรวจสภาพจิต (mental status examination) ของผู้ป่วยอย่างละเอียด ซึ่งประกอบด้วยการตรวจลักษณะทั่วไป การพูด สภาพอารมณ์ ความคิด การรับรู้สิ่งเร้า ภาวะการรู้สึกตัวและการนึกคิดและเข้าใจ สมาธิและความสนใจ ความจำ ความสามารถทางสติปัญญา การยอมรับความเจ็บป่วย และสายสัมพันธ์กับผู้รักษา (rapport) (ตารางที่ 5.3) นอกจากนี้ผู้รักษาควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยป้องกัน เช่น แรงเกื้อหนุนทางสังคม ทักษะการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ความสามารถในการแสวงหาและเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ ความเชื่อและความคิดเชิงบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินสภาพจิตเพื่อตรวจหาภาวะโรคร่วมทางจิตเวช นอกจากจะทำในครั้งแรกที่พบผู้ป่วยแล้ว ผู้รักษาควรตรวจประเมินซ้ำเป็นระยะๆ เช่น ใน 3-4 สัปดาห์หลังให้การรักษา อาการทางจิตใจบางอย่าง เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด อาจจะเป็นจากปัญหาหรือความยุ่งยากต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกิดจากการดื่มสุราในขณะนั้น เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อปัญหาเหล่านี้ อาการดังกล่าวก็อาจจะหายไปได้เองโดยไม่ต้องให้การบำบัดรักษาโดยเฉพาะ

นอกจากการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและภาวะโรคร่วมทางจิตเวชโดยการสัมภาษณ์ทางคลินิกแล้ว แพทย์ผู้รักษาอาจจะใช้เครื่องมือประเมินบางชนิดร่วมด้วย ตัวอย่างเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยทั่วไป และมีผู้แปลและนำมาใช้ในประเทศไทย ได้แก่ Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), General Health Questionnaire (GHQ), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (Ham-D) และ Hamilton Anxiety Rating Scale (Ham-A)[20] เป็นต้น

ตารางที่ 5.3 การตรวจสภาพจิตในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

หมวด	ลักษณะที่ควรตรวจ	ลักษณะที่พบในผู้ดื่มสุรา
สภาพทั่วไปและพฤติกรรม	ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย การแต่งกาย (ความสะอาดเหมาะสม) การตอบสนองต่อการสัมภาษณ์ (เป็นมิตร ร่วมมือ แยกตัว ไม่ตอบสนอง ดุร้าย คุกคาม) การเคลื่อนไหว	เหงื่อแตก มือสั่นตัวสั่น สะดุ้ง ลุกลี้ลุกลน กระสับกระส่าย หวาดผวา ระแวดระไว มักเกิดขึ้นขณะที่มีภาวะขาดสุรา
การพูด	อัตราความเร็ว (ช้า เร็ว เร่งรีบ) ความดัง (ดัง เบา พูดไม่ได้ยินเลย) ปริมาณ (พูดน้อย ไม่มีเนื้อหา) การออกเสียงผิดปกติ (พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้)	พูดเสียงอ้อแอ้ ตอบไม่ตรงคำถาม พูดจับใจความไม่ได้ มักเกิดขึ้นขณะที่มีภาวะเมาสุราหรือขาดสุรา
อารมณ์	พื้นอารมณ์ (mood หรือความรู้สึก สภาวะทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยบอกเล่าออกมา เช่น เศร้า โกรธ เสียใจ เครียด หวาดกลัว) อารมณ์แสดง (affect) หรือสีหน้าท่าทางการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผู้รักษาตรวจพบ (เช่น สีหน้าเป็นปกติ เหมาะสม เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ หรือวิตกกังวล)	วิตกกังวล กระวนกระวาย หวาดกลัว มักเกิดขึ้นขณะที่มีภาวะขาดสุรา
รูปแบบความคิด	ปริมาณและอัตราของการคิด (คลุมเครือ ไม่มีเนื้อหา ช้า ลังเลใจ) ลำดับความคิด (สมเหตุสมผล หลุดลอย ออกนอกเรื่องง่าย ไม่ปะติดปะต่อ อ้อมค้อมวกวน) ความผิดปกติของภาษา	รูปแบบความคิดผิดปกติอาจพบได้ในผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมหรือขณะที่มีภาวะเมาสุราหรือขาดสุรา
เนื้อหาความคิด	ความหลงผิด ความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความกลัว ย้ำคิด เนื้อหาเศร้า ความคิดตำหนิตนเอง สิ้นหวังสิ้นหนทาง ความคิดว่าตนเองไร้ค่า ความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดทำร้ายผู้อื่น	ความคิดทำร้ายผู้อื่นพบในผู้เมาสุรา ความคิดฆ่าตัวตาย ตำหนิตนเอง สิ้นหวัง พบในผู้มีโรคซึมเศร้าร่วม ความหลงผิดพบในผู้ที่อยู่ในภาวะขาดสุรา
การรับรู้สิ่งเร้า	Illusion (รับรู้สิ่งเร้าบิดเบือนไป) แปลความหมายสิ่งเร้าผิดไป (misinterpretation) ประสาทหลอน (hallucination)	หูแว่วมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคจิตจากการดื่มสุรา (alcohol-induced psychosis)
ระดับการรู้ตัวและการนึกคิดและเข้าใจ	• ระดับการรู้สึกตัว (level of consciousness ตื่นตัว ง่วงซึม เบลอๆ ระดับการรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงขึ้นลง สับสน มึนงง) • การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติ • สมาธิและการเพ่งความสนใจ • ความจำ (ความจำระยะทันที ระยะสั้นระยะยาว) • ความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจ (cognitive function)	ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงขึ้นลง สับสน มึนงง พบได้ในผู้ที่มีภาวะเมาสุราหรือขาดสุรา ง่วงซึม เบลอๆ พบในผู้ที่มี Wernicke's encephalopathy
การยอมรับความเจ็บป่วยและการตัดสินใจ	• การตระหนักถึงภาวะทางจิตใจของตนเอง โรคที่เป็นอยู่ ผลกระทบจากพฤติกรรมของตนเองต่อผู้อื่น ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุ ผลกระทบของความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา • ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหา	ผู้ติดสุราอาจจะไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคติดสุรา ปฏิเสธการดูแลรักษา

อาการและโรคทางจิตเวช ปัญหาทางสุขภาพจิตและสังคมที่เป็นผลกระทบจากการดื่มสุราที่พบบ่อย[1,2] ได้แก่

- อาการของโรควิตกกังวล ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะขาดสุราอาจจะมีอาการคล้ายโรควิตกกังวลหรือโรคแพนิก ได้แก่ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เหงื่อแตก มือสั่นตัวสั่น นอนไม่หลับ เป็นต้น ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีอาการคงค้างอยู่นานเป็นหลายเดือนหลังจากหยุดดื่มสุราไปแล้ว (protracted post-withdrawal phase) อาการในช่วงนี้จะคล้ายคลึงกับอาการของโรควิตกกังวลมาก เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ใจคอหดหู่ นอนไม่หลับ หายใจหอบ (hyperventilation) และถูกกระตุ้นได้ง่าย (distractibility)

- โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) เป็นภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ติดสุรา เพราะโรคในกลุ่มนี้อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราและดื่มเป็นประจำ ตัวอย่าง เช่น คนหนุ่มสาวที่เป็น social anxiety disorder ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจจะดื่มสุราจนกลายเป็นโรคติดสุรา หรือผู้ป่วยด้วยโรคเครียดหลังการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ก็อาจจะดื่มสุราเพื่อช่วยให้ตนเองนอนหลับ ให้ลืมเหตุการณ์ที่สยองขวัญ เป็นต้น ซึ่งการดื่มสุราก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคเหล่านี้เลวลง และเขาก็จะกลับไปดื่มมากขึ้นอีกเพราะคิดว่าการดื่มจะช่วยลดอาการ ซึ่งก็จะทำให้สภาวะของโรคทั้งสองนี้เลวลงไปด้วยกัน

- อาการซึมเศร้า ผู้ที่ดื่มหนักเป็นเวลานานส่วนใหญ่จะมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกับ major depressive episode แต่อาการมักจะดีขึ้นหรือหายไปภายในไม่กี่สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยหยุดดื่ม โดยอาจจะไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเลยก็ได้

- อาการประสาทหลอนเมื่อขาดสุรา (Alcohol withdrawal hallucinosis) อาการประสาทหลอนเมื่อขาดสุรามักเป็นทางตาและผิวหนัง พบบ่อยในคนที่ติดสุรา และมักพบภายในวันที่สี่หรือห้าหลังหยุดดื่ม ในบางคนอาจจะมีอาการนี้ก่อนที่จะมีอาการอื่นๆ ของภาวะขาดสุราก็ได้ และมักจะเกิดขึ้นเป็นพักๆ และหายได้เอง โดยที่ผู้ป่วยจะมีสติสัมปชัญญะดีตลอดเวลาที่มีอาการ

- อาการประสาทหลอนและอาการหลงผิดในผู้ติดสุรา (Alcoholic hallucinosis and alcoholic paranoia) ทั้งสองอาการนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของโรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol-induced psychotic disorder) ซึ่งพบในคนที่ดื่มสุราขนาดหนักเป็นเวลานาน อาการประสาทหลอนมักเป็นทางหู มักเป็นเสียงที่ไม่มีรูปแบบ หรือเป็นเสียงดนตรี หรือเป็นเสียงคนพูดคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ อาการมักคงอยู่นาน และอาจเกิดร่วมกับอาการหวาดระแวงหลงผิด ideas of reference อารมณ์ผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย acute paranoid schizophrenia

การประเมินความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจ (Cognitive function)

ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นประจำเป็นเวลานานมักจะมีโรคทางสมองที่เกิดจากการทำลายของแอลกอฮอล์ (alcohol-related brain damage)[21-24] การประเมินการรู้สึกตัว (consciousness) และการนึกคิดและเข้าใจ (cognition) ในผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ Wernicke's encephalopathy เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน โรคนี้เกิดจากการขาดวิตามินบีหนึ่ง (thiamine) ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการให้วิตามินบีหนึ่งและหยุดดื่มสุรา แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาและปล่อยไว้ก็จะกลายเป็นโรค Korsakoff's syndrome ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและถาวร ซึ่งมีอาการสำคัญคือการสูญเสียความทรงจำต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากเป็นโรค (anterograde amnesia)[24] นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดภาวะ alcoholic cerebellar degeneration ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ การบกพร่องของ visuospatial skill ภาษา ความเร็วของกิริยาท่าทาง (psychomotor speed) การเรียนรู้สิ่งใหม่ ความจำ ความสามารถในการวางแผนต่างๆ (executive functioning) และการควบคุมอารมณ์และกระบวนการทางอารมณ์ (emotional regulation and affect processing)[21]

การประเมินความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจนอกจากจะทำได้โดยการสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิตทางคลินิกแล้ว อาจจะใช้การตรวจตามแบบประเมินสภาพจิต Mini Mental State Examination (MMSE)[25] ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ง่ายและนิยมใช้ในทางคลินิก สามารถบอกระดับความบกพร่องของการรู้สึกตัวและความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจอย่างเป็นภววิสัย แต่ควรระวังในการแปลผลให้เหมาะสมกับอายุและระดับการศึกษาของผู้ป่วยด้วย ซึ่งในประเทศไทยได้มีการแปลและพัฒนาแบบทดสอบสภาพจิตที่มีต้นแบบมาจาก MMSE นี้หลายฉบับ เช่น Mini Mental State Examination ฉบับภาษาไทย Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[26-28]

นอกจากแบบทดสอบ MMSE แล้ว ยังมีเครื่องมืออื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ทดสอบความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจของผู้ป่วยในเวชปฏิบัติได้และมีการพัฒนาและนำมาใช้ในประเทศไทย เช่น การทดสอบด้วยการให้ผู้ป่วยวาดรูปนาฬิกา (Clock Drawing Test)[29] และ Montreal Cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย (MoCA-T)[30] เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในการทดสอบความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจของผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา โดยใช้เครื่องมือเหล่านี้ ต้องระมัดระวังการทดสอบในขณะที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการเมาสุรา หรือกำลังอยู่ภายใต้ฤทธิ์ของยากลุ่ม benzodiazepines ที่ได้รับเพื่อรักษาอาการขาดสุรา เพราะจะทำให้แปลผลการทดสอบผิดไปจากภาวะจริงของผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยที่ดื่มสุราขนาดหนักเป็นประจำหรือผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีอาการหรือโรคทางร่างกายร่วมด้วย เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย ผลกระทบต่อร่างกายมีทั้งที่เกิดขึ้นในระยะสั้น หรือเฉียบพลัน เช่น การกดการหายใจทำให้หมดสติ (respiratory depression and coma) เมื่อดื่มสุรามากเกินขนาด หรือดื่มสุราร่วมกับใช้ยาที่มีฤทธิ์กดประสาท เช่นยากลุ่ม benzodiazepines หรือในผู้ที่ยังไม่เคยชินกับแอลกอฮอล์ (tolerance) เพราะเพิ่งเริ่มดื่มสุราเป็นครั้งแรกๆ และดื่มปริมาณมาก เช่น ในเด็กหรือวัยรุ่น การหกล้ม การถูกเผาไหม้ และจมน้ำ เป็นต้น ส่วนผลในระยะยาวที่พบบ่อยก็คือ โรคของระบบทางเดินอาหาร เช่น alcohol-related fatty liver ตับอักเสบ (hepatitis) และตับแข็ง (cirrhosis) และโรคของระบบประสาท เป็นต้น (ตารางที่ 5.4 และภาพที่ 5.4) ดังนั้นผู้รักษาจึงควรตรวจร่างกายผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย เพื่อค้นหาโรคร่วมต่างๆ และให้การดูแลรักษาพร้อมๆ กันไปกับการดูแลรักษาปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา และเช่นเดียวกันกับการตรวจสภาพจิต ผู้รักษาควรตรวจร่างกายผู้ป่วยในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย และตรวจอีกเป็นระยะๆ ในครั้งต่อๆ ไปที่ผู้ป่วยมารับการดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเล่าว่ามีอาการใหม่เกิดขึ้น หรือมีอาการเลวลงหรือไม่ดีขึ้น ทั้งๆ ที่ได้รับการดูแลรักษาภาวะทางกายนั้นแล้ว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โดยทั่วไปเวลาประเมินผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางร่างกายหรือปัญหาสุขภาพ ผู้รักษาอาจจะไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่ามีปัญหาแทรกซ้อนทางร่างกาย ก็อาจจะให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินปัญหาทางร่างกายที่ผู้ป่วยอาจจะมีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ดื่มหนักบางคนก็อาจจะมีผลการตรวจเลือดออกมาปกติก็ได้ ผู้รักษาจึงควรแนะนำผู้ป่วยก่อนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการว่า ผลการตรวจเหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้ภาวะตับถูกทำลายอย่างรุนแรง ดังนั้นในคนจำนวนมากที่มีผลการตรวจปกติก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่มีปัญหาสุขภาพใดๆ หรือสามารถดื่มต่อไปได้แบบเดิม การเตือนให้ผู้ป่วยทราบเช่นนี้เป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยบางคนอาจจะใช้ผลการตรวจที่ปกติเป็นข้ออ้างว่าตับของตนเองยังเป็นปกติ และสามารถดื่มต่อไปได้อย่างปลอดภัย (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.4 ภาวะและโรคทางร่างกายที่เป็นผลกระทบจากการดื่มสุรา[16]

ระยะ	ผลกระทบทางร่างกายจากการดื่มสุรา
ฉับพลัน	• หมดสติและการหายใจถูกกด (Respiratory depression) • ใช้ยาเกินขนาด (Drug overdose) • ปอดบวมจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) • อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ถูกไฟไหม้ จมน้ำ • พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์อย่างไม่ตั้งใจ • เลือดออกจากทางเดินอาหารตอนบน (Upper gastro-intestinal bleeding) จากกระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) หลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) • ตับอ่อนอักเสบฉับพลัน (Acute pancreatitis) • Atrial fibrillation
เรื้อรัง	• โรคตับที่เกิดจากการดื่มสุรา (Alcoholic liver disease) เช่น alcohol-related fatty liver ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (alcoholic hepatitis) และตับแข็งจากแอลกอฮอล์ (alcohol-related cirrhosis) • โรคอื่นๆ ของระบบทางเดินอาหาร เช่น glossitis, angular stomatitis, โรคกรดไหลย้อน (gastro-esophageal reflux disease), oesophagitis, gastritis, Mallory Weiss tear และ oesophageal varices • ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง (Acute or chronic pancreatitis) • โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) เช่นความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ (tachyarrhythmia) กล้ามเนื้อหัวใจพิการ (cardiomyopathy) และโรค Beri Beri • โรคเลือด (Haematological disorders) เช่น โลหิตจาง, macrocytosis และ thrombocytopaenia • โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น acute myopathy, acute rhabdomyolysis, chronic myopathy, กระดูกพรุน osteoporosis, avascular necrosis ของข้อสะโพก และโรคเกาท์
เรื้อรัง	• โรคของระบบหายใจ เช่น ปอดบวมจากการสำลัก ติดเชื้อในปอด และ obstructive sleep apnoea • โรคของระบบประสาทและสมอง เช่น Wernicke's encephalopathy, Korsakoff's syndrome, alcohol withdrawal seizures, stroke, subdural haematoma, cerebral degeneration, cerebrocortical degeneration, cortical atrophy, frontal lobe syndrome, alcoholic dementia, central pontine myelinolysis และ peripheral neuropathy • โภชนาการผิดปกติ การขาดสารอาหารโปรตีน-แคลลอรี่ การขาดวิตามิน และการขาดเกลือแร่ • โรคของระบบเมตาบอลิซึม เช่น ไขมันสูงเกินขนาด กรดยูริคสูง hypoglycemia, hyperglycemia, alcoholic ketoacidosis, lactic acidosis และ porphyria • โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ และโรคผิวหนัง

ภาพที่ 5.4 ผลกระทบต่อร่างกายจากการดื่มสุรา

คัดมาโดยได้รับอนุญาตจาก กนิษฐา ไทยกล้า. Thai Drinking Survey Guide V 6.0. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ดื่มสุรามีวัตถุประสงค์หลักสองประการ

1. เป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อม (Indirect biological marker) ถึงการดื่มสุราในเวลาไม่นานก่อนตรวจ (recent alcohol consumption) ตัวอย่าง เช่น การตรวจระดับของ gamma-glutamyltransferase (GGT) การตรวจขนาดเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volume; MCV) และ carbohydrate deficient transferrin (CDT)

2. เป็นการตรวจเพื่อดูสภาวะของร่างกายหรือช่วยในการวินิจฉัยโรคทางกายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยมีโรคตับที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหาสุขภาพในผู้ดื่มสุรา และสามารถใช้ได้ในเวชปฏิบัติปกติ ได้แก่ การตรวจทางชีวเคมี เช่น electrolytes, urea, creatinine การตรวจการทำงานของตับ (เอนไซม์ตับ) ได้แก่ alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), serum gamma-glutamyltransferase (GGT) และอัลบูมิน การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) และการตรวจการแข็งตัวของเลือด (ตารางที่ 5.5)

ในกรณีที่สงสัยโรค acute pancreatitis ซึ่งหากเป็นอย่างรุนแรง ต้องจัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นได้แก่ serum amylase, lipase, electrolytes การถ่ายภาพรังสีของช่องท้อง ทรวงอก การตรวจอัลตร้าซาวด์ของช่องท้อง และ CT scan ของช่องท้อง รวมทั้งการเจาะ blood gases ส่วนในกรณีที่สงสัย chronic pancreatitis ผู้รักษาควรส่งตรวจระดับเอนไซม์ตับ glucose tolerance test ตรวจไขมันในอุจจาระ (steatorrhea) และอาจส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้เพื่อส่องกล้องตรวจหรือทำการผ่าตัดต่อไป

Serum gamma-glutamyltransferase (GGT)

GGT เป็นการตรวจที่เป็นประโยชน์และใช้อย่างแพร่หลายที่สุดในปัจจุบัน แต่ผลการตรวจก็ยังมีความไวและความจำเพาะจำกัด GGT เป็น membrane bound enzyme ที่มีอยู่ในระบบตับ น้ำดี และเนื้อเยื่ออื่นๆ ในร่างกาย GGT จะเกี่ยวข้องกับการขนส่ง amino acid และกระบวนการ glutathione-dependence detoxification ของ xenobiotics มีกระบวนการหลายอย่างที่ทำให้ค่า GGT เพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราในระดับอันตราย เช่น การดื่มสุราปริมาณมากเป็นประจำอาจทำให้เซลล์ตับสังเคราะห์ GGT ขึ้นมา แอลกอฮอล์เองก็อาจทำให้ผนังเซลล์ตับรั่วหรือตาย ทำให้มี GGT เข้ามาในระบบหมุนเวียนของร่างกาย[31]

ผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 60-80 จะตรวจพบค่า GGT สูง[31] แต่ผู้หญิงและคนหนุ่มสาวที่ติดสุรามักจะมีค่าไม่สูง ค่า GGT ที่สูงอาจจะเกิดจากภาวะอื่นก็ได้ เช่น ภาวะอ้วน obstructive liver disease ยาบางชนิดที่มีผลต่อ hepatic cytochromes เช่น ยากันชัก เป็นต้น ในผู้ดื่มสุราที่มีค่า GGT สูงตั้งแต่ก่อนรักษา แพทย์อาจจะใช้ผลการตรวจนี้เป็นตัวติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยก็ได้ และใช้เป็นเครื่องมือ

ในการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เลิกดื่ม ผู้ดื่มสุราที่ไม่มีโรคตับชนิดอื่นร่วมด้วย หากหยุดดื่มสุรา ค่า GGT จะค่อยๆ ลดลงอย่างช้าๆ โดยจะลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งในสองสัปดาห์ และจะลดลงสู่ระดับปกติภายใน 6-8 สัปดาห์ ระดับ GGT จะสูงมากในคนที่เป็นโรคตับจากแอลกอฮอล์ขั้นรุนแรง แต่อาจจะมีค่าลดลงในคนที่เป็นโรคตับแข็งแล้ว[32]

ในการสำรวจทางระบาดวิทยาในประชากรไทยทั่วไปในภาคใต้ โดยผู้นิพนธ์และคณะ พบว่า ผู้ที่ไม่ดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มแบบไม่เป็นปัญหา และผู้ดื่มแบบเสี่ยง-อันตรายมีค่าเฉลี่ยของ serum GGT เท่ากับ 35.1 U/l, 42.2 U/l และ 75.9 U/l ตามลำดับ (ค่าปกติในห้องปฏิบัติการเดียวกันนี้คือน้อยกว่า 50.0 U/l) และค่า serum GGT มีความสัมพันธ์กับปริมาณสุราที่ดื่มเป็นประจำ[33]

Carbohydrate deficient transferrin (CDT)

CDT เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่มีประสิทธิภาพสูง ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อตรวจความผิดปกติของร่างกายจากการดื่มสุรา transferrin เป็น glycoprotein ที่ทำหน้าที่ขนส่งเหล็กไปทั่วร่างกาย ในคนที่ดื่มสุราปริมาณมากเป็นเวลานานๆ transferrin isoforms ที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำจะมีปริมาณเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยดื่มสุราปริมาณมากเป็นเวลานาน ค่า CDT จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า GGT (ภายใน 1-2 สัปดาห์) CDT มีความไวถึงร้อยละ 70-90 ในการบ่งถึงการเพิ่งดื่มสุราเข้าไป GGT และ CDT มีความสามารถใกล้เคียงกันในการคัดกรองภาวะติดสุรา แต่ CDT มีความจำเพาะสูงกว่า GGT เพราะมีบางภาวะนอกเหนือจากการดื่มสุราเท่านั้นที่ทำให้ค่า CDT สูงขึ้น จึงทำให้เกิดผลบวกลวงน้อยกว่า ข้อด้อยของ CDT ก็คือมีความไวต่ำในผู้หญิงและวัยรุ่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง และทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการเพียงบางแห่งเท่านั้น[34]

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพตัวอื่นๆ ที่บอกถึงการเพิ่งดื่มสุรา มักจะถูกใช้ในงานวิจัยมากกว่าในเวชปฏิบัติปกติ ตัวอย่างเช่น fatty acid ethyl esters และ ethyl glucuronide เป็นต้น[34,35]

การหาข้อมูลประกอบรอบข้าง

ผู้ป่วยหลายรายอาจจะรีรอที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตนเอง เพราะกลัวถูกตำหนิหรือไม่ยอมรับว่าเป็นผลจากการดื่มสุราของตนเอง การสัมภาษณ์ญาติหรือคนใกล้ชิดมักจะช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่สอดคล้องกับคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยอาจจะบอกว่าตนเองหยุดดื่มสุรามานานเป็นเดือนแล้ว แต่ผลการตรวจระดับการทำงานของตับยังคงผิดปกติอยู่ คู่สมรส ญาติ หรือเพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงานอาจจะตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้ป่วย และช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราและผลกระทบได้ดีกว่าผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยไปรับการดูแลรักษาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่น รายงานจากแพทย์ที่เคยรักษาก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งด้วย

ตารางที่ 5.6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา[16]

ภาวะ/โรค	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Alcohol-related fatty liver	• ถ้าไม่รุนแรงหรือไม่มีโรคแทรกซ้อน ผลการตรวจการทำงานของตับมักจะปกติ หรืออาจมีระดับ GGT สูงเท่านั้น • อาจมีระดับ ALP สูงเล็กน้อย • ถ้าหยุดดื่ม 4-6 สัปดาห์ ค่าต่างๆ มักกลับสู่ปกติ
Alcoholic hepatitis	• มักมีระดับ GGT สูง ร่วมกับระดับ ALP เพิ่มขึ้นเล็กน้อย • ระดับ AST และ ALP เพิ่มขึ้น ร่วมกับ AST/ALT ratio มากกว่า 2 และระดับ AST และ ALP มักไม่เกิน 250 IU/L • อัลบูมินอาจจะต่ำและมีระดับ bilirubin เพิ่มขึ้น
Alcoholic cirrhosis	• อาจมีผลการตรวจการทำงานของตับเป็นปกติ หรืออาจมีเพียงระดับ alkaline phosphatase (ALP) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่านั้น • เนื่องจากตับทำงานบกพร่อง อัลบูมินมักจะต่ำ แต่ bilirubin สูงขึ้น ส่วน prothrombin time นานขึ้น • จำนวนเกร็ดเลือดที่ลดลงอาจเป็นสัญญาณบ่งว่าการทำลายของตับรุนแรงมากขึ้น • ในกรณีที่มีโรคตับแบบรุนแรงมาก อาจมีภาวะ pancytopaenia
Liver cell cancer	• มะเร็งของเซลล์ตับเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบในคนที่เป็นโรคตับแข็งได้ถึงร้อยละ 15 ผู้ป่วยมักมีระดับ ALP และ GGT สูง และระดับ α-fetoprotein เพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งควรได้รับการติดตามผลของ α-fetoprotein ปีละสองครั้งร่วมกับการตรวจอัลตร้าซาวด์ช่องท้องด้วย

อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีการหาข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติมอาจจะทำได้ยาก ด้วยเหตุผลทางกฎหมายหรือจริยธรรม ผู้รักษาควรจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน ในกรณีที่ต้องการขอข้อมูลที่เป็นความลับ และถึงแม้จะได้รับอนุญาตตามขั้นตอนทางกฎหมายแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ยินยอมก็ได้ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ผู้รักษาก็ไม่ควรละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเพราะจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยเสียไป และอาจจะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น

ผู้ป่วยไทยส่วนใหญ่มักจะอนุญาตให้ผู้รักษาซักถามประวัติเพิ่มเติมจากญาติหรือบุคคลที่มาด้วย และมักจะร่วมมือในการไปขอประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลเดิม ถึงกระนั้นผู้รักษาก็จำเป็นต้องขอนุญาตจากผู้ป่วยก่อนที่จะสัมภาษณ์ข้อมูลจากบุคคลอื่น และหากผู้ป่วยเข้ามาในห้องตรวจพร้อมกับญาติ ผู้รักษาควรจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนที่จะสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลที่พามา นอกจากนี้ โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานส่วนใหญ่ในประเทศไทยจะระบุชื่อยาอย่างชัดเจนในฉลากบนซองยา และกรณีที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทางโรงพยาบาลก็มักสรุปประวัติการรักษาให้ผู้ป่วยหรือญาติ

เก็บไว้เป็นข้อมูลอ้างอิงด้วยเสมอ ทำให้การหาข้อมูลหรือสืบค้นประวัติการรักษาที่เคยได้รับทำได้ง่ายขึ้นมากในปัจจุบัน

ในการประเมินผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบอันตรายหรือติดสุรา แพทย์ควรจะซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่อาจเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ป่วยหรือเป็นผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้ป่วยด้วย เช่นประวัติเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับคู่สมรส บุตร หรือบุคคลสำคัญอื่นๆ ในครอบครัว ปัญหาครอบครัว การทารุณกรรม การทอดทิ้งละเลยลูก เป็นต้น อย่างไรก็ตามประวัติเหล่านี้อาจเป็นเรื่องที่ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้รักษาจึงควรระมัดระวังในการถาม หรืออาจจะยังไม่ซักถามประวัติเหล่านี้อย่างลึกซึ้งในการตรวจประเมินครั้งแรก และหากสามารถทำได้ ผู้รักษาควรจะได้ซักถามและพูดคุยเกี่ยวกับประวัติปัจจัยในครอบครัวเหล่านี้กับญาติ คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วย โดยในการพูดคุย ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับมุมมองของญาติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย พลวัตรที่เกิดขึ้นในครอบครัวก่อนและหลังผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราอย่างหนักหรือดื่มเป็นประจำ ประเมินระดับความเครียด ความเดือดร้อน เปิดโอกาสให้ญาติได้เล่าถึงความทุกข์ร้อนที่ญาติได้รับจากการดื่มสุราของผู้ป่วย วิธีการปรับตัวของครอบครัวต่อปัญหาเหล่านี้ และความคาดหวังของญาติต่อการดูแลรักษา ผู้รักษาควรระมัดระวังด้วยว่า การพูดคุยเหล่านี้จะไม่เป็นการไปทำให้ญาติรู้สึกว่าตนเองเป็นสาเหตุของการดื่มสุราหรือปัญหาของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การพูดคุยกับญาติยังเป็นโอกาสอันดีที่ผู้รักษาจะช่วยให้ญาติเข้าใจถึงปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว มองเห็นบทบาทของครอบครัวในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา และช่วยญาติในการปรับตัวหรือดูแลตนเองด้วย ในกรณีที่ญาติได้รับความทุกข์ร้อนมากจากการดื่มสุราของผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาในครอบครัวมากมายและเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หลายประการ ผู้รักษาควรจะทำให้ญาติเข้าใจด้วยว่าการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดหรือเลิกดื่มอาจไม่ใช่วิธีการเดียวที่จะทำให้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้หมดไป และสุขภาพหรือชีวิตความเป็นอยู่ของญาติเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยจะดื่มหรือหยุดดื่มสุรา ผู้รักษาควรจะกระตุ้นและสนับสนุนให้ญาติได้ตระหนักว่า หน้าที่สำคัญของเขาคือการดูแลตนเองให้เข้มแข็งและมีสุขภาพดี ไม่ใช่การดูแลให้ผู้ป่วยหยุดหรือเลิกดื่มสุราหรือจัดการปัญหาทั้งหมดได้

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับในประเทศไทย

ในเวชปฏิบัติในอุดมคติ แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพทุกระดับต้องการที่จะประเมินผู้ป่วยทุกคนอย่างละเอียดและครอบคลุมสภาวะสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องทั้งทางกาย ทางจิตและทางสังคมของผู้ป่วยทุกประการ แต่ในความเป็นจริง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากมาย แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพกลับมีเวลาจำกัด เพราะจะต้องรับภาระหน้าที่หลายด้านและประสบปัญหาจำนวนบุคลากรขาดแคลน การประเมินทางคลินิกในสถานพยาบาลหลายแห่งอาจจะทำได้ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้การวินิจฉัยและการวางแผน

การรักษาเกิดความผิดพลาดหรือไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดที่ผู้ป่วยมี นอกจากนั้น บุคลากรเองอาจจะขาดความรู้ความชำนาญในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือโรคจากการดื่มสุรา จึงไม่ได้ตระหนักว่าปัญหาสุขภาพหรืออาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาจจะมีสาเหตุมาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยด้วย

สำหรับในเวชปฏิบัติในประเทศไทย ซึ่งมีความตื่นตัวในด้านการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลสูงมากในปัจจุบัน การพัฒนาคุณภาพของการประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ และจะเกิดผลที่ดีต่องานเวชปฏิบัติโดยรวมต่อไป ผู้นิพนธ์จึงมองเห็นโอกาสพัฒนาสำหรับการประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ดื่มสุรา ดังนี้

- การพัฒนาคุณภาพของการประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ดื่มสุราอาจจะเริ่มจากการพัฒนาความรู้ความสามารถของแพทย์และบุคลากรทางแพทย์ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ดื่มสุรา เพื่อจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดื่มสุราของผู้ป่วยที่อาจจะเป็นปัญหาแอบแฝงที่เกี่ยวโยงกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่นำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และสามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุม พร้อมทั้งวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคม
- ในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดื่มสุรา ควรมีเนื้อหาครอบคลุมถึงแนวทางและวิธีการในการประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
- ข้อมูลเรื่องปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรามีความสำคัญในการพิจารณาวิธีการบำบัดรักษา แต่ดังที่กล่าวข้างต้นว่าคนไทยอาจจะไม่เคยชินหรือไม่รู้จักหน่วยดื่มมาตรฐาน ทำให้การถามปริมาณการดื่มเป็นหน่วยดื่มมาตรฐานทำได้ยาก การพัฒนาเครื่องมือช่วยในการถามปริมาณการดื่ม เช่น รูปจำลองขวด แก้ว กระป๋องใส่สุราที่นิยมใช้ในประเทศไทย สำหรับใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปน่าจะเป็นประโยชน์ในการทำให้ได้ข้อมูลเรื่องปริมาณสุราที่ผู้ป่วยดื่มได้แม่นยำมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Proude E, Lopatko O, Lintzeris N, Haber P. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. Sydney: The University of Sydney; 2009.
2. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: The University of Sydney; 2009.
3. Sobell LC, Brown J, Leo GI, Sobell MB. The reliability of the Alcohol Timeline Followback when administered by telephone and by computer. Drug Alcohol Depend 1996;42:49-54.
4. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2551.
5. Prochaska JO, DiClemente CC, editors. Toward a comprehensive model of change. New York: Plenum Press; 1986.
6. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991;59:295-304.
7. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction 2005;100:1036-9.
8. Callaghan RC, Taykor L, Cunningham JA. Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery. Addiction 2007;102:1588-96.
9. Cutler RB, Fishbain DA. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. BMC Public Health 2005;5:75.
10. Williams EC, Horton NJ, Samet JH, Saitz R. Do brief measures of readiness to change predict alcohol consumption and consequences in primary care patients with unhealthy alcohol use? Alcohol Clin Exp Res 2007;31:428-35.
11. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย-คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
12. Forsberg L, Halldin J, Wennberg P. Psychometric properties and factor structure of the readiness to change questionnaire. Alcohol Alcohol 2003;38:276-80.
13. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short 'Readiness to Change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. Br J Addict 1992;87:743-54.

14. Maisto SA, Krenek M, Chung T, Martin CS, Clark D, Cornelius J. A comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change alcohol use in a clinical sample of adolescents. Psychol Assess 2011;23:983-94.
15. Nima P, Assanangkornchai S. The cost-effectiveness evaluation of ASSIST-linked brief intervention for substance abuse in primary health care settings in Sounthern Thailand (PhD thesis). Songkhla: Prince of Singkla University; 2013.
16. Latt N, Conigrave KM, Saunders J, Marshall W, Nutt D, editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. Oxford: Oxford University Press; 2009.
17. Drummond DC. The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. Br J Addict 1990;85:357-66.
18. Assanangkornchai S, Edwards JG. Clinical and epidemiological assessment of substance misuse and psychiatric comorbidity. Curr Opin Psychiatry 2012;25:187-93.
19. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงค์ปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;19:88-102.
20. Dawe S, Loxton N, Hides L, Kavanagh D, Mattick R. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Canberra, ACT: Commonwealth Department of Health & Ageing; 2002.
21. Fitzpatrick LE, Crowe SF. Cognitive and emotional deficits in chronic alcoholics: a role for the cerebellum? Cerebellum 2013;12:520-33.
22. Harper C. The neuropathology of alcohol-related brain damage. Alcohol Alcohol 2009; 44:136-40.
23. Ridley NJ, Draper B, Withall A. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. Alzheimers Res Ther 2013;5:3.
24. Zahr NM, Kaufman KL, Harper CG. Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. Nat Rev Neurol 2011;7:284-94.
25. Kurlowicz L, Wallace M. The Mini-Mental State Examination (MMSE). J Gerontol Nurs 1999;25:8-9.
26. อัญชุลี เตมียประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, อ้อมทิพย์ พันธ์ศิริ. แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2533;35:208-16.
27. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.

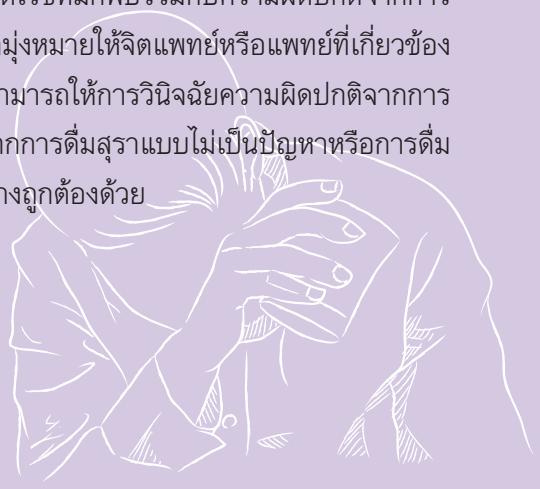
28. วรพรรณ เสนาณรงค์. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแบบทดสอบ Thai Mini-Mental State Examination และ Chula Mental Test. สารศิริราช 2541;50:569-75.
29. Pinto E, Peters R. Literature review of the Clock Drawing Test as a tool for cognitive screening. Dement Geriatr Cogn Disord 2009;27:201-13.
30. Tangwongchai S, Phanasathit M, Charernboon T, Akkayagorn L, Hemrungrojn S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). Dement Neuropsychol 2009;3:172
31. Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield JB, Saunders JB, Helander A, Tabakoff B. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. Alcohol Clin Exp Res 2002;26:332-9.
32. Allen JP, Litten RZ. Recommendations on use of biomarkers in alcoholism treatment trials. Alcohol Clin Exp Res 2003;27:1667-70.
33. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev 2003;22:287-93.
34. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Screening for alcohol use and alcohol-related problems. Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
35. Topic A, Djukic M. Diagnostic characteristics and application of alcohol biomarkers. Clin Lab 2013;59:233-45.

บทที่ 6

การวินิจฉัยโรค

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงกระบวนการวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ซึ่งรวมถึงการดื่มสุราแบบอันตราย (harmful use of alcohol) การดื่มแบบผิดแผน (alcohol abuse) และโรคติดสุรา (alcohol dependence) แนวทางและหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและจำแนกโรคสากล พร้อมทั้งการลงรหัสโรคในกลุ่ม alcohol-related disorders ตามระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกและ DSM-IV-TR และ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน รวมทั้งวิธีการลงรหัสวินิจฉัยโรคในรายละเอียดเพื่อระบุความรุนแรงของโรค และสถานะการดำเนินโรค นอกจากนี้ เนื้อหาในบทยังกล่าวถึงการวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะอื่นทางจิตเวชที่มักพบร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุราอีกด้วย เนื้อหาในบทนี้มีจุดมุ่งหมายให้จิตแพทย์หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดื่มสุราสามารถให้การวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ รวมทั้งแยกโรคนี้ออกจากการดื่มสุราแบบไม่เป็นปัญหาหรือการดื่มเพื่อสังคม และจากโรคอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องด้วย



สาระสำคัญ

- การวินิจฉัยโรคความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ประกอบด้วยการวินิจฉัยภาวะดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) ดื่มแบบผิดแผน (alcohol abuse) โรคติดสุรา (alcohol dependence) การวินิจฉัยโรคหรือภาวะอย่างอื่นที่เป็นผลจากการดื่มสุราของผู้ป่วย เช่น ภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) หรือภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication) โรคหรือปัญหาแทรกซ้อนทางร่างกายหรือทางจิตเวช (medical or psychiatric complication) และทางสังคม ภาวะอื่นที่เกิดร่วม (comorbidity) รวมถึงการใช้สารเสพติดชนิดอื่น
- ข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษา ได้แก่ ปัญหาหรือความเครียดทางจิตสังคม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มดื่มสุรา หรือปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มมากขึ้น เช่น นิสัยชอบเสี่ยงภัย ท้าทาย ประวัติครอบครัวของโรคติดสุราหรือโรคจิตเวชอื่น เมตาบอลิซึมของแอลกอออล์ในร่างกาย โรคหรือภาวะทางจิตเวชอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ประวัติการถูกทารุณกรรมหรือล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มีเพื่อนฝูงหรือเพื่อนร่วมงานดื่มหนัก
- ตามระบบ ICD-10 โรคจากการดื่มสุราอยู่ในหมวดย่อย F10.0 - F10.9 โดยจำแนกเป็น Acute intoxication, Harmful use, Dependence syndrome, Withdrawal state, Psychotic disorder, Amnesic syndrome, Residual and late-onset psychotic disorder, Other mental and behavioural disorders, Unspecified mental and behavioural disorder
- DSM-IV-TR จัดโรคจากการดื่มสุราอยู่ในหมวด Substance-related disorders และแบ่งโรคในหมวดนี้ออกเป็นสองหมวดย่อย ได้แก่ Alcohol use disorders ซึ่งประกอบด้วย Alcohol abuse และ Alcohol dependence และ Alcohol-induced disorders
- DSM-5 ไม่ได้แยก Alcohol abuse และ Alcohol dependence ออกจากกัน แต่รวมเป็นโรคเดียวกันเรียกว่า Alcohol use disorder และใช้จำนวนข้อของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเป็นตัวบ่งถึงความรุนแรงของโรค

การวินิจฉัยโรคเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการทางคลินิกของการดูแลรักษาผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกภาวะปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้วางแผนการรักษาได้ถูกต้อง และการรักษาได้ผลดีตามมา ในเวชปฏิบัติ ผู้รักษาจะรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินทางคลินิกอย่างสมบูรณ์ แล้วทำการวินิจฉัยแยกโรค และให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ซึ่งอาจรวมทั้งโรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา โรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่เป็นร่วม และปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งโรคหรือปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษาต่อไป (working diagnosis) จากนั้นในขั้นตอนต่อมาของการบำบัดรักษา ผู้รักษาอาจจะได้ประวัติ ตรวจพบอาการ และอาการแสดง และได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ก็จะสามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอนได้ (definite diagnosis)

กระบวนการวินิจฉัยโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคติดสุรา (alcohol dependence) หรือไม่เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษา เช่น ควรจะวางเป้าหมายการรักษาให้ผู้ป่วยเลิกดื่มโดยเด็ดขาด (complete abstinence) หรือเพียงให้ลดปริมาณการดื่มลงในระดับที่ควบคุมได้ (controlled drinking) นอกจากนั้น ยังเป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาถอนพิษ (detoxification) หรือไม่ หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับมาติดสุราซ้ำ (relapse prevention) หรือไม่ และด้วยรูปแบบใด

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่มีการดื่มสุราเป็นปัญหาหลักควรประกอบด้วย

- การวินิจฉัยโรคความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorder) โดยให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) หรือเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence)
- การวินิจฉัยโรคหรือภาวะอย่างอื่นที่สัมพันธ์หรือเป็นผลจากการดื่มสุราของผู้ป่วย (alcohol-related or induced disorders) เช่น ภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) หรือภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication)
- การวินิจฉัยโรคหรือปัญหาแทรกซ้อนทางร่างกายหรือทางจิตเวช (medical or psychiatric complication) และทางสังคม
- การวินิจฉัยภาวะอื่นที่เกิดขึ้นร่วมกัน (comorbidity) ทั้งโรคทางร่างกาย จิตเวช และปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

นอกจากนี้ ผู้รักษาควรจะต้องค้นหาและบันทึกข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรคต่อไปนี้ลงในเวชระเบียนด้วย

- ปัญหาหรือความเครียดทางจิตสังคมที่อาจจะมีผลต่อการวางแผนการรักษา
- ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มดื่มสุรา หรือปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มมากขึ้น เช่น
  - ปัจจัยทางพันธุกรรม และลักษณะนิสัยเชิงบุคลิกภาพ (personality trait) เช่น นิสัยชอบเสี่ยงภัย ท้าทาย หุนหันพลันแล่น ดื้อดึง ประวัติครอบครัวของโรคติดสุรา ประวัติครอบครัวของโรคจิตเวช ความแตกต่างของการเมตาบอลิซึมของแอลกอออล์ เช่น มีภาวะบกพร่องของเอนไซม์ alcohol dehydrogenase หรือ aldehyde dehydrogenase ซึ่งทำให้มีอาการหน้าแดง ตัวแดง ร้อนวูบวาบ และหัวใจเต้นเร็ว (alcohol flushing) เมื่อดื่มสุรา[1]
  - โรคหรือภาวะทางจิตเวชอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งอาจจะเป็นโรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยดื่มสุราก็ได้
  - ประวัติการถูกทารุณกรรมหรือล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก
  - ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มีเพื่อนฝูงหรือเพื่อนร่วมงานดื่มหนัก
- ปัจจัยซ้ำเติมการดื่มสุรา ได้แก่
  - การไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือวินิจฉัยผิดพลาด ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาปัญหา หรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา
  - การไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยผิดพลาด ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาหรือโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย หรือโรคทางร่างกายอื่นๆ ที่เป็นร่วม
  - การไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ จิตเวช หรือจิตใจที่เหมาะสม
  - ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความเบื่อหน่าย ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำ ความเครียด
  - ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการเกื้อหนุนจากครอบครัวหรือสังคม มีเพื่อนหรือคู่ครองดื่มหนักด้วย[2]

การจำแนกและหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

การจำแนกโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (Alcohol-related disorders)

ตามระบบการจำแนกโรคสากลขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders)[3] โรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราจัดอยู่ในหมวดโรคทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19: Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use) โดยโรคจากการดื่มสุราอยู่ในหมวดย่อย F10.0 - F10.9 ดังนี้

F10.0	**Acute intoxication**	.00 Uncomplicated
		.01 With trauma or other bodily injury
		.02 With other medical complications
		.03 With delirium
		.04 With perceptual distortions
		.05 With coma
		.06 With convulsions
		.07 Pathological intoxication
F10.1	**Harmful use**	
F10.2	**Dependence syndrome**	.20 Currently abstinent
		.21 Currently abstinent, but in a protected environment
		.22 Currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime [controlled dependence]
		.23 Currently abstinent, but receiving treatment with aversive or blocking drugs
		.24 Currently using the substance [active dependence]
		.25 Continuous use
		.26 Episodic use [dipsomania]
F10.3	**Withdrawal state**	.30 Uncomplicated
		.31 With convulsions
F10.4	**Withdrawal state with delirium**	.40 Without convulsions
		.41 With convulsions
F10.5	**Psychotic disorder**	.50 Schizophrenia-like
		.51 Predominantly delusional
		.52 Predominantly hallucinatory
		.53 Predominantly polymorphic
		.54 Predominantly depressive symptoms
		.55 Predominantly manic symptoms
		.56 Mixed
F10.6	**Amnesic syndrome**	

F10.7	**Residual and late-onset psychotic disorder**	.70 Flashbacks
		.71 Personality or behaviour disorder
		.72 Residual affective disorder
		.73 Dementia
		.74 Other persisting cognitive impairment
		.75 Late-onset psychotic disorder

F10.8 Other mental and behavioural disorders

F10.9 Unspecified mental and behavioural disorder

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกกำลังทบทวน ICD-10 และจัดทำ ICD-11 ในหมวด Mental and Behavioural Disorders โดยคาดว่าจะเสร็จและเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งผู้นิพนธ์ได้เป็นหนึ่งในคณะทำงานนานาชาติเพื่อจัดทำ ICD-11 หมวด Substance-Related and Addictive Disorders ในฐานะตัวแทนประเทศไทยและประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คณะทำงานได้ทบทวนเนื้อหาของ ICD-10 และวรรณกรรมเพิ่มเติม จัดทำคำจำกัดความพร้อมทั้งคำอธิบายแนวทางการวินิจฉัยโรคและทดสอบฉบับร่างในพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลก ก่อนที่จะจัดทำฉบับสมบูรณ์เพื่อเผยแพร่ ซึ่งทำให้การจัดหมวดหมู่ รหัสโรค และคำจำกัดความของโรคจิตเวชในหมวด Substance-Related and Addictive Disorders ใน ICD-11 จะมีการเปลี่ยนแปลงไปจาก ICD-10 พอสมควร

ส่วนในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของโรคทางจิตใจของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM-IV)[4] และฉบับที่ 4-ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-text revised; DSM-IV-TR)[5] จัดโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราอยู่ในหมวด Substance-Related Disorders และแบ่งโรคในหมวดนี้ออกเป็นสองหมวดย่อย ได้แก่ Alcohol Use Disorders และ Alcohol-Induced Disorders โดยในแต่ละหมวดย่อยมีโรคต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 6.1

ในปี พ.ศ. 2556 สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้เผยแพร่คู่มือการวินิจฉัยและสถิติของโรคทางจิตใจของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5)[6] ซึ่งจัดโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอยู่ในหมวด Substance-related and addictive disorders ซึ่งโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (alcohol-related disorders) ประกอบด้วย 5 กลุ่มโรคย่อย ได้แก่

- __.__ Alcohol use disorder

  305.00 Mild

  303.90 Moderate

  303.90 Severe

- 303.00 Alcohol intoxication
  With use disorder, mild
  With use disorder, moderate or severe
  Without use disorder
- 291.81 Alcohol withdrawal
  Without perceptual disturbances
  With perceptual disturbances
- __.__ Other alcohol-induced disorders (psychotic disorders, bipolar and related disorders, depressive disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, sleep disorders, sexual dysfunctions, delirium, neurocognitive disorders)
- 291.9 Unspecified alcohol-related disorder

ตารางที่ 6.1 โรคจิตเวชในหมวด Alcohol-related disorders จำแนกตามระบบ DSM-IV-TR พร้อมรหัสโรคตามระบบ ICD-9-CM และ ICD-10

ICD-9-CM	ชื่อโรคตามระบบ DSM-IV	ICD-10
	Alcohol Use Disorders	
303.90	Alcohol Dependence	F10.2x
305.00	Alcohol Abuse	F10.1
	Alcohol-Induced Disorders	
303.00	Alcohol Intoxication	F10.0
291.8	Alcohol Withdrawal	F10.3
291.0	Alcohol Intoxication Delirium	F10.03
291.0	Alcohol Withdrawal Delirium	F10.4
291.2	Alcohol-Induced Persisting Dementia	F10.73
291.1	Alcohol-Induced Persisting Amnestic Disorder	F10.6
291.5	Alcohol-Induced Psychotic Disorder with Delusions	F10.51
291.3	Alcohol-Induced Psychotic Disorder with Hallucinations	F10.52
291.8	Alcohol-Induced Mood Disorder	F10.8
291.8	Alcohol-Induced Anxiety Disorder	F10.8
291.8	Alcohol-Induced Sexual Dysfunction	F10.8
291.8	Alcohol-Induced Sleep Disorder	F10.8
291.9	Alcohol-Related Disorder NOS	F10.9

ใน DSM-5 ได้มีการเปลี่ยนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในกลุ่ม substance-related disorders ไปจาก DSM-IV-TR หลายประการ[6] ได้แก่

1. หมวดโรคนี้ได้รวม gambling disorder เข้ามาด้วย ชื่อหมวดนี้จึงเปลี่ยนเป็น Substance-related and addictive disorders

2. ไม่มีการแยก substance dependence กับ substance abuse ออกจากกัน แต่ให้รวมเป็นโรคเดียวกัน เรียกว่า substance use disorders

3. ในหลักเกณฑ์การวินิจฉัย substance use disorders ใน DSM-5 ได้ตัดข้อ “ปัญหาทางกฎหมายที่เกิดซ้ำๆ จากการใช้สาร” ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV-TR ออกไป แต่ได้เพิ่มข้อใหม่เข้าไปแทนคือ “มีความรู้สึกอยาก มีความต้องการอย่างรุนแรง หรือมีแรงผลักดันให้ต้องใช้สาร” (craving, a strong desire or urge to use a substance) เข้าไปแทน

4. เพิ่มจำนวนข้อต่ำสุดในการวินิจฉัย substance use disorders จากหนึ่งข้อขึ้นไปสำหรับการวินิจฉัย alcohol abuse และสามข้อขึ้นไปสำหรับการวินิจฉัย substance dependence ใน DSM-IV-TR เป็นสองข้อขึ้นไปใน DSM-5

5. มีการระบุความรุนแรงของกลุ่มโรค substance use disorders โดยอิงตามจำนวนข้อของหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่ผู้ป่วยมี

6. มีการตัดตัวระบุ (specifier) สำหรับ physiological subtype ออกไป และตัดการวินิจฉัย polysubstance dependence ออกไป

7. ใน DSM-5 ได้กำหนดคำจำกัดความของ “Early remission from substance use disorder” ว่าหมายถึง การไม่ครบหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคนานอย่างน้อย 3 เดือนแต่น้อยกว่า 12 เดือน (ยกเว้นข้อ “ความอยากอย่างรุนแรง”) และ sustained remission หมายถึง การไม่ครบหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคนานอย่างน้อย 12 เดือน (ยกเว้นข้อ “ความอยากอย่างรุนแรง”)

8. เพิ่มตัวระบุใหม่สองอัน คือ “in a controlled environment” และ “on maintenance treatment”

9. เพิ่มการวินิจฉัย cannabis withdrawal และ caffeine withdrawal ใน DSM-5

ในบทนี้จะกล่าวถึงการวินิจฉัยโรคในหมวด alcohol use disorders เท่านั้น ส่วนโรคในหมวด alcohol-induced disorders จะกล่าวถึงในบทที่เกี่ยวข้องต่อไป

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะดื่มแบบอันตราย (Harmful use of alcohol)

ตามระบบการจำแนกโรคของ ICD-10 การดื่มสุราในลักษณะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ยังไม่ถึงระดับที่เป็น “โรคติดสุรา” (alcohol dependence) ถูกเรียกว่าภาวะ “การดื่มแบบอันตราย” (harmful use of alcohol) ซึ่งมีคำจำกัดความว่า “แบบแผนการดื่มสุราที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยผลเสียนี้

อาจจะเป็นทางร่างกาย (เช่นในกรณีของโรคตับอักเสบจากการดื่มสุรา) หรือทางจิตใจ (เช่นมีช่วงที่มีอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราอย่างหนัก) ก็ได้"[3] โดยภาวะนี้จะใกล้เคียงกับการวินิจฉัยภาวะ "การดื่มแบบผิดแผน" (alcohol abuse) ตาม DSM-IV-TR

ความแตกต่างระหว่าง harmful use of alcohol ตาม ICD-10 และ alcohol abuse ตาม DSM-IV-TR คือ ICD-10 ระบุว่าการดื่มแบบอันตรายต้องเป็น "อันตรายที่เกิดขึ้นจริงต่อสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจจากการดื่มสุรา" ส่วน DSM-IV-TR กล่าวถึงผลกระทบทางสังคม กฎหมาย สัมพันธภาพ และการทำหน้าที่ซึ่งบกพร่องหรือเป็นปัญหาเนื่องจากการดื่มสุรา โดยมิได้ระบุว่าต้องมีอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง (ตารางที่ 6.2)

ตารางที่ 6.2 การวินิจฉัยภาวะการดื่มแบบอันตรายตาม ICD-10[3] และ DSM-IV-TR[5]

แนวทางการวินิจฉัย Harmful use ตาม ICD-10	**เกณฑ์วินิจฉัย Alcohol abuse ตาม DSM-IV-TR**
• จะวินิจฉัยภาวะนี้ก็ต่อเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นจริงต่อสุขภาพกายหรือจิตของผู้ดื่มสุราแล้ว • ผู้ที่ดื่มแบบอันตรายนี้มักจะถูกตำหนิหรือตักเตือนจากผู้อื่น และเขามักจะได้รับผลกระทบทางสังคมที่ไม่ดีในรูปแบบต่างๆ • แบบแผนการดื่มที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนอื่นหรือไม่ยอมรับตามวัฒนธรรม ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ดื่มได้รับผลกระทบทางลบจากสังคม (เช่น จากการถูกจับหรือทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว) เพียงข้อเดียวไม่จัดว่าเป็นการดื่มแบบอันตราย • ภาวะเมาสุรา (acute intoxication) หรือเมาค้าง ("hangover") เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะบอกว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพตามการวินิจฉัยของการดื่มแบบอันตราย • ไม่ควรวินิจฉัย การดื่มแบบอันตราย ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคติดสุรา (dependence syndrome; F10.2), โรคจิตจากการดื่มสุรา (psychotic disorder; F10.5) หรือโรคเฉพาะอื่นๆ ในกลุ่มโรค alcohol-related disorders	ก. มีแบบแผนการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่ความบกพร่อง หรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกโดยมีอย่างน้อยหนึ่งอาการในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 1. ดื่มสุราเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่สำคัญตามหน้าที่ ในการทำงาน การศึกษา หรืองานบ้านได้ (เช่น ขาดงาน หรือ ทำงานบกพร่องเพราะการดื่มสุรา ถูกพัก หรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตร หรืองานบ้าน) 2. ดื่มสุราเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจก่ออันตรายต่อร่างกาย (เช่น ขับรถยนต์หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการดื่ม) 3. มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากการดื่มอยู่เป็นประจำ เช่นถูกจับกุมเนื่องจากพฤติกรรมเมาสุรา 4. ยังคงดื่มสุราอยู่แม้จะมีปัญหาทางสังคมหรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดหรือบ่อยๆ ซึ่งเป็นผลหรือถูกกระตุ้นโดยการดื่มสุรา เช่น ทะเลาะกับคู่สมรสหรือทำร้ายร่างกายกัน ข. อาการต่างๆ ไม่ครบตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (Alcohol dependence)

คำว่า “Alcohol dependence” เป็นศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้เรียกคนที่ “ติด” สุรา ในภาษาอังกฤษคนทั่วไปมักจะเรียกโรคนี้ว่า “alcoholism” และเรียกคนที่ติดสุราอย่างรุนแรงว่า “alcoholic” ส่วนในภาษาไทย คนไทยอาจจะเรียกโรคนี้ว่า “โรคพิษสุราเรื้อรัง” และเรียกคนที่เป็นโรคนี้ว่า “คนติดเหล้า” หรือ “คนขี้เหล้า” เป็นต้น

ลักษณะสำคัญของโรคติดสุรา คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ต้องมีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ดื่มได้ การเกิดโรคนี้ต้องใช้เวลานานเป็นหลายเดือนหรือเป็นปี และถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยมักจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและอาการเลวลงเรื่อยๆ ผู้ติดสุราจะมีลักษณะเฉพาะคือ ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ และอาจจะมีอาการขาดสุราถ้าหยุดดื่มด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งแตกต่างจากคนที่ดื่มแบบอันตรายซึ่งมักจะหยุดหรือลดการดื่มลงได้เอง โดยได้รับความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย[3]

คำจำกัดความของโรคติดสุราตาม ICD-10 คือเป็นกลุ่มของลักษณะทางสรีรวิทยา พฤติกรรม และการนึกคิดเข้าใจ (cognition) ที่เกิดขึ้นในผู้ดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราได้กลายเป็นสิ่งสำคัญเหนือกว่าพฤติกรรมอื่นๆ ที่คนๆ นั้นเคยให้ความสำคัญมาในอดีต ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้หากกลับไปดื่มสุราอีกหลังจากที่หยุดดื่มมาระยะเวลาหนึ่ง เขาจะกลับมาติดสุราอีกได้เร็วกว่าคนที่ไม่เป็นโรคติดสุรา

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราตามระบบ ICD-10 และระบบ DSM-IV-TR จะค่อนข้างคล้ายคลึงกัน คือมีลักษณะสำคัญหกประการ ได้แก่ การควบคุมการดื่มบกพร่อง ความอยากดื่มอย่างรุนแรง การดื่มกลายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต ภาวะดื้อสุรา ภาวะขาดสุรา และยังคงดื่มต่อไปถึงแม้จะมีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (ตารางที่ 6.3 และ ตารางที่ 6.4)

ในการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศและวัยของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราในประเทศไทย[7] โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของการสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ในผู้ดื่มสุราในปัจจุบัน 3,718 คนที่ตอบคำถามของ Mini International Neuropsychiatric Inventory (M.I.N.I.) 5.0.0 ฉบับภาษาไทย[8] ในหมวดความผิดปกติจากการดื่มสุรา ซึ่งใช้การวินิจฉัยอิงตาม DSM-IV-TR พบว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราสามารถใช้ได้ดีทั้งในผู้ดื่มหญิงและชาย และในผู้ใหญ่และเยาวชน แต่เกณฑ์บางข้อมีอัตราการตอบรับต่างกันระหว่างชายและหญิง ผู้หญิงไทยมีอัตราการรายงานอาการแสดงในข้อ “ปัญหาในการควบคุมการดื่ม” น้อยกว่าผู้ชาย แต่มีอัตราการตอบข้อ “ยังคงดื่มแม้รู้ว่ามีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นแล้ว” มากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้นักวิจัยยังพบว่าเกณฑ์ข้อ “ใช้เวลามากในการดื่ม” เป็นข้อที่ดีที่สุดในการคัดแยกความรุนแรงของโรคติดสุราทั้งในผู้หญิงและผู้ชายวัยต่างๆ กัน โดยผู้ที่มีโรคติดสุราในระดับรุนแรงปานกลางและรุนแรงมากมีโอกาสที่จะมีอาการในข้อนี้มากกว่าผู้ที่มีโรคในระดับรุนแรงน้อย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกันกับผลการศึกษาในประชากรอเมริกัน การศึกษานี้ช่วยชี้ให้เห็นว่าในการวินิจฉัยโรคติดสุราในผู้ป่วยไทย แพทย์อาจจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ วัย เชื้อชาติ และความรุนแรงของโรคในการแสดงอาการแต่ละข้อของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ตารางที่ 6.3 การวินิจฉัยโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ตาม ICD-10[3] และ DSM-IV-TR[5]

แนวทางการวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10	**เกณฑ์วินิจฉัย Alcohol dependence ตาม DSM-IV-TR**
การวินิจฉัยโรคติดสุราอย่างแน่นอนจะทำได้ก็ต่อเมื่อผู้ดื่มสุรามีลักษณะต่อไปนี้อย่างน้อยสามข้อเกิดขึ้นร่วมกันภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา 1. มีความต้องการที่จะดื่มสุราอย่างรุนแรงหรือมีความรู้สึกซ้ำๆ ว่าต้องดื่มให้ได้ (sense of compulsion) 2. มีความยากลำบากในการที่จะควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งแต่การเริ่มต้นดื่ม การหยุดดื่มและปริมาณการดื่ม 3. มีอาการทางร่างกายของภาวะขาดสุราเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง ซึ่งแสดงออกโดยมีลักษณะเฉพาะของภาวะขาดสุรา หรือต้องดื่มสุราหรือใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกันเข้าไปเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการดังกล่าว 4. มีภาวะดื้อสุรา มีลักษณะคือ ต้องดื่มปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อจะได้รู้สึกมึนเมาเท่าเดิม 5. ละเลยความสนุกสนานหรือความสนใจอื่นๆ เพื่อไปดื่มสุรา เสียเวลาที่จำเป็นมากขึ้นในการแสวงหาสุรา ดื่มสุรา หรือพักฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา 6. ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว เช่น ตับถูกทำลายเพราะการดื่มมากเกินขนาด	แบบแผนการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกโดยมีสามอาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 1. มีภาวะดื้อสุราซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ ก) จำเป็นต้องดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา (intoxication) หรือฤทธิ์ตามที่ต้องการ ข) ได้รับผลจากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม 2. มีอาการขาดสุราซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ ก) มีอาการเฉพาะของภาวะขาดสุรา (อาการถอนพิษสุรา) ข) ต้องดื่มสุรา (หรือใช้สารใกล้เคียง) เพื่อลดหรือกำจัดอาการขาดสุรา 3. มักดื่มสุราในปริมาณมากหรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจไว้ 4. มีความต้องการดื่มสุราอยู่ตลอดหรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ 5. ใช้เวลามากในการแสวงหาสุรามาดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาสุรา 6. การดื่มทำให้ต้องยกเลิกหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่นๆ 7. คงยังดื่มอยู่แม้ทราบว่า การดื่มมีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจให้รุนแรงขึ้น เช่นยังคงดื่มแม้ทราบว่าจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง

ตารางที่ 6.4 เปรียบเทียบอาการแสดงของโรคติดสุราตาม ICD-10 และ DSM-IV-TR

ลักษณะหลัก	ICD-10	DSM-IV-TR
บกพร่องในการควบคุมการดื่ม	ตระหนักว่าตนเองไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนได้	ดื่มในปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้
อยากดื่มรุนแรง/หมกมุ่นกับการดื่ม	รู้สึกว่าตนเองต้องการหรือมีแรงผลักดันให้ต้องดื่มอย่างรุนแรง	มีความอยากดื่มอยู่เสมอและลดการดื่มลงไม่สำเร็จ
การดื่มสุราสำคัญกว่าสิ่งอื่นใดในชีวิต	หมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุราจนละเลยความรับผิดชอบหรือความสนใจอื่นๆ	เสียเวลามากกับการหาสุรา การดื่ม หรือการสร่างเมา ลดหรือยกเลิกกิจกรรมสังคมหรือการงานเพียงเพื่อดื่มสุรา
ภาวะดื้อสุรา	ต้องดื่มปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม	ดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม
ภาวะขาดสุรา	มีอาการขาดสุราเมื่อหยุดหรือดื่มน้อยลง ต้องดื่มสุราเพื่อจะแก้หรือป้องกันอาการขาดสุรา	มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา ต้องดื่มสุราเพื่อแก้หรือป้องกันอาการเหล่านี้
ยังคงดื่มทั้งที่มีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว	ยังคงดื่มสุราทั้งๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีอันตรายจากการดื่มสุราอย่างรุนแรงเกิดขึ้นแล้ว	ดื่มสุราทั้งๆ ที่ทราบว่ามีผลกระทบทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นแล้ว

ส่วนใน DSM-5 เนื่องจากไม่ได้แยกระหว่าง alcohol abuse กับ alcohol dependence แต่ใช้ชื่อรวมเป็นโรค alcohol use disorder เกณฑ์การวินิจฉัยจึงเป็นเกณฑ์รวมมีทั้งหมด 11 ข้อ ซึ่งสามารถจัดเป็นหมวดได้สี่หมวด[6] คือ (ตารางที่ 6.5)

- หมวดที่หนึ่ง เป็นกลุ่มอาการของความบกพร่องในการควบคุมการดื่มสุรา (Impaired control) ซึ่งประกอบด้วยอาการในข้อ 1-4 คือ ผู้ติดสุรามักดื่มมากหรือดื่มนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแต่ทำไม่สำเร็จ ใช้เวลามากไปกับการหาสุรามาดื่ม ดื่มสุรา หรือพักฟื้นจากการเมาสุรา จนกระทั่งคนบางคนอาจจะใช้เวลาในชีวิตประจำวันทั้งวันไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราจนไม่ได้ทำอย่างอื่น และมีความรู้สึกอยากดื่มอยู่เสมอๆ ไม่เลือกเวลา แต่มักจะรู้สึกอยากมากขึ้นถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยดื่มหรือมีสุราให้ดื่ม

- หมวดที่สอง เป็นกลุ่มของความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) ประกอบด้วยอาการในข้อ 5-7 ได้แก่ การดื่มสุราบ่อยๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งๆ ที่มีปัญหาทางสังคม สัมพันธภาพเกิดขึ้นจากการดื่มสุราแล้ว และต้องยกเลิกหรือลดกิจกรรมที่สำคัญทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจลงไปเพื่อไปดื่มสุรา
- หมวดที่สาม เป็นพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง (Risky use) ได้แก่ พฤติกรรมในข้อ 8-9 คือ การดื่มสุราในสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อร่างกาย และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่ทราบดีว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตที่เกิดจากหรือถูกกระตุ้นจากการดื่มสุรา ใจความสำคัญของเกณฑ์ข้อนี้ไม่ได้อยู่ตรงที่ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ แต่อยู่ที่ว่า คนๆ นั้นไม่สามารถหยุดดื่มได้ทั้งๆ ที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว
- หมวดที่สี่ เป็นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (Pharmacological criteria) ประกอบด้วยอาการในข้อ 10-11 ได้แก่
    - ภาวะดื้อสุรา (Tolerance) ซึ่งทำให้คนๆ นั้นต้องดื่มสุรามากขึ้นเพื่อให้รู้สึกมึนเมาเท่าเดิม หรือรู้สึกเมาน้อยลงหากดื่มในปริมาณเท่าที่เคยดื่มแต่เดิม อาการดื้อสุรานี้มีความรุนแรงแตกต่างไปในแต่ละบุคคล และต้องแยกให้ดีจากอาการแพ้สุราที่เกิดขึ้นเมื่อดื่มครั้งแรกๆ (initial sensitivity)
    - ภาวะขาดสุรา (Withdrawal) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดต่ำลงเนื่องจากคนๆ นั้นดื่มน้อยลงหรือหยุดดื่ม เมื่อมีอาการขาดสุรา ผู้ติดสุราก็มักจะดื่มสุราเข้าไปอีกเพื่อแก้อาการดังกล่าว (ภาษาไทยเรียกว่า “การถอนเหล้า”)

การระบุความรุนแรงและสถานะการดำเนินโรค

ในการวินิจฉัยโรคติดสุราตามระบบ ICD-10 กำหนดให้ระบุสถานะของการดำเนินโรคด้วยตัวเลขซึ่งอยู่ที่ลำดับที่ห้าของรหัสโรค[3] ดังนี้

- F10.20 Currently abstinent (ปัจจุบันหยุดดื่ม)
- F10.21 Currently abstinent, but in a protected environment (ปัจจุบันหยุดดื่ม แต่กำลังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการป้องกัน ตัวอย่างเช่น กำลังอยู่ในโรงพยาบาล ในชุมชนบำบัด หรือในเรือนจำเป็นต้น)
- F10.22 Currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime [controlled dependence] (ปัจจุบันกำลังอยู่ในระหว่างการรับสารทดแทนหรืออยู่ภายใต้การกำกับดูแลทางการแพทย์)

ตารางที่ 6.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Alcohol use disorder ตาม DSM-5[6]

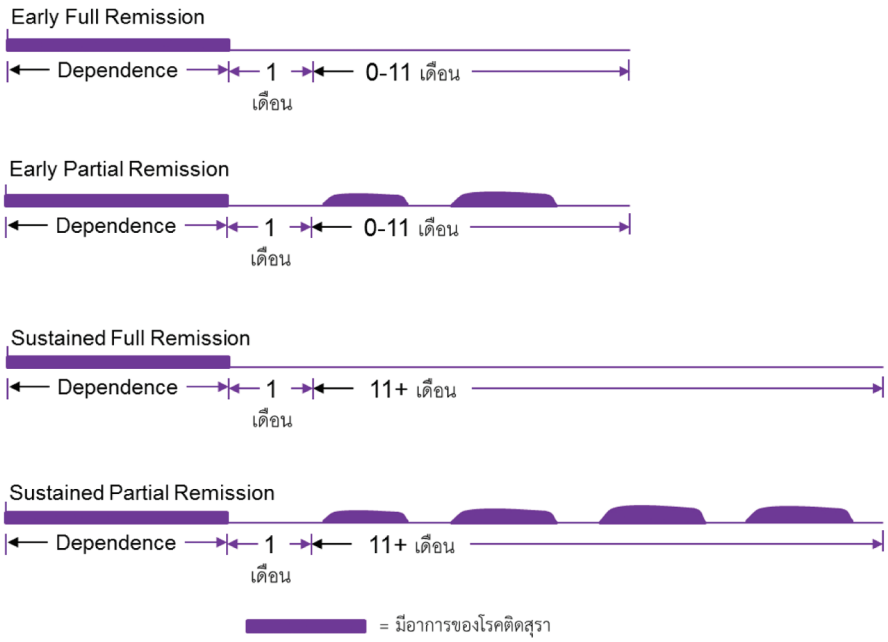
ก. แบบแผนการดื่มสุราที่เป็นปัญหา ซึ่งนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกโดยมีอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้เกิดขึ้นในรอบ 12 เดือนเดียวกัน

1. มักดื่มสุราปริมาณมากกว่า หรือดื่มในเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความต้องการเสมอ หรือมีความพยายามเสมอที่จะลดหรือควบคุมการดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จ
3. จำเป็นต้องหมดเวลาไปกับกิจกรรมเพื่อการแสวงหาสุรา ในการดื่มสุรา หรือในการพักฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา
4. มีความอยาก หรือความต้องการอย่างรุนแรง หรือมีแรงผลักดันให้ดื่มสุรา
5. การดื่มสุราเสมอๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวที่จะทำบทบาทหน้าที่สำคัญในด้านการงาน การเรียน หรือครอบครัว
6. ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งที่ทราบว่าตนเองมีปัญหาสังคมหรือสัมพันธภาพเกิดขึ้นถาวรหรือซ้ำแล้วซ้ำเล่าเนื่องจากการดื่มสุรา
7. ยกเลิกหรือลดกิจกรรมทางสังคม อาชีพการงานหรือสันทนาการลงไป เพราะการดื่มสุรา
8. ดื่มสุราเสมอๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ
9. ยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่ทราบดีว่ามีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตใจเกิดขึ้นถาวรหรือซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งน่าจะเกิดจากการดื่มสุรา หรือปัญหาแย่ลงเพราะการดื่มสุรา
10. มีภาวะดื้อสุรา นิยามโดยข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้
    1) จำเป็นต้องดื่มมากขึ้นเพื่อให้เมาหรือได้ฤทธิ์เท่าที่ต้องการ
    2) ได้รับผลน้อยลงหากยังคงดื่มในปริมาณเท่าเดิมต่อไป
11. มีภาวะขาดสุรา แสดงออกโดยข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
    1) มีอาการที่มีลักษณะเฉพาะของภาวะขาดสุรา
    2) ต้องดื่มสุราหรือใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์ใกล้เคียง (เช่น benzodiazepine) เพื่อแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุรา

- F10.23 Currently abstinent, but receiving treatment with aversive or blocking drugs (ปัจจุบันหยุดดื่ม แต่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาสกัดกั้นฤทธิ์ หรือยาต้านฤทธิ์ เช่น naltrexone หรือ disulfiram)
- F10.24 Currently using the substance [active dependence] (ปัจจุบันยังคงดื่มอยู่ หรือยังเป็นโรคติดสุรา)
- F10.25 Continuous use (ยังดื่มอย่างต่อเนื่อง)
- F10.26 Episodic use [dipsomania] (ดื่มเป็นช่วงๆ)

ส่วนในระบบ DSM-IV-TR การลงวินิจฉัยโรคติดสุราสามารถระบุรายละเอียดเพิ่มเติมได้สองลักษณะ[4] คือ

- มีภาวะติดสุราทางสรีรวิทยา (Physiological dependence)
  - With physiological dependence (มีภาวะติดทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นด้วย) ให้ระบุตามนี้ ถ้าผู้ป่วยมีภาวะดื้อสุรา (tolerance) ซึ่งเป็นเกณฑ์ข้อที่ 1 หรือภาวะขาดสุรา (withdrawal) ซึ่งเป็นเกณฑ์ข้อที่ 2
  - Without physiological dependence (ไม่มีภาวะติดทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น) ให้ระบุตามนี้ หากไม่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะดื้อสุราหรือขาดสุรา ผู้ติดสุราประเภทนี้จะแสดงออกโดยการต้องดื่มแบบซ้ำซาก (compulsive drinking)
- คำระบุสถานะการดำเนินโรค (Course specifier) การระบุว่าการดำเนินของโรคสงบลง (remission) มี 4 แบบ ซึ่งแต่ละแบบจะระบุได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราหรือโรคดื่มแบบผิดแผนเป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือนแล้ว การนิยามสถานะทั้งสี่แบบนี้อิงตามระยะเวลาที่ไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (early versus sustained remission) และจำนวนอาการที่มี (partial versus full remission) เนื่องจาก 12 เดือนแรกที่ไม่มีอาการติดสุราเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปติดสุราซ้ำ ดังนั้นช่วงเวลานี้จึงเรียกว่า early remission เมื่อผ่านพ้นจากช่วง 12 เดือนนี้ไปโดยที่ผู้ป่วยไม่กลับไปติดสุราซ้ำก็เรียกว่า sustained remission ในระหว่าง early หรือ sustained remission ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราหรือการดื่มแบบผิดแผนเลย เรียกว่า early full remission หรือ sustained full remission แต่ถ้าผู้ป่วยมีอย่างน้อยหนึ่งอาการเป็นพักๆ หรือต่อเนื่อง ก็เรียกว่า partial remission (ภาพที่ 6.1)



ภาพที่ 6.1 การระบุสถานะการดำเนินโรคติดสุราตามระบบ DSM-IV-TR[4]

- นอกจากนั้น ยังสามารถระบุสภาพของการดูแลรักษาได้อีกสองแบบ คือ
  - o On agonist therapy การระบุแบบนี้จะทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาเสริมฤทธิ์ตามที่แพทย์สั่ง (prescribed agonist therapy) และไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราหรือการดื่มแบบผิดแผนเลยอย่างน้อยหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (ยกเว้นอาการดื้อยาหรือขาดยาเสริมฤทธิ์นั้น) คำระบุอันนี้ใช้กับผู้ที่กำลังได้รับการรักษาโรคติดสุราด้วย partial agonist หรือ agonist/antagonist
  - o In a controlled environment การระบุแบบนี้จะใช้เมื่อผู้ป่วยกำลังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่จำกัดการเข้าถึงสุรา และไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราหรือการดื่มแบบผิดแผนเลยอย่างน้อยหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ตัวอย่าง เช่น ในเรือนจำ หรือในโรงพยาบาลที่มีการควบคุม

ในระบบ DSM-5 ได้เปลี่ยนวิธีการระบุรายละเอียดจากที่ใช้ใน DSM-IV-TR ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยใน DSM-5 กำหนดคำระบุสามลักษณะ ตามระยะเวลาของการสงบของโรค ตามสภาพการดูแลรักษา และตามระดับความรุนแรงของโรค[6] ดังนี้

- In early remission ให้ระบุตามนี้ เมื่อผู้ป่วยเคยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย alcohol use disorder แต่หลังจากนั้นไม่มีอาการเลยเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน (ยกเว้นอาจจะมีอาการตามเกณฑ์ข้อ ก4 “อยากดื่มอย่างรุนแรง” ได้)
- In sustained remission ให้ระบุตามนี้ เมื่อผู้ป่วยเคยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย alcohol use disorder แต่หลังจากนั้นไม่มีอาการเลยเป็นเวลา 12 เดือน หรือนานกว่านั้น (ยกเว้นอาจจะมีอาการตามเกณฑ์ข้อ ก4 “อยากดื่มอย่างรุนแรง” ได้)
- In a controlled environment ให้ระบุเพิ่มเติมตามนี้ได้ หากผู้ป่วยกำลังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่จำกัดการเข้าถึงสุรา
- การระบุระดับความรุนแรงของโรค alcohol use disorder ตาม DSM-5 ขึ้นอยู่กับจำนวนข้อของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่ผู้ป่วยมี ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสามระดับ คือ
    - Mild (F10.10) รุนแรงน้อย มีอาการ 2-3 ข้อ
    - Moderate (F10.20) รุนแรงปานกลาง มีอาการ 4-5 ข้อ
    - Severe (F10.20) รุนแรงมาก มีอาการ 6 ข้อหรือมากกว่า

อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของโรคอาจจะเปลี่ยนแปลงไปในช่วงเวลาต่างๆ ตามความถี่ของการดื่มสุรา และ/หรือปริมาณสุราที่ดื่ม ซึ่งประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น และการสังเกตของผู้รักษา หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การวินิจฉัยแยกโรค

ก่อนจะให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค alcohol use disorder, alcohol abuse, harmful use หรือ alcohol dependence แพทย์จะต้องวินิจฉัยแยกภาวะหรือโรคอื่นๆ ออกไป หรือวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่[5] ดังนี้

1. การดื่มแบบไม่เป็นปัญหา (Non-pathological use of alcohol) ลักษณะสำคัญที่บอกว่าผู้ป่วยเป็นความผิดปกติจากการดื่มสุราคือ ผู้ป่วยจะต้องดื่มปริมาณมาก ดื่มบ่อยๆ หรือดื่มเป็นประจำ และการดื่มสุรานั้นได้ทำให้เกิดปัญหา เช่นความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ และความทุกข์ทรมาน ดังนั้นในผู้ดื่มสุราบางคนที่อาจจะดื่มเกือบทุกวัน แต่ดื่มปริมาณเล็กน้อย หรืออาจจะดื่มมากจนเมามานๆ ครั้ง ก็ไม่จัดว่าเป็นโรค alcohol use disorders หรือผู้ที่ดื่มเวลาที่เข้าสังคม (social drinker) ถ้าไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค alcohol use disorders ก็ไม่จัดว่าเป็นโรคนี้เช่นกัน

2. โรคจิตเวชจากการใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายแอลกอฮอล์ เช่น ยากลุ่ม benzodiazepines ซึ่งใช้เป็นยานอนหลับ และยากล่อมประสาท อาการขาดยาหรือเมายากลุ่ม benzodiazepines จะคล้ายคลึงกับอาการขาดสุราหรือเมาสุรามาก เพราะสารทั้งสองชนิดมีฤทธิ์ต่อสมองคล้ายคลึงกัน และอาจมีผู้ป่วยบางคนที่ใช้ทั้งสุราและยากลุ่มนี้ร่วมกัน ซึ่งทำให้อาการเมายาหรือภาวะการได้รับยาเกินขนาด (drug overdose) ทวีความรุนแรงมากขึ้น แพทย์ต้องพยายามแยกให้ได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจากการดื่มสุรา หรือโรคจากการใช้ยานอนหลับยากล่อมประสาท หรือเป็นทั้งสองโรคร่วมกัน เพราะการดำเนินโรคและปัญหาทางกายแตกต่างกัน ทำให้การดูแลรักษาต่างกัน

3. Conduct disorder ในเด็ก และ antisocial personality disorder ในผู้ใหญ่ การดื่มสุราแบบผิดแผนมักพบในคนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial หรือ conduct disorder ในวัยเด็ก ซึ่งผู้ป่วย alcohol use disorder ที่มีปัญหาพฤติกรรมและบุคลิกภาพแบบนี้มักจะเริ่มดื่มสุราเร็วตั้งแต่อายุยังน้อย และการพยากรณ์โรคไม่ดี ดังนั้นจึงควรวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมนี้ด้วยหรือไม่

เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา

นอกจากจะใช้กระบวนการประเมินทางคลินิกเพื่อหาข้อมูลมาสำหรับการวินิจฉัยโรคแล้ว ได้มีการพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัย (diagnostic tool) ความผิดปกติจากการดื่มสุราซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview questionnaire) ออกมามากมาย ลักษณะคำถามและขั้นตอนในการประมวลเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคของเครื่องมือเหล่านี้จะอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลของ ICD-10 หรือ DSM-IV-TR เครื่องมือเหล่านี้มักจะถูกใช้ในโครงการวิจัยมากกว่าจะใช้ทั่วไปในงานเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราก็สามารถใช้คำถามจากเครื่องมือเหล่านี้มาเป็นแนวทางสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเวชปฏิบัติได้เช่นกัน ตัวอย่าง เครื่องมือวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุราที่มีผู้แปลและนำมาใช้ในประเทศไทย ได้แก่

Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS)[9] เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่มีความแม่นยำและความเชื่อมั่นสูง ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะการดื่มแบบอันตรายและโรคติดสุราในประชากรทั่วไป สำหรับใช้ในโครงการวิจัยร่วมนานาประเทศเพื่อศึกษาตัวชี้วัดทางชีวภาพสำหรับการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลกและ International Society for Biomedical Research on Alcoholism[10] AUDADIS มีคำถาม 32 ข้อเกี่ยวกับประสบการณ์ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมาและตลอดชีวิต AUDADIS ให้การวินิจฉัยการดื่มแบบอันตราย/แบบเป็นปัญหา และโรคติดสุราโดยอิงตาม ICD-10 และ DSM-IV ในประเทศไทย ผู้นิพนธ์ได้รับอนุญาตให้แปล AUDADIS เป็นภาษาไทยและนำมาใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุรา (harmful use และ alcohol dependence) ในโครงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติของ

การดื่มสุราในชายไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540[1,11-13] ซึ่งผู้นิพนธ์พบว่า คำถามของ AUDADIS ในหมวดความผิดปกติจากการดื่มสุราสามารถนำมาปรับใช้สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในงานเวชปฏิบัติในประเทศไทยได้ด้วย (ตารางที่ 6.6)

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)[14] เป็นแบบสัมภาษณ์ขนาดสั้นที่พัฒนาโดยจิตแพทย์และบุคลากรสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป สำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเวชตาม DSM-IV และ ICD-10 ในชุดของเครื่องมือนี้มีเครื่องมือสามฉบับคือ M.I.N.I.-Screen, M.I.N.I.-Plus, และ M.I.N.I.-Kid ในประเทศไทยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะได้เป็นผู้แปล M.I.N.I.-5.0.0 เป็นฉบับภาษาไทย และปรับปรุงใน พ.ศ. 2550 และทดสอบการใช้ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 177 คน ซึ่งในจำนวนนี้ 30 คนเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น พบว่าค่าความไวและความจำเพาะของ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทยในหมวดความผิดปกติจากการดื่มสุราเท่ากับ 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์[8] เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้ในโครงการสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตระดับชาติในปี พ.ศ. 2546[15] และ พ.ศ. 2551[7, 16,17] รวมทั้งในโครงการวิจัยอื่นๆ อีกหลายโครงการ (ตารางที่ 6.7)

Composite International Diagnostic Interview (CIDI)[18] เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเต็มขององค์การอนามัยโลก ถูกออกแบบมาสำหรับใช้โดยผู้สัมภาษณ์ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ทำงานด้านจิตเวชโดยเฉพาะ (lay interviewer) ที่ได้รับการฝึกหัดมาก่อน เพื่อใช้ประเมินความผิดปกติทางจิตเวชตามคำจำกัดความและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 และ DSM-IV เครื่องมือนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยาและการศึกษาข้ามวัฒนธรรม รวมทั้งสำหรับงานวิจัยทางคลินิก CIDI สามารถใช้ในการสำรวจเพื่อหาความชุกของโรคจิตเวช ความรุนแรงของโรค ภาระที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคเหล่านี้ และการใช้บริการสุขภาพและยาในการรักษาโรค ในการสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตระดับชาติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2556 คณะทำงานสำรวจได้รับอนุญาตจาก The World Mental Health Survey Initiative ให้แปล CIDI เป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในโครงการสำรวจนี้ ซึ่งผู้นิพนธ์และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ได้ร่วมกันเป็นบรรณาธิการเพื่อปรับปรุงและขัดเกลาภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์ฉบับภาษาไทย

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)[19] เป็นแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกกึ่งโครงสร้าง (semi-structured standardized clinical interview) พัฒนามาภายใต้องค์การอนามัยโลก ใช้สำหรับประเมินและจำแนกจิตพยาธิสภาพและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคจิตเวชหลักในผู้ใหญ่ SCAN สามารถใช้ได้ทั้งในงานวิจัย งานเวชปฏิบัติและสำหรับการฝึกอบรม ในประเทศไทย สุชาติ พหลภาคย์และคณะ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้แปลเป็นภาษาไทย และทดสอบการใช้พร้อมหาค่าความแม่นยำและเชื่อมั่นในผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชในทั้งสี่ภาคของประเทศไทย ซึ่งพบว่า SCAN ฉบับภาษาไทยมีความเชื่อมั่นและความแม่นยำสูงในการประเมินอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยไทย[20]

ตารางที่ 6.6 ตัวอย่างคำถามในหมวด alcohol use disorders ของ AUDADIS[9,13]

ในตลอดชีวิตที่ผ่านมาของคุณ คุณเคยมีประสบการณ์ต่อไปนี้หรือไม่.....
หากตอบ "เคย" ในแต่ละข้อ ให้ถามต่อว่า

1. ประสบการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
2. ในช่วง 12 เดือนที่แล้ว เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นประมาณกี่ครั้ง
3. ประสบการณ์เหล่านี้ เคยเกิดขึ้นก่อน 12 เดือนที่แล้วหรือไม่
   (ถ้าเคย เกิดเมื่อเดือน.....ของปีที่แล้ว)

(1) พบว่าปริมาณสุราขนาดที่เคยดื่มเป็นประจำออกฤทธิ์กับคุณน้อยกว่าที่เคยเป็น

(2) พบว่าคุณต้องดื่มปริมาณมากขึ้นกว่าที่เคย เพื่อที่จะได้ฤทธิ์ของสุราเท่าที่คุณต้องการ (ถามให้แน่ใจว่าอย่างน้อยมากขึ้นร้อยละ 50 เช่นถ้าต้องดื่มเพิ่มขึ้น 1 แก้ว จากที่เคยดื่ม 2 แก้ว เป็นทั้งหมด 3 แก้ว ก็คือการเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 50)

(3) ต้องการที่จะหยุดหรือลดการดื่มลง

(4) พยายามที่จะหยุดหรือลดการดื่มลง แต่พบว่าคุณไม่สามารถทำได้

(5) เริ่มดื่มใหม่ทั้งที่คุณตัดสินใจ หรือสัญญากับตัวเองว่าจะไม่ดื่มอีก

(6) ลงท้ายที่การดื่มมากกว่าที่คุณตั้งใจไว้

(7) ดื่มต่อไปเรื่อยๆ เป็นเวลานานกว่าที่คุณตั้งใจไว้

(8) ตอนนี้ผม/ดิฉันจะถามคุณเกี่ยวกับอาการบางอย่างซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อคนหยุดดื่มสุรา ผม/ดิฉันสนใจ เฉพาะอาการ ซึ่งเป็นๆ หายๆ ในเวลาอย่างน้อย 1 วัน หากคุณมีอาการอยู่นานไม่ถึงหนึ่งวัน เพราะว่าคุณดื่มสุราเข้าไป เพื่อแก้อาการเหล่านี้ ก็ขอให้ตอบด้วยว่าเคยมีอาการ ยกตัวอย่าง เช่น คุณเคย.....

   1. มีอาการตัวสั่น
   2. มีปัญหานอนหลับยาก หรือ หลับไม่สนิท
   3. มีอาการปวดหัวอย่างรุนแรง
   4. รู้สึกวิตกกังวล ประสาท หรือ หงุดหงิดมาก
   5. รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรืออาเจียน
   6. รู้สึกอ่อนเพลีย หรือเฉื่อยชา
   7. พบว่าตัวเองเหงื่อออก หรือ หัวใจเต้นเร็ว
   8. รู้สึกว่าร่างกายกระสับกระส่าย
   9. เห็น รู้สึกหรือได้ยินบางสิ่งบางอย่างซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นจริงในตอนนั้น
   10. มีอาการชัก

(9) ใช้การดื่มสุราเพื่อที่จะขจัดอาการเลวร้ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราก่อนหน้านั้น
(10) ใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือจากแอสไพริน พานาดอล หรือพาราเซตามอล เพื่อให้หายจากอาการเมาค้าง หรือขจัดอาการเลวร้ายของการดื่มสุรา
(11) ดื่มเพื่อให้หายจากอาการเมาค้าง หรือเพื่อทำให้ตัวคุณเองรู้สึกดีขึ้น เมื่อคุณมีอาการเหล่านี้
(12) ใช้เวลากับการดื่มมากจนคุณมีเวลาน้อยสำหรับทำอย่างอื่น
(13) หมดเวลาเนื่องจากป่วย หรือเมาค้างจากการดื่มสุรา
(14) หมดเวลาไปเพื่อทำให้แน่ใจว่าคุณมีสุราอยู่เสมอสำหรับจะดื่ม
(15) ยกเลิกหรือลดกิจกรรมต่างๆ ที่สำคัญลงเพื่อที่คุณจะได้ดื่มสุรา เช่น การทำงาน การเรียน
(16) ยกเลิกหรือลดกิจกรรมต่างๆ ซึ่งคุณสนใจหรือให้ความสนุกสนานกับคุณ เพื่อที่คุณจะได้ดื่ม
(17) เมาหรือเมาค้าง เมื่อคุณควรที่จะทำอะไรบางอย่างที่สำคัญ เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ หรือดูแลบ้านหรือครอบครัว
(18) เมาหรือเมาค้าง เมื่อคุณกำลังทำอะไรบางอย่างที่สำคัญอยู่จริงๆ เช่นกำลังทำงาน เรียนหนังสือ หรือดูแลบ้านหรือครอบครัว
(19) ขับรถยนต์ รถจักรยานยนต์ เรือหรือยานพาหนะอื่นๆ หลังจากที่คุณดื่มไปปริมาณมากแล้ว
(20) เข้าไปอยู่ในเหตุการณ์อย่างหนึ่งขณะดื่มหรือหลังจากการดื่ม ซึ่งทำให้คุณมีโอกาสมากขึ้นที่จะได้รับบาดเจ็บ-เช่น ว่ายน้ำ ใช้เครื่องจักร หรือเดินในที่อันตราย หรือในบริเวณที่มีจราจรวุ่นวาย
(21) ดื่มต่อไป ทั้งที่คุณรู้ว่า มันทำให้คุณมีปัญหารุนแรงกับครอบครัว หรือเพื่อนฝูง
(22) ดื่มต่อไปทั้งที่คุณรู้ว่า มันทำให้คุณรู้สึกเศร้า หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ หรือหวาดระแวง
(23) ดื่มสุราต่อไปทั้งที่คุณรู้ว่ามันสร้างปัญหาสุขภาพต่อคุณหรือทำให้ปัญหาสุขภาพของคุณเลวลง
(24) ต้องการจะดื่มสุราอย่างรุนแรง จนไม่สามารถจะคิดถึงอย่างอื่นได้
(25) รู้สึกมีความต้องการอย่างรุนแรง หรือมีแรงผลักดันให้ดื่มสุรา
(26) มีช่วงระยะเวลาที่ดื่มหนัก ซึ่งคุณดื่มลักษณะเดียวกันนั้นตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นวันใดของสัปดาห์ เวลาใดของวันหรือในสภาวการณ์เช่นไรก็ตาม
(27) พบว่าการดื่มของคุณกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน จนกระทั่งคุณดื่มเกือบตลอดเวลา ไม่ว่าคุณจะกำลังทำอะไรอยู่ หรือกำลังอยู่ที่ไหน
(28) พบว่าการดื่มของคุณรบกวนการทำงาน การเรียน หรือการดูแลบ้านเรือน หรือครอบครัว
(29) ทำให้ตัวเองบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุขณะที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ เช่น หกล้มอย่างรุนแรง หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร หรืออะไรอย่างอื่นคล้ายๆ อย่างนี้
(30) ได้รับอุบัติเหตุรถยนต์ รถจักรยานยนต์ เรือ หรืออุบัติเหตุอย่างอื่น เนื่องจากการดื่มสุรา
(31) มีการต่อสู้ขณะกำลังดื่มหรือทันทีหลังการดื่มสุรา
(32) ถูกจับหรือกักตัวไว้ที่สถานีตำรวจเนื่องจากการดื่มสุรา

ตารางที่ 6.7 ตัวอย่างคำถามในหมวด alcohol use disorders ของ M.I.N.I.-5.0.0 ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง 2550[8]

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น เบียร์ เหล้า เหล้าขาว วิสกี้ สาโท กระแช่ สปาย ไวน์) หรือไม่ คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ระบุชนิดที่ดื่ม) มากกว่า 3 หน่วยดื่มมาตรฐาน (เช่น เบียร์มากกว่า 3 กระป๋องหรือ 1.5 ขวด เหล้ามากกว่า 2 เป็ก หรือ ¼ แบน ไวน์มากกว่า 3 แก้ว) ภายใน 3 ชั่วโมง อย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป หรือไม่

ในช่วงนั้น:

1. คุณต้องดื่มปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งเมื่อดื่มใหม่ๆ เพื่อที่จะให้ได้ฤทธิ์ (เช่นเมา) เท่ากับตอนที่คุณเริ่มดื่มใหม่ๆ หรือคุณรู้สึกว่าฤทธิ์ของมัน (เมา) น้อยลง ถ้าคุณดื่มในปริมาณเท่าเดิม หรือไม่
2. เมื่อคุณลดการดื่มลงทันที คุณมีอาการมือสั่น เหงื่อออกมาก หรือรู้สึกกระวนกระวายหรือไม่ คุณต้องถอน หรือ ดื่มเพื่อไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว เช่น ตัวสั่น เหงื่อออก หรือกระวนกระวาย หรือ อาการเมาค้างหรือไม่
3. เมื่อคุณได้ดื่มแล้ว คุณดื่มมากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ในตอนแรก หรือดื่มติดลม หรือไม่
4. คุณได้พยายามลดหรือหยุดดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่
5. ในวันที่คุณดื่ม คุณใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเสาะหาสุรา การดื่ม หรือการทำให้สร่างเมา หรือไม่
6. จากการดื่มของคุณ ทำให้คุณใช้เวลาทำงาน พักผ่อนหย่อนใจ หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง หรือไม่
7. ถ้าการดื่มทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ คุณจะยังคงดื่มต่อไปหรือไม่
8. คุณเคยมีความอยากหรือความต้องการอย่างรุนแรงที่จะต้องดื่มสุราหรือไม่
9. คุณเคยมีปัญหาที่โรงเรียน ที่ทำงานหรือที่บ้านมากกว่าหนึ่งครั้ง เพราะว่าคุณเมา ครื้นเครงมาก หรือเมาค้าง หรือไม่
10. คุณเคยเมามากกว่า 1 ครั้ง ในขณะที่คุณอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เช่น ขณะขับขี่ยวดยานพาหนะ (รถ จักรยานยนต์ เรือ) หรือใช้เครื่องจักร ฯลฯ หรือไม่
11. จากการดื่มของคุณ ทำให้คุณมีปัญหาด้านกฎหมาย เช่น ถูกจับ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ทะเลาะวิวาท อาละวาดทำลายข้าวของ ก่ออาชญากรรม) มากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่
12. ถ้าการดื่มของคุณทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวหรือกับคนอื่น คุณจะยังคงดื่มต่อไปหรือไม่

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเกณฑ์การวินิจฉัยและจำแนกโรคสากล จาก DSM-IV-TR ที่เพิ่งเปลี่ยนเป็น DSM-5 ในปีที่ผ่านมา และจาก ICD-10 ที่กำลังจะเปลี่ยนเป็น ICD-11 ในอีกหนึ่งถึงสองปีข้างหน้า ถึงแม้ว่าทฤษฎีหรือแนวคิดหลัก (concept) ในการนิยามและวินิจฉัยโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (alcohol-related disorders) จะไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก แต่รายละเอียดในแง่ของลักษณะอาการและอาการแสดงที่เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยรวมทั้งการดำเนินโรค และการจำแนกหมวดหมู่ของโรคมีการเปลี่ยนแปลงไปพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวม alcohol abuse กับ alcohol dependence เข้าเป็นโรคเดียวกัน คือ alcohol use disorder ของ DSM-5 และการปรับนิยามของ harmful drinking และ alcohol dependence ของ ICD-11 จากเงื่อนไขเหล่านี้ ผู้นิพนธ์มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการวินิจฉัยโรคในประเทศไทย ดังนี้

- การวินิจฉัยและจำแนกโรคที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวเป็นสิ่งที่น่าศึกษาติดตามต่อไปในผู้ป่วยไทยด้วย เพื่อดูว่าเกณฑ์การวินิจฉัยเหล่านี้มีความเชื่อมั่นและเที่ยงตรง ในการวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ป่วยไทยเพียงไร อาการหรืออาการแสดงแต่ละข้อมีความไวแตกต่างกันหรือไม่ในผู้ป่วยไทย รวมทั้งความแตกต่างระหว่างเพศและวัย หรือมีเกณฑ์ข้อใดที่พบมากหรือเป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยไทย ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในงานเวชปฏิบัติ เพราะหากแพทย์คำนึงถึงลักษณะเหล่านี้ จะช่วยให้สัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ข้อมูลที่แม่นยำและเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรคมากยิ่งขึ้น
- การพัฒนาระบบการลงรหัสจำแนกโรคให้ถูกต้องและครอบคลุมคำระบุรายละเอียดต่างๆ ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์สำหรับการบันทึกเวชระเบียน เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่ผู้นิพนธ์ทำงานอยู่ ซึ่งทำให้สะดวกมากขึ้นในการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคในเวชระเบียน เพราะในระบบเวชสารสนเทศจะมีชื่อโรคพร้อมรหัสโรคตาม ICD-10 ให้แพทย์เลือกลงข้อมูล และข้อมูลการวินิจฉัยโรคก็จะถูกเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ทำให้สะดวกในการค้นหาหรือนำมาใช้ในงานวิจัย อย่างไรก็ตาม แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลงข้อมูลดังกล่าว ควรจะพยายามบันทึกรายละเอียดของการวินิจฉัยโรคให้มากที่สุด หรือลงรหัสการจำแนกโรคอย่างละเอียดถึงตัวเลขลำดับที่สี่หรือห้าของรหัสโรค เช่น ในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal state) ควรจะถูกบันทึกรหัสโรคเป็น F10.3 (Alcohol withdrawal state) เป็นอย่างน้อย หรือหากทำได้ควรจะระบุเป็น F10.30 (Alcohol withdrawal state, Uncomplicated) หากภาวะขาดสุรานั้นไม่รุนแรงซับซ้อน หรือ F10.31 (Alcohol withdrawal state, With convulsions) หากผู้ป่วยมีอาการชักด้วย เป็นต้น เพราะการบันทึกการวินิจฉัยโรคอย่างละเอียดเช่นนี้นอกจากจะเป็นประโยชน์สำหรับการดูแลติดตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นข้อมูลสถิติที่สำคัญ ที่สามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดของการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลหรือของประเทศได้

- การพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่สามารถนำมาใช้ประกอบการสัมภาษณ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยไทย ปัจจุบันมีแบบสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มสุราหลายฉบับซึ่งถูกแปลและทดสอบในประเทศไทย แต่ส่วนใหญ่แบบสัมภาษณ์เหล่านี้ถูกใช้เป็นเครื่องมือในงานวิจัยเท่านั้น ไม่ได้ถูกนำมาใช้ในเวชปฏิบัติปกติ ดังได้กล่าวมาแล้วว่าคำถามของแบบสัมภาษณ์เหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางคลินิกได้ดี การใช้แบบสัมภาษณ์เหล่านี้เพื่อประกอบในการประเมินผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยโรคจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นระบบ มีความเป็นภววิสัย และมีความเที่ยงตรงระหว่างผู้สัมภาษณ์ต่างคนหรือต่างเวลามากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์สำหรับคลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก แต่มีแพทย์หรือจิตแพทย์น้อย เพราะอาจจะให้บุคลากรสุขภาพสาขาอื่นที่ได้รับการฝึกหัดการใช้แบบสัมภาษณ์นี้เป็นอย่างดีมาก่อน เป็นผู้สัมภาษณ์ขั้นต้น และรวบรวมข้อมูลมาให้แพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Assanangkornchai S, Noi-pha K, Saunders JB, Ratanachaiyavong S. Aldehyde dehydrogenase 2 genotypes, alcohol flushing symptoms and drinking patterns in Thai men. Psychiatry Res 2003;118:9-17.
2. Latt N, Conigrave KM, Saunders J, Marshall W, Nutt D, editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. Oxford: Oxford University Press; 2009.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1994.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed, text-revised). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
7. Srisurapanont M, Kittiratanapaiboon P, Likhitsathian S, Kongsuk T, Suttajit S, Junsirimongkol B. Patterns of alcohol dependence in Thai drinkers: a differential item functioning analysis of gender and age bias. Addict Behav 2012;37:173-8.
8. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, กอบโชค จูวงษ์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และคณะ. M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview: Thai version 5.0.0-Revised 2007. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550 [ค้นเมื่อ 13 มกราคม 2557]; ค้นจาก: http://www.vms.skph.go.th/Download/MINI.pdf.
9. Grant BF, Harford TC, Dawson DA, Chou PS, Pickering RP. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. Drug Alcohol Depend 1995;39:37-44.
10. Ustun B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S, et al. WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. Drug Alcohol Depend 1997;47:161-9.
11. Assanangkornchai S, Conigrave KM, Saunders JB. Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men. Alcohol Alcohol 2002;37:193-7.
12. Assanangkornchai S, Geater AF, Saunders JB, McNeil DR. Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood home environment on the development of alcohol use disorders in a Thai population. Addiction 2002;97:217-26.

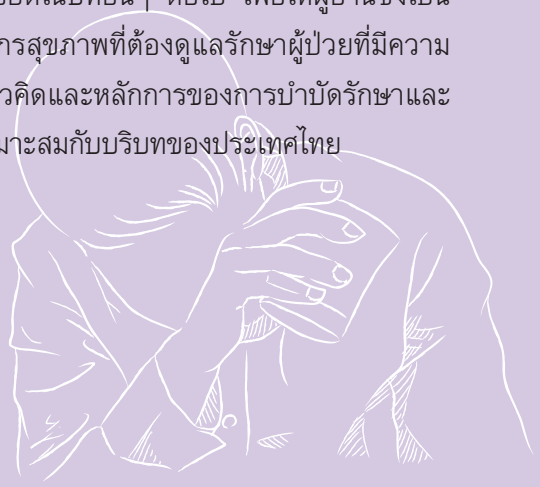
13. Assanangkornchai S, Saunders JB, Conigrave KM. Patterns of drinking in Thai men. Alcohol Alcohol 2000;35:263-9.
14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998;59 (Suppl 20):s22-33.
15. พรเทพ สิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12:177-88.
16. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, มธุริน คำวงค์ปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรนินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, บรรณาธิการ. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
17. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงค์ปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;19:88-102.
18. World Health Organization. The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2014 Jan 13]; Available from: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/.
19. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch Gen Psychiatry 1990;47:589-93.
20. Paholpak S, Krisanaprakornkit T, Piyavhatkul N, Arunpongpaisal S, Rangseekajee P, Pajanasoontorn N, et al. Validity and reliability study of the Thai version of WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry version 2.1. J Med Assoc Thai 2010;93:497-501.

บทที่ 7

การวางแผนการรักษา

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงการวางแผนการบำบัดรักษา (treatment planning) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วยหลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา ขั้นตอนของการบำบัดรักษา การกำหนดเป้าหมายของการรักษาและเป้าหมายของการดื่มสุราหลังการรักษา ประเภทของการบำบัดรักษา การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงรูปแบบการรักษาแบบเป็นลำดับขั้น การติดตามดูแลหลังการรักษา และการลดอันตรายจากการดื่มสุรา บทนี้จึงเป็นเสมือนบทนำที่กล่าวถึงขั้นตอนและวิธีการบำบัดรักษาแบบต่างๆ โดยสังเขป ก่อนที่จะไปกล่าวรายละเอียดในบทอื่นๆ ต่อไป เพื่อให้ผู้อ่านซึ่งเป็นจิตแพทย์ แพทย์ทั่วไปหรือบุคลากรสุขภาพที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา เข้าใจแนวคิดและหลักการของการบำบัดรักษาและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย



สาระสำคัญ

- แนวคิดสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราคือ ความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และการเลือกวิธีการในการลดละเลิกดื่มสุราเป็นสิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วย การเลือกวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยแต่ละคนจึงควรเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง โดยผู้รักษาเป็นผู้ให้ข้อมูล แนวทาง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมเท่านั้น
- การวางแผนการดูแลรักษามีองค์ประกอบสำคัญสามประการคือ การเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษา และการวางแผนวิธีการติดตามดูแลในระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- ในกระบวนการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะต้องผ่านสี่ขั้นตอน คือ การเข้าสู่การรักษา การรับการรักษา การกลับสู่ชุมชน และการสิ้นสุดการรักษา
- เป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราคือ การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและใจ ทำหน้าที่ต่างๆ ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากปัญหาทางสังคมหรือกฎหมาย และเป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัว ชุมชนหรือสังคม โดยการลดหรือเลิกดื่มสุรา ปฏิบัติตนและคงอยู่ในโปรแกรมการรักษาจนครบกำหนด
- เป้าหมายการดื่มสุราในการรักษามีสองแบบคือ การเลิกดื่ม ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงที่เป็นผลจากสุรา และการลดดื่มซึ่งเหมาะสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงหรือผู้ดื่มแบบอันตรายที่ยังไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา
- การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราประกอบด้วย จิตเภสัชบำบัด จิตสังคมบำบัด การดูแลเสริมตามปัญหาหรืออาการ การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้เหมาะสม และการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ความผิดปกติจากการดื่มสุราประกอบด้วยปัญหาและภาวะหลากหลาย ตั้งแต่ปัญหาระดับรุนแรงน้อยหรือปานกลาง ที่สัมพันธ์กับการดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายในคนที่ยังไม่ติดสุรา ซึ่งอาจจะให้การดูแลรักษาด้วยการบำบัดแบบย่อได้ ตั้งแต่ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือในโรงพยาบาลทั่วไป โดยบุคลากรสุขภาพทุกระดับที่ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จนกระทั่งความผิดปกติที่รุนแรงมาก ที่พบในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง

การวางแผนการดูแลรักษาเป็นกระบวนการในการกำหนดเป้าหมาย และเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ป่วย และวางแผนขั้นตอนการดูแลรักษาให้บรรลุเป้าหมายนี้โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การวางแผนการรักษาจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ หลายขั้น โดยผู้ป่วยอาจจะได้รับการรักษาต่างๆ เรียงกันไปแต่ละชนิด หรือได้รับการรักษาสองหรือสามชนิดพร้อมกัน เช่น การให้คำแนะนำและข้อมูล การบำบัดแบบย่อ การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตราย และการดูแลช่วยเหลือในชุมชน เป็นต้น

หลักสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราตั้งอยู่บนพื้นฐานสำคัญข้อหนึ่งว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแสดงความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการในการปฏิบัติตัว (ลด ละ เลิกดื่มสุรา) ได้ด้วยตนเอง การเลือกวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยแต่ละคนจึงควรเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง โดยผู้รักษาเป็นผู้ให้ข้อมูล แนวทาง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของความผิดปกติจากการดื่มสุรา และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของโรคนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ในการวางแผนการรักษา ผู้รักษาควรเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ว่าเขามารับการรักษาด้วยเรื่องอะไร และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของเขา ในผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมที่จะลดหรือเลิกดื่มสุรา การบำบัดรักษาขั้นต้นอาจจะเป็นเพียงการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของเขาเท่านั้น

การวางแผนการดูแลรักษามีองค์ประกอบสำคัญสามประการคือ การเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษา และการวางแผนวิธีการติดตามดูแลในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

สถาบันสารเสพติดแห่งชาติ (National Institute on Drug Abuse) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปหลักการของการบำบัดรักษาผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติด โดยการทบทวนจากผลงานวิจัยต่างๆ เอาไว้ 13 ข้อ[1] ซึ่งผู้นิพนธ์เห็นว่าหลักการ 12 ข้อแรกนี้สามารถนำมาปรับใช้กับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราได้เช่นกัน (ข้อสุดท้ายเป็นหลักการเกี่ยวกับการดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่มีโรคติดต่อทางเลือด เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ บี และซี ซึ่งอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับผู้ดื่มสุราโดยตรง จึงไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้)

1. ความผิดปกติจากการดื่มสุราเป็นโรคที่ซับซ้อน แต่รักษาได้ เป็นโรคที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองและพฤติกรรม แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีผลต่อเซลล์และการทำหน้าที่ของประสาทสมอง การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบประสาทและสมองที่เกิดขึ้นจากการทำลายของแอลกอฮอล์คงอยู่ระยะยาวและถาวร ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคนี้จะหยุดดื่มสุราไปแล้วก็ตาม ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ติดสุรายังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่ทราบว่าการดื่มสุราทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพแล้วก็ตาม หรือมักจะกลับมาดื่มอีกหลังจากที่หยุดไปได้นาน

2. ไม่มีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยทุกคน วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราควรจะต้องปรับไปตามลักษณะของผู้ป่วย การเลือกวิธีการและสถานที่สำหรับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษา ในการทำให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ชีวิตที่สามารถทำหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ที่ทำงาน และสังคม

3. ควรมีบริการที่พร้อมเสมอสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่เข้ามารับการดูแลรักษาโดยตรง หรือตามกำหนดที่แน่นอน การจัดบริการดูแลรักษาที่พร้อมเสมอสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการมารับการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ดื่มสุราบางคนอาจจะพลาดที่จะได้รับการดูแลรักษาไป หากเขามาสถานบริการทางสุขภาพแล้วไม่ได้รับการดูแลรักษาทันที หรือไม่มีการดูแลรักษาที่พร้อมสำหรับเขา และเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ การให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรคจะทำให้การรักษาได้ผลดีมากกว่า

4. การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ควรจะเป็นการดูแลรักษาที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทุกด้านของผู้ป่วย ไม่เฉพาะต่อการดื่มสุราของเขาเท่านั้น การดูแลรักษาควรจะครอบคลุมทั้งปัญหาการดื่มสุราและปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคม หน้าที่การงาน การเรียน หรือปัญหาทางกฎหมายของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ การบำบัดรักษาควรจะเหมาะสมกับอายุ เพศ เชื้อชาติ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย

5. การทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโปรแกรมการรักษาเป็นเวลานานเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญ ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นอยู่กับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วย การศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าผู้ป่วยควรจะอยู่ในโปรแกรมการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อยสามเดือน และผู้ป่วยที่สามารถมารับการดูแลรักษาได้นาน มักจะได้ผลการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่คงอยู่ในการรักษาในระยะเวลาสั้น การหายจากโรคติด

สุราเป็นกระบวนการระยะยาวและอาจจะจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาหลายครั้ง โรคติดสุรามีความคล้ายคลึงกับโรคเรื้อรังอื่นๆ คือ การกลับไปดื่มสุราอีกสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ และเป็นสัญญาณที่บ่งว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปรับการบำบัดรักษา หรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษา และเนื่องจากผู้ป่วยมักจะออกจากการรักษาก่อนกำหนด ในกระบวนการบำบัดรักษาจึงควรมีกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษาได้นานตามโปรแกรมด้วย

6. การบำบัดเชิงพฤติกรรมทั้งแบบรายบุคคล ครอบครัวหรือกลุ่มเป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้ที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา การบำบัดเชิงพฤติกรรมมีหลายรูปแบบและจุดประสงค์ เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลเมื่อสามารถหยุดดื่มสุราได้ เสริมสร้างทักษะในการปฏิเสธสุรา ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่สร้างสรรค์แทนการดื่มสุรา เพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การร่วมในกลุ่มบำบัด หรือโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนอื่นๆ หลังการบำบัดรักษามักจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มต่อไปได้นานอีกด้วย

7. เภสัชบำบัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อให้ร่วมกับการให้การปรึกษาและการบำบัดเชิงพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา naltrexone, acamprosate และ disulfiram เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา

8. ควรจะประเมินและปรับแผนการดูแลรักษาเป็นระยะๆ ตามความจำเป็น เพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ผสมผสานวิธีการบำบัดหลายรูปแบบในตลอดระยะเวลาของการรักษาและการติดตามผล นอกจากการให้การปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดแล้ว ผู้ป่วยอาจจะต้องการยา การดูแลรักษาโรคทางร่างกาย ครอบครัวบำบัด การฝึกหัดการเป็นพ่อแม่ การฟื้นฟูอาชีพ และบริการทางสังคมหรือกฎหมายอื่นๆ การดูแลต่อเนื่องและการปรับความเข้มข้นของการรักษาไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยในแต่ละระยะจะทำให้ผลการรักษาดีที่สุด

9. ผู้ติดสารเสพติดหลายคนมักมีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราก็เช่นกัน ส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมทางจิตเวช ดังนั้นผู้ป่วยที่มาด้วยความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือด้วยโรคอื่นทางจิตเวช ควรจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเสมอ ว่ามีโรคใดโรคหนึ่งนี้ร่วมด้วยหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมดังกล่าว ควรให้การดูแลรักษาภาวะทั้งสองนี้ควบคู่กันไป

10. การรักษาถอนพิษสุราด้วยยาเป็นเพียงขั้นตอนแรกของการดูแลรักษาผู้ติดสุรา ซึ่งมีผลน้อยหรือเกือบไม่มีผลเลยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะยาว ถึงแม้ว่าการถอนพิษสุราด้วยการใช้ยาช่วย จะช่วยในการรักษาอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในภาวะขาดสุรา และอาจจะเป็นช่องทางแรกที่นำไปสู่การบำบัดรักษาโรคติดสุราต่อไป แต่การรักษาชนิดนี้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ในระยะยาว ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะต่อไปหลังจากการรักษาถอนพิษสุรา การให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือการบำบัดแบบให้รางวัลร่วมไปด้วยตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและคงอยู่ในการรักษาต่อเนื่องไป

11. การบำบัดรักษาที่ไม่ได้เกิดจากความสมัครใจโดยตรงของผู้ป่วยก็สามารถทำให้เกิดประสิทธิผลได้ การบังคับ ลงโทษ หรือชักจูงให้ผู้ป่วยมารับการรักษาโดยครอบครัว เพื่อนร่วมงานหรือหน่วยงานบังคับคดี ก็สามารถเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษา การคงอยู่ในการรักษา และผลสำเร็จของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ

12. ควรตรวจสอบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีกหรือไม่ในระหว่างการบำบัดรักษาเป็นประจำ เพราะการกลับไปดื่มซ้ำอาจจะเกิดขึ้นได้เสมอ การที่ผู้ป่วยทราบว่าจะต้องถูกตรวจสอบเป็นประจำ จะเป็นสิ่งจูงใจสำคัญให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา และให้อดทนต่อแรงกระตุ้นให้ดื่มสุรา ผลการตรวจสอบที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก จะเป็นสัญญาณว่า อาจจะจำเป็นต้องปรับแผนการดูแลรักษาใหม่ให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนของการดูแลรักษา

ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรานั้น ผู้ป่วยจะต้อง “เดินทาง” ผ่านขั้นตอนต่างๆ สี่ขั้นตอน ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบในการวางแผนการบำบัดรักษา กำหนดเป้าหมาย และติดตามผลการรักษาได้สำหรับแต่ละระยะ[2] ดังนี้

1. การนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา (Treatment engagement) กิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การประเมินเพื่อดูว่าผู้ป่วยควรจะได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างไร การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการดูแลรักษา การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการรักษา และบทบาทของผู้รักษาและผู้ป่วยเองในกระบวนการดูแลรักษา การประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา ขั้นตอนนี้จะจบลงก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเริ่มมองเห็นเป้าหมายของการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เขาคงอยู่ในกระบวนการดูแลรักษาต่อไป ขั้นตอนนี้อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเดือน และอาจจะวนกลับมาใหม่ได้อีกเป็นครั้งคราวในตลอดกระบวนการดูแลรักษา

2. การให้การบำบัดรักษา (Treatment delivery) ขั้นตอนนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาตามวิธีการที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งอาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปีก็ได้ กิจกรรมที่สำคัญของขั้นตอนนี้ คือ การทบทวนแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและทีมผู้รักษาเป็นระยะๆ ความถี่ของการทบทวนแผนการรักษาขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย แต่ควรจะทำทุกๆ สามเดือนเป็นอย่างน้อย ผู้รักษาควรจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราที่ดี ควรจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้นในมิติต่างๆ ทั้งการดื่มสุรา สุขภาพ หน้าที่ทางสังคม และลดความเสี่ยงทางสาธารณสุขและอาชญากรรมต่อผู้อื่นด้วย เช่น การขับรถหลังการดื่มสุรา การทะเลาะวิวาท และพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการเมาสุรา เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโปรแกรมบำบัดระยะยาวควรได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม ความรู้ และการฟื้นฟูอาชีพตามความ

เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจจะทำควบคู่กันไปในระหว่างขั้นตอนของการรับการดูแลรักษากับขั้นตอนถัดไป (การกลับคืนสู่สังคม) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการดีซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโปรแกรมบำบัดเฉพาะ อาจจะได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการติดตามรักษาที่สถานบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน หรือสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ควรจะจัดการให้ผู้ป่วยสามารถกลับมารับการรักษาซ้ำได้ตามความจำเป็น เช่นในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก

3. การบูรณการกับชุมชน (Community integration) ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราไม่ว่าในขั้นตอนใด ผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือทางสังคมที่เหมาะสมร่วมไปด้วย เช่น การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย การเรียน หรือการทำงาน เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลรักษา

4. การสิ้นสุดการรักษา (Treatment completion) ผู้ป่วยน้อยคนนักที่อยากจะอยู่ในสถานบำบัดหรือในโปรแกรมบำบัดไปตลอดชีวิต สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการจะเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด ผู้รักษาควรช่วยให้เขาเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายนี้ได้อย่างสมบูรณ์ กระบวนการในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การดูแลรักษาหรือช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) การร่วมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual support group) การลดอันตราย (harm reduction) การดูแลช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน และการดูแลลูก เป็นต้น

การนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาและคงอยู่ในโปรแกรมการรักษาจนครบกำหนดมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ และขึ้นอยู่กับปัจจัยสามด้าน ได้แก่

- ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษา ความรุนแรงของโรคความผิดปกติจากการดื่มสุรา ประสบการณ์รักษาในอดีต สัมพันธภาพในการบำบัด และทัศนคติต่อการรักษา[3] ผู้ป่วยที่มารับการรักษาหลายครั้งตามนัดจะมีผลการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด[4] และผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด จะมีจำนวนวันที่ดื่มสุราและวันที่ดื่มหนักน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตาม ไม่ว่าจะตั้งแต่ช่วงแรกของการรักษาหรือช่วงหลังของการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือกับการรักษาตั้งแต่ช่วงแรกจะมีผลการรักษาแย่ที่สุด[4-6]
- ปัจจัยด้านผู้รักษา ได้แก่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย สัมพันธภาพในการบำบัด เวลาและความสนใจ ทักษะการให้การปรึกษา ซึ่งรวมถึง ความอบอุ่น ทัศนคติทางบวก และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้รักษา ซึ่งมีผลกับการคงอยู่ในการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาโดยตรง[7-9]
- ปัจจัยด้านสถานบำบัด ได้แก่ อุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการมารับการรักษาของผู้ป่วย เช่น ระยะทาง ค่าใช้จ่าย เวลาทำการ และสภาพที่ทำการ

การวางเป้าหมายของการบำบัดรักษา

เป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราคือ การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและใจ ทำหน้าที่ต่างๆ ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากปัญหาทางสังคมหรือกฎหมาย และเป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยการลด ละ เลิกดื่มสุรา ปฏิบัติตนและคงอยู่ในโปรแกรมการรักษาจนครบกำหนด แต่เป้าหมายเหล่านี้มักจะถูกละเลยทั้งๆ ที่เป็นเป้าหมายที่สำคัญ เพราะทั้งผู้รักษาและผู้ป่วยมักจะสนใจกับการลดหรือเลิกดื่มสุรามากกว่า ทั้งๆ ที่แง่มุมอื่นของชีวิตมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้วย และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาเหล่านี้อาจจะไม่สัมพันธ์กับการดื่มสุราของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยบางคนที่หยุดดื่มสุราได้แต่ก็ยังคงมีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือสังคมอยู่ หรือผู้ป่วยที่ยังดื่มสุราอยู่แต่สามารถปรับตัวให้ชีวิตความเป็นอยู่และสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นก็ได้ ดังนั้นในการวางเป้าหมายของการรักษาควรจะครอบคลุมประเด็นอื่นๆ ในชีวิตของผู้ป่วยด้วย

เป้าหมายการดื่มสุรา

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา ผู้รักษาจะต้องประเมินดูว่าผู้ป่วยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองเป็นอย่างไร โดยทั่วไปเป้าหมายการดื่มสุราหลังการบำบัดรักษามีสองลักษณะคือ การหยุดหรือเลิกดื่มโดยเด็ดขาด (abstinence-oriented goal) และการลดปริมาณการดื่มลงจนเป็นระดับที่เหมาะสม ปลอดภัยหรือควบคุมได้ (moderation, controlled drinking หรือ reduced drinking goal) เป้าหมายการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการรักษาและการเลือกวิธีการบำบัดรักษา[10-12] การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ป่วยที่ตั้งเป้าหมายว่าจะเลิกดื่มหลังการรักษามักเป็นผู้หญิง ดื่มหนักมาก่อนแต่ดื่มไม่บ่อย เคยได้รับการรักษาถอนพิษสุรามาก่อน และไม่ค่อยมีคนสนับสนุนการดื่มสุราของเขา[13] ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีผลลัพธ์ของการรักษาดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ตั้งเป้าหมายว่าจะลดการดื่มลงเท่านั้น[14]

การวางเป้าหมายของการบำบัดรักษาขึ้นกับการวินิจฉัยโรค โดยทั่วไป ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงหรือผู้ดื่มแบบอันตรายซึ่งยังไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา เป้าหมายของการบำบัดรักษามักจะเป็น การลดปริมาณการดื่มลงมาให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยหรือควบคุมได้ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์แล้ว เช่น โรคตับแข็ง หรือโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา เป้าหมายของการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นการเลิกดื่ม แต่เป้าหมายดังกล่าวก็อาจจะไม่เป็นที่ยอมรับหรือปฏิบัติได้ยากสำหรับผู้ป่วยบางคน ในปัจจุบัน มีการศึกษาหลายงานที่สนับสนุนประสิทธิผลของการรักษาผู้ติดสุรา เพื่อให้ลดการดื่มลงให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (moderation) โดยไม่จำเป็นต้องเลิกดื่มโดยเด็ดขาด ทำให้เป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยลดปริมาณการดื่มลง ให้อยู่ในระดับควบคุมได้ เป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น ทั้งในเวชปฏิบัติจริงและในแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศต่างๆ[15-18]

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษามักจะมีเป้าหมายของตนเองมาก่อนแล้ว ว่าต้องการจะดื่มสุราแบบใด ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราบางคนอาจจะอยากที่จะดื่มสุราต่อไปในระดับเดิมซึ่งเป็นอันตราย

ต่อสุขภาพของเขา ผู้รักษาต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบและพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดหรือเลิกดื่มให้ได้ ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น โดยให้เขาเข้ารับการรักษาถอนพิษสุราก่อน และต่อรองกับผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายการดื่มของเขา

ประเภทของการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราประกอบด้วยวิธีการหลายประเภทตามสภาวะของโรคและขั้นตอนของการดูแล หากจำแนกตามองค์ประกอบหลักของการบำบัดรักษาจะได้เป็นสองประเภทคือ การรักษาด้วยยาหรือจิตเภสัชบำบัด และการรักษาที่ไม่ใช้ยาหรือจิตสังคมบำบัด นอกจากนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรายังประกอบด้วยการดูแลเสริมตามปัญหาหรืออาการ (supportive treatment) เช่น การเสริมโภชนการ และการรักษาอาการปวด การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้เหมาะสม รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่อง

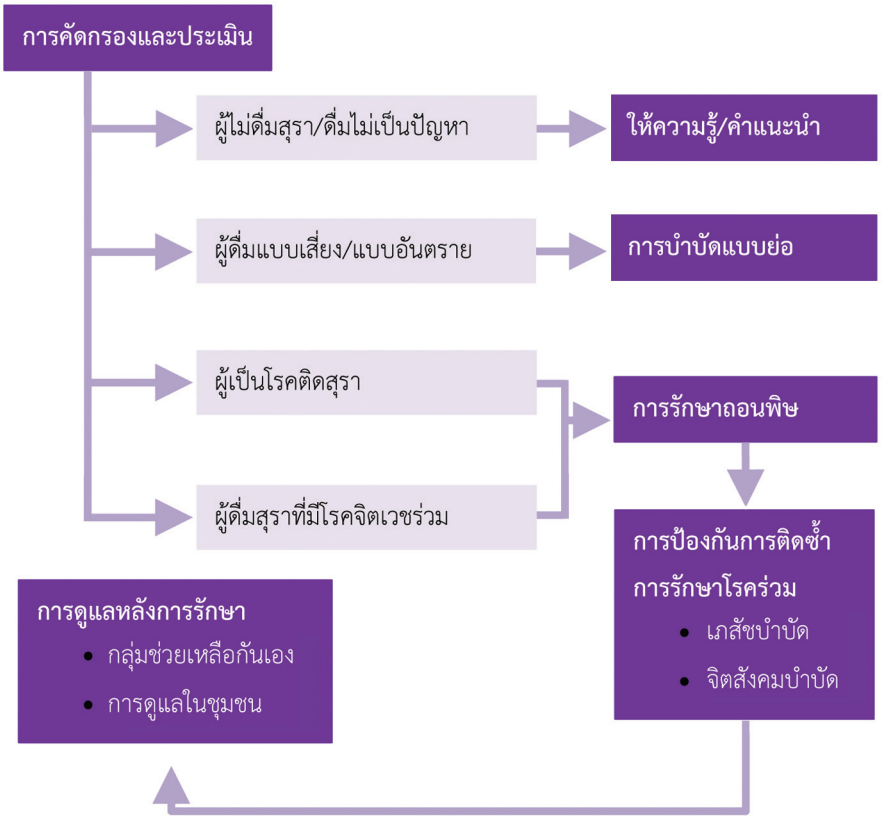
ดังได้กล่าวมาแล้วว่าปัญหาและโรคความผิดปกติจากการดื่มสุราประกอบด้วยภาวะต่างๆ ที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลรักษาจึงมีหลายประเภทตามความรุนแรงของโรคเช่นกัน (ภาพที่ 7.1)

- สำหรับผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายซึ่งจัดว่ายังไม่ใช่ผู้ติดสุรา จิตสังคมบำบัดเป็นการรักษาหลักที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีตั้งแต่ การบำบัดแบบย่อ (brief intervention; BI) ซึ่งอาจจะใช้เวลาตั้งแต่ 5 นาที จนไม่เกิน 1 ชั่วโมง เพียงครั้งเดียวหรือไม่เกิน 4 ครั้ง การบำบัดที่มีความเข้มข้นมากขึ้นและใช้เวลานานขึ้น เช่น การสัมภาษณ์หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI หรือ motivational enhancement therapy; MET) (ดูรายละเอียดในบทที่ 8 และ 11)

- ส่วนผู้ที่เป็นโรคติดสุรา การดูแลรักษาประกอบด้วยสองขั้นตอนหลักคือ การรักษาเพื่อถอนพิษสุรา (detoxification) (ดูรายละเอียดในบทที่ 9) และการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (relapse prevention) ยาที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ติดสุราเพื่อให้ลดหรือเลิกดื่มโดยการลดอาการอยากสุรา (anti-craving) หรือควบคุมตนเองในการดื่มสุรามีเพียงไม่กี่ชนิด และต้องใช้ควบคู่กับจิตสังคมบำบัดจึงจะได้ผล ยาเหล่านี้ได้แก่ disulfiram, naltrexone, acamprosate และ nalmefene (ดูรายละเอียดในบทที่ 10) ส่วนจิตสังคมบำบัดสำหรับรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีหลายชนิด โดยอิงตามทฤษฎีทางจิตวิทยา เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ วิธีบำบัดแต่ละชนิดมีองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะทางสังคม และการใช้เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม (ดูรายละเอียดในบทที่ 11) ตัวอย่างของจิตสังคมบำบัด ได้แก่ ความนึกคิด-พฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral therapy; CBT) การบำบัดตามหลักการ 12 ขั้นตอน (12-step facilitation therapy; TSF) และการบำบัดแบบอาศัยแรงเสริมจากชุมชน (community reinforcement therapy; CRT)[19]

- สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่นๆ เกิดร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยและเพิ่มความสลับซับซ้อนในการดูแลรักษา การดูแลต้องประกอบด้วยการประเมินทางคลินิก การบำบัดรักษาเพื่อให้ลดหรือเลิกดื่มสุรา และการรักษาภาวะทางกายและ/หรือทางจิตเวชที่เป็นร่วม เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล โดยวิธีการทั้งเภสัชบำบัด เช่น การให้ยาต้านเศร้าหรือยาต้านโรคจิต และจิตสังคมบำบัดร่วมกันในบริบทที่เหมาะสม[20] (ดูรายละเอียดในบทที่ 14)

นอกจากการดูแลรักษาโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์แล้ว การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรายังประกอบด้วย การดูแลหลังการรักษา (aftercare) ภายในชุมชน เช่น การดูแลแบบอาศัยแรงเสริมจากชุมชน (community reinforcement approach; CRA) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help group) ซึ่งตัวอย่างที่สำคัญคือ กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous (AA) group) และการดูแลตามหลักศาสนาเป็นต้น



ภาพที่ 7.1 กระบวนการดูแลและบำบัดรักษาทางจิตเวชสำหรับผู้ดื่มสุรา

การทบทวนประสิทธิผลของการบำบัดรักษา

โครงการ Mesa Grande

ในปี พ.ศ. 2546 Miller และคณะได้สร้างโครงการ Mesa Grande ขึ้นมา ซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับผลของการรักษาความผิดปกติจากการดื่มสุราอย่างเป็นระบบ โดยการทบทวนและวิเคราะห์การศึกษา 361 งานที่ตีพิมพ์ก่อน พ.ศ. 2544 และได้ทำตารางข้อมูลขนาดใหญ่ ชื่อว่า “Mesa Grande” แสดงคะแนนสะสมของหลักฐานสนับสนุนการรักษาแต่ละรูปแบบ (cumulative evidence score; CES) ที่ได้จากการประเมินคุณภาพของการศึกษา 361 งานนี้ การศึกษาที่ถูกรวบรวมใน Mesa Grande ต้องเป็นงานที่ออกแบบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันก่อนการรักษา ส่วนใหญ่จึงเป็นการทดลองแบบมีการสุ่มแบ่งกลุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial; RCT) ต้องเป็นการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้ยาหลอกหรือการบำบัดแบบย่อหรือการรักษาชนิดอื่น และต้องรายงานผลลัพธ์ของการรักษาที่บอกถึงการดื่มสุราหรือผลกระทบจากการดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งตัวแปร การศึกษาที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์จะถูกรวบรวมในโครงการนี้ด้วยหากมีรายงานผลการศึกษาที่มีลักษณะตามเกณฑ์ดังกล่าว ผู้ประเมินสองคนพิจารณาคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยตามหลักเกณฑ์ 12 ข้อโดยเป็นอิสระต่อกันแล้วให้คะแนนคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัย (methodological quality score; MQS) และวิเคราะห์ความเหมาะสมของตัวแปรผลลัพธ์ของการรักษาตามรูปแบบของการรักษาแต่ละชนิดให้เป็นคะแนน outcome logic scores (OLS) แล้วจัดกลุ่มรูปแบบการรักษาออกเป็น 4 ระดับคือ มีหลักฐานสนับสนุนผลทางบวกชัดเจน (strong positive evidence: +2) มีหลักฐานสนับสนุนผลทางบวก (positive evidence: +1) มีหลักฐานสนับสนุนผลทางลบชัดเจน (strong negative evidence: -2) และมีหลักฐานสนับสนุนผลทางลบ (negative evidence: -1)

ผลการทบทวนในโครงการนี้ พบว่ามีวิธีการบำบัดรักษาทั้งหมด 48 ชนิดสำหรับความผิดปกติจากการดื่มสุรา คุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยสัมพันธ์กับวิธีการรายงานผลการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ในประเภทของการรักษาแบบจิตสังคม การบำบัดแบบย่อมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ การฝึกทักษะสังคม การบำบัดโดยอาศัยแรงเสริมจากชุมชน (community reinforcement approach) การทำพันธสัญญาพฤติกรรม (behavior contracting) พฤติกรรมบำบัดกับคู่สมรส (behavioral marital therapy) และการจัดการรายกรณี (case management) สำหรับเภสัชบำบัดยาสองชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลมากที่สุด คือ opiate antagonists (naltrexone และ nalmefene) และ acamprosate วิธีการรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลน้อยที่สุด ได้แก่ วิธีการที่ออกแบบมาเพื่อให้ความรู้ เผชิญหน้า (confront) ช็อก (shock) หรือเร่งให้เกิดการหยั่งรู้ตนเอง (insight) เกี่ยวกับธรรมชาติและสาเหตุของโรคติดสุรา ข้อสรุปจากโครงการนี้คือ วิธีการบำบัดรักษาผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุราแต่ละวิธีมีประสิทธิผลแตกต่างกัน ในการออกแบบหรือลงทุนพัฒนาโปรแกรมบำบัดรักษาจึงควรใช้น้ำหนักของหลักฐานแสดงประสิทธิผลของวิธีการรักษามาประกอบการพิจารณา[21]

อย่างไรก็ตาม มีผู้วิพากษ์วิธีการจัดลำดับประสิทธิผลของการรักษาในโครงการ Mesa Grande นี้ ว่าไม่ได้แสดงถึงขนาดของประสิทธิผล เพราะเป็นการบอกเพียงจำนวนงานวิจัยที่ศึกษาการรักษาแต่ละวิธี และให้ผลสนับสนุนประสิทธิผลของการรักษา ไม่ได้เป็นการทำมหวิเคราะห์ หากงานวิจัยใดไม่ได้แสดงว่าผลการรักษาดีขึ้นหรือดีขึ้นน้อย เนื่องจากอำนาจทางสถิติต่ำหรือจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไป โครงการ Mesa Grande ก็อาจให้ข้อมูลว่าไม่มีหลักฐานสนับสนุนผลการรักษาบางวิธี[22] แต่ Mesa Grande ก็ได้ให้ข้อบ่งชี้คร่าวๆ ว่าวิธีการรักษาความผิดปกติจากการดื่มสุรารูปแบบใดมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนประสิทธิผลจำนวนมาก วิธีใดไม่แสดงประสิทธิผล และวิธีใดยังต้องรอข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจ

Scottish Health Technology Assessment

ในปี พ.ศ. 2546 Scottish Health Technology Assessment ได้จัดทำรายงานการทบทวนวิธีการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับมาติดซ้ำสำหรับผู้ติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาในหน่วยบริการระดับตติยภูมิที่มีผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตอบคำถามหลักสองข้อคือ

1) ระหว่างเภสัชบำบัดกับจิตสังคมบำบัด หรือทั้งสองวิธีการร่วมกัน วิธีใดให้ผลการรักษาดีที่สุดในการทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาเพื่อถอนพิษสุรามาแล้วคงสภาพการหยุดดื่มได้มากที่สุด

2) วิธีการที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าสูงสุดในการให้การรักษาด้วยเภสัชบำบัดหรือจิตสังคมบำบัด หรือทั้งสองวิธีการร่วมกัน เป็นอย่างไร เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น กลุ่มเสี่ยง สถานที่รักษา หรือระยะเวลาที่แตกต่างกัน วิธีการทบทวนในรายงานนี้ใช้ทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การหาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย ผู้สนใจ ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย และส่งจดหมายถึงสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน รวมทั้งยังมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อีกด้วย

ข้อสรุปจากรายงานนี้ พบว่า วิธีการทางจิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพทางคลินิกและคุ้มค่าในการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ ได้แก่ การฝึกพฤติกรรมเพื่อควบคุมตนเอง (behavioral self-control training) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) การบำบัดครอบครัวและคู่สมรส (family and marital therapy) และการฝึกทักษะสังคมและการแก้ปัญหา (coping and social skills training) นอกจากนี้ เภสัชบำบัดด้วยยา acamprosate, naltrexone และการให้ยา disulfiram ภายใต้การกำกับดูแลล้วนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปติดซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา[23]

การเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การบำบัดรักษาทางการแพทย์เป็นเพียงมาตรการหนึ่งในการทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง โดยการทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะคิดและลงมือกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงตัวเองใหม่ งาน

วิจัยที่สำคัญหลายโครงการ เช่น โครงการ MATCH[24] โครงการ COMBINE[25] และโครงการ United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT)[26] ต่างสรุปตรงกันว่า มีวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราหลายวิธี แต่ควรจะเลือกวิธีรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพราะไม่มีวิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ได้ดีสำหรับผู้ป่วยทุกคน วิธีการรักษาแต่ละวิธีจะได้ผลพอๆ กันหากเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

การเลือกวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น อาการหรือปัญหาหลักที่นำผู้ป่วยมาสถานบริการทางสุขภาพ แบบแผนการดื่มสุราและการใช้ยาหรือสารชนิดอื่นของผู้ป่วย ภาวะโรคร่วมทางกายหรือทางจิตเวช แรงจูงใจและความชอบที่จะรับการบำบัดรักษารูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง สิ่งแวดล้อมทางสังคม รวมทั้งศักยภาพของสถานบริการทางสุขภาพและบุคลากร การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราจึงควรครอบคลุมการจัดการปัญหาหลักต่างๆ ที่นำผู้ป่วยมาสถานบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราของผู้ป่วย เช่น โรคซึมเศร้า โรคตับ และความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระยะยาว

การเลือกลำดับของวิธีการบำบัดรักษามักขึ้นกับความจำเป็นในขณะนั้นของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะตับวาย หรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง อาจจะต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้รักษาควรคุยกับผู้ป่วยและ/หรือญาติว่าจะเลือกวิธีการบำบัดรักษาแบบใด ผู้ป่วยและ/หรือญาติจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างในระหว่างการบำบัดรักษา เป้าหมายและผลลัพธ์ของการรักษาคืออะไร รวมทั้งผลลัพธ์ทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการบำบัดรักษา โดยเปิดโอกาสกว้างให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติซักถามได้ และควรได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนให้การบำบัดรักษาด้วย

การบำบัดรักษาเป็นลำดับขั้น (Stepped care approach)

Sobell และ Sobell เป็นผู้เสนอรูปแบบการบำบัดรักษาแบบเป็นลำดับขั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นรูปแบบที่อิงมาจากวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น การเลิกบุหรี่ และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

หลักการที่สำคัญของการดูแลรักษาแบบนี้มีสามข้อคือ

1) การรักษาควรมีความเฉพาะและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

2) การเลือกวิธีการบำบัดรักษาควรอิงตามหลักฐานวิชาการและการตัดสินใจทางคลินิกของผู้รักษา

3) การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยต้องมีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด ซึ่งผลกระทบดังกล่าวครอบคลุมถึง ผลอันไม่พึงประสงค์ต่อร่างกาย แบบแผนการดำเนินชีวิต และราคาของการรักษาที่ผู้ป่วยต้องรับภาระทั้งในด้านส่วนตัวและการเงิน ดังนั้น จึงควรเก็บการรักษาที่เข้มข้นมาก ใช้วิธีการที่ยุ่งยาก และต้นทุนสูงมากไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงและไม่ตอบสนองกับการรักษาก่อนหน้านั้นเท่านั้น[27]

หากวิธีการบำบัดรักษาวิธีแรกไม่ได้ผล ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดรักษาวิธีต่อไปจนกระทั่งได้ผลการรักษาตามที่วางแผนไว้ เช่น เริ่มต้นด้วยการบำบัดแบบย่อในผู้ป่วยทุกคนที่มีปัญหาการดื่มสุรา หากไม่ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ก็ต่อด้วยการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจหรือการบำบัดทางจิตสังคมแบบอื่นที่ใช้เวลาและจำนวนครั้งมากขึ้น หากยังไม่ได้ผลอีก อาจจะส่งต่อไปยังหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราโดยตรง เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เข้มข้นขึ้นอีก เช่น การรักษาถอนพิษสุรา เภสัชบำบัด และจิตสังคมบำบัดอื่นๆ ต่อไป ในการใช้รูปแบบนี้ ผู้รักษาจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยและทบทวนแผนการบำบัดรักษาเป็นประจำ รูปแบบการดูแลรักษาแบบนี้จัดว่าเป็นวิธีการที่ตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพแต่ประหยัดงบประมาณ เพราะเป็นการให้บริการที่เข้มข้นมากขึ้นเป็นลำดับขั้นเฉพาะเมื่อวิธีการก่อนหน้านั้นไม่ได้ผล[28] (ภาพที่ 7.2)

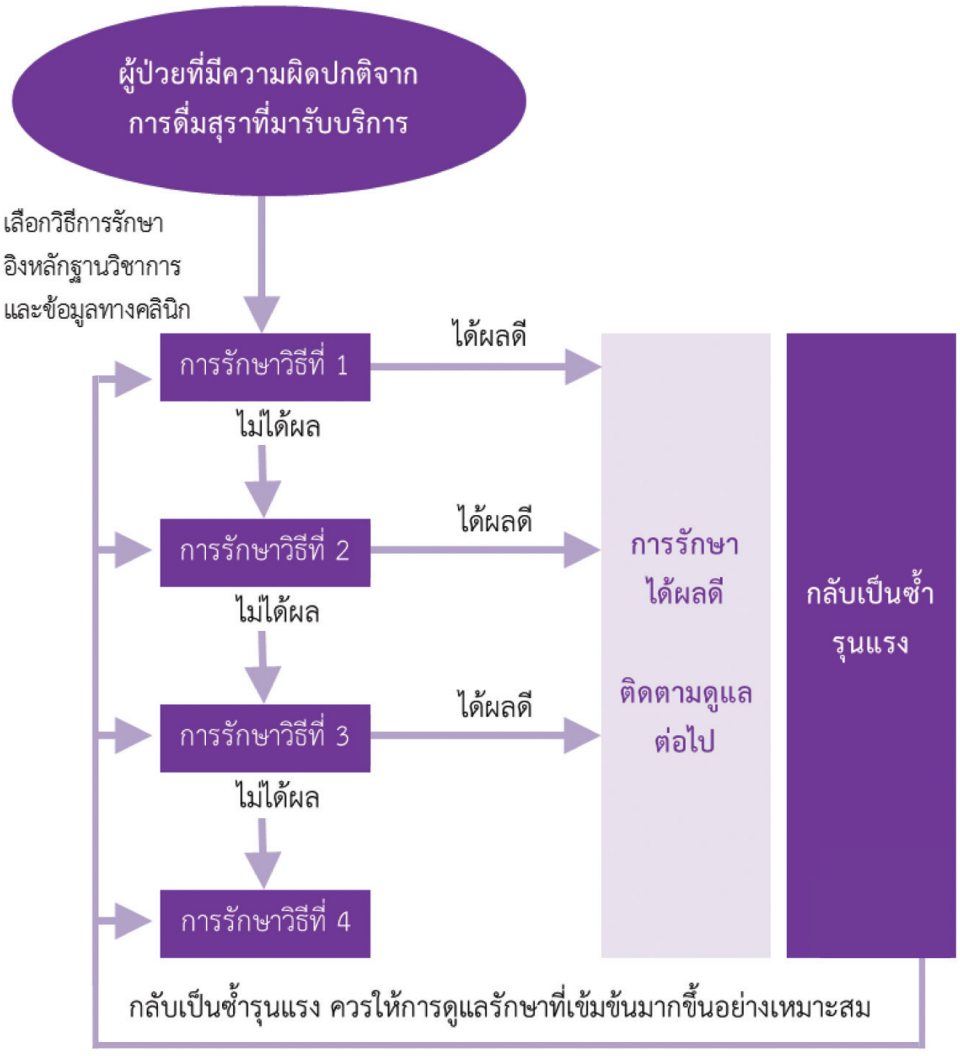
การติดตามดูแลหลังการรักษา (After care)

การกลับไปดื่มสุราซ้ำเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ผู้ป่วยร้อยละ 60 กลับไปดื่มสุราซ้ำ (relapse) ภายในหนึ่งปีหลังการบำบัดรักษา[29] ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปติดซ้ำประกอบด้วย

- เหตุการณ์เฉพาะหน้า (Immediate determinants) เช่น การเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง แรงกดดันจากเพื่อน การเชิญชวนให้ดื่มสุรา สภาวะทางอารมณ์ เช่น ความอึดอัดใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรืออารมณ์โกรธ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล เช่น กับคู่ครอง เพื่อนฝูงและเพื่อนร่วมงาน และทักษะในการปรับตัว
- เหตุการณ์ที่คุกรุ่นอยู่เงียบๆ ก่อนหน้านี้ (Covert antecedents) เช่น ปัญหาในการดำเนินชีวิต แรงผลักดันและความต้องการดื่มสุรา[30-32]

การดูแลรักษาผู้ติดสุราจึงควรประกอบด้วยการติดตามดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การฝึกทักษะการปรับตัว ทักษะการปฏิเสธ ทักษะสังคม การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา รวมทั้งการรักษาด้วยยา

การดูแลหลังการรักษาเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา โดยผู้รักษายังคงติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลานาน หลังจากจบสิ้นการรักษาแบบเข้มข้นเพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษา (การเลิกหรือลดดื่มสุรา) ยังคงอยู่ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงที่จะกลับไปติดซ้ำ การดูแลหลังการรักษาอิงตามแนวคิดที่ว่าผู้ติดสุรารุนแรงมีโอกาสสูงที่จะกลับไปติดสุราซ้ำ ดังนั้นการพยายามให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมลดละเลิกดื่มสุราให้ได้ต่อไป ต้องอาศัยการกำกับดูแลและความช่วยเหลือต่อเนื่องแม้จะผ่านระยะของการบำบัดรักษาช่วงเข้มข้นไปแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเร็วและได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีผลลัพธ์ของการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามดูแลในระยะสั้น[34]



ภาพที่ 7.2 รูปแบบการดูแลรักษาแบบเป็นลำดับขั้น (Stepped care model)

ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. บททบทวนวิชาการเรื่องประสิทธิผลของการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (เอกสารแปล). เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2555.[33]

การดูแลหลังการรักษาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การโทรศัพท์ติดตาม การนัดผู้ป่วยมาพบที่สถานบริการทางสุขภาพ เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ทบทวนทักษะการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกิจกรรมสังคมที่ปราศจากสุรา

การลดอันตรายจากการดื่มสุรา (Harm reduction)

วิธีการสุดท้ายของการป้องกันปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราด้วยมาตรการทางสาธารณสุข ได้แก่ การลดอันตรายจากการดื่มสุรา (harm reduction) วิธีการนี้ยอมรับว่าผู้ป่วยบางคนอาจจะอยากดื่มสุราต่อไปก็ได้ ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายน้อยที่สุดจากการดื่มสุรา เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยดื่มน้อยลงในแต่ละวันที่ดื่มสุรา และให้มีจำนวนวันที่ไม่ดื่มสุราบ้าง โดยการพูดคุยและแนะนำเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาและแหล่งความช่วยเหลือเพื่อลดละเลิกสุรา

การลดอันตรายจากการดื่มสุราจะเน้นที่เป้าหมายเฉพาะหน้า (immediate) ที่สามารถทำได้สำเร็จ (achievable) และอิงตามหลักมนุษยธรรม (humanism) และปฏิบัตินิยม (pragmatism) นโยบายและมาตรการลดอันตรายจากการดื่มสุราที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ ได้แก่ การรณรงค์ต่อต้านการขับรถหลังดื่มสุรา การจัดที่พักพิงชั่วคราวให้สำหรับผู้เมาสุราหรือผู้ติดสุราที่ไร้บ้าน (sobering-up shelter) การฝึกทักษะการให้บริการสุราและประเมินความเสี่ยงของการดื่มสุราให้กับพนักงานในสถานบริการ (server training) การให้บริการสุราในภาชนะกันแตก (shatter-proof glass) และการเสริมวิตามินบี 1 (thiamine supplement) ในขนมปังหรืออาหารเพื่อลดการทำลายสมองจากแอลกอฮอล์[35] (ดูรายละเอียดในบทที่ 12)

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. 3rd ed. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
2. National Treatment Agency for Substance Misuse. Care planning practice guide. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, Department of Health Gateway; 2006.
3. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. Addict Behav 2013;38:2187-95.
4. Dale V, Coulton S, Godfrey C, Copello A, Hodgson R, Heather N, et al. Exploring treatment attendance and its relationship to outcome in a randomized controlled trial of treatment for alcohol problems: secondary analysis of the UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). Alcohol Alcohol 2011;46:592-9.
5. Gueorguieva R, Wu R, Krystal JH, Donovan D, O'Malley SS. Temporal patterns of adherence to medications and behavioral treatment and their relationship to patient characteristics and treatment response. Addict Behav 2013;38:2119-27.
6. Zweben A, Pettinati HM, Weiss RD, Youngblood M, Cox CE, Mattson ME, et al. Relationship between medication adherence and treatment outcomes: the COMBINE study. Alcohol Clin Exp Res 2008;32:1661-9.
7. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend 2013;131:23-35.
8. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. Drug Alcohol Depend 2014;134:92-8.
9. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. Addiction 2005;100: 304-16.
10. Bujarski S, O'Malley SS, Lunny K, Ray LA. The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. J Consult Clin Psychol 2013;81:13-22.
11. Dunn KE, Strain EC. Pretreatment alcohol drinking goals are associated with treatment outcomes. Alcohol Clin Exp Res 2013;37:1745-52.

12. Mowbray O, Krentzman AR, Bradley JC, Cranford JA, Robinson EA, Grogan-Kaylor A. The effect of drinking goals at treatment entry on longitudinal alcohol use patterns among adults with alcohol dependence. Drug Alcohol Depend 2013;132:182-8.
13. Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. Alcohol Alcohol 2010;45:128-35.
14. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. Alcohol Alcohol 2010;45:136-42.
15. Rehm J, Rehm M, Alho H, Allamani A, Aubin H-J, Bühringer G, et al. Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland. Int J Alcohol Drug Res 2013;2:53-67.
16. Saladin ME, Santa Ana EJ. Controlled drinking: more than just a controversy. Curr Opin Psychiatry 2004;17:175-87.
17. Ambrogne JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. J Subst Abuse Treat 2002;22:45-53.
18. Aubin HJ, Daeppen JB. Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: a systematic review focusing on reduction in consumption. Drug Alcohol Depend 2013;133:15-29.
19. Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. Curr Opin Psychiatry 2007;20:222-7.
20. Assanangkornchai S, Edwards JG. Clinical and epidemiological assessment of substance misuse and psychiatric comorbidity. Curr Opin Psychiatry 2012;25:187-93.
21. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002;97:265-77.
22. Raistrick D, Heather N, Gogfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: The National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA); 2006.
23. Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, et al. Health technology assessment of prevention of relapse in alcohol dependence consultation assessment report. Glassgow: Health Technology Board for Scotland; 2003.
24. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 1997;58:7-29.
25. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA 2006;295:2003-17.

26. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). BMJ 2005;331:541.
27. Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. J Consult Clin Psychol 2000;68:573-9.
28. Drummond C, Coulton S, James D, Godfrey C, Parrott S, Baxter J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. Br J Psychiatry 2009;195:448-56.
29. Connors GJ, Maisto SA, Zywiak WH. Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. Addiction 1996;91(Suppl):s173-89.
30. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. Addiction 1996;91(Suppl):s37-49.
31. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Res Health 1999;23:151-60.
32. Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS. What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. Addiction 1996;91(Suppl):s155-72.
33. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. บททบทวนวิชาการเรื่อง ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (เอกสารแปล). เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2555.
34. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. Addiction 2003;98:325-37.
35. Assanangkornchai S. Harm reduction. In: Saunders J, Conigrave K, Latt N, Nutt D, Marshall E, Ling W, et al., editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2014.

บทที่ 8

การบำบัดแบบย่อ

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงการบำบัดแบบย่อ (brief intervention) สำหรับผู้มีปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา โดยเน้นการให้บริการนี้ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ และในเวชปฏิบัติปกติ เนื้อหาในบทประกอบด้วยการสรุปหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิภาพและอรรถประโยชน์ของการบำบัดแบบย่อในสถานบริการทางสุขภาพทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย องค์ประกอบของการบำบัดแบบย่อ ขั้นตอนและวิธีการให้การบำบัดแบบย่อ พร้อมทั้งตัวอย่างการให้คำแนะนำและการบำบัดแบบย่อ สำหรับเป็นแนวทางให้จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรสุขภาพนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยในเวชปฏิบัติในประเทศไทย

สาระสำคัญ

- การบำบัดแบบย่อเป็นวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 5-20 นาทีหรืออาจจะถึงหนึ่งชั่วโมง เพียงครั้งเดียวหรือสองสามครั้งก็ได้ มักใช้สำหรับผู้ที่ไม่ได้ติดสุรา แต่เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย โดยการให้ความรู้ หรือคำแนะนำ หรือใช้วิธีการให้การปรึกษา (counseling) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา และช่วยให้ผู้ดื่มสุรามีความต้องการที่จะลดปริมาณการดื่มลง โดยอาจจะไม่จำเป็นต้องเลิกดื่มสุรา
- หลักฐานทางวิชาการที่ได้จากการวิจัยแบบทดลอง และการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบยืนยันประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อ ในการทำให้ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายสามารถลดการดื่ม รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด และยังพบว่าการบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุรา เป็นมาตรการรักษาพยาบาลที่มีต้นทุน - ประสิทธิภาพสูงสุด
- องค์ประกอบที่สำคัญของการบำบัดแบบย่อมีหกข้อ ซึ่งสามารถเขียนเป็นตัวย่อได้ว่า FRAMES ได้แก่ Feedback - การให้ข้อมูล, Responsibility - การแสดงความรับผิดชอบ, Advice - การให้คำแนะนำ, Menu of strategies - การเสนอกลยุทธ์ทางเลือก, Empathy - ความเข้าอกเข้าใจ และ Self-efficacy - การเสริมสมรรถนะแห่งตน นอกจากนั้นการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามการรักษา (Follow up) และการให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสม (Timing) ก็ยังเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การบำบัดแบบย่อได้ผลดีด้วย
- ในเวชปฏิบัติปกติ แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพสามารถทำการคัดกรอง ประเมินและบำบัดแบบย่อให้กับผู้ดื่มสุราแบบเป็นปัญหาโดยใช้หลักการสี่ข้อ (4 A's) ได้แก่ Ask - ถาม, Assess - ประเมิน, Advice and Assist - แนะนำช่วยเหลือ และ At follow-up - ติดตามดูแล

การค้นหาและการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเป็นมาตราการที่สำคัญในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพดื่มสุราในระดับที่จัดได้ว่า “เสี่ยง” หรือ “อันตราย” และมีโอกาสเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้หลังจากการคัดกรองผู้มีปัญหาดังกล่าวออกมาได้ การให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกด้วยวิธีการบำบัดแบบย่อ ซึ่งสามารถทำได้ในโรงพยาบาลหรือห้องตรวจโรคทั่วไป สามารถลดความเสี่ยงและอันตรายเหล่านี้ได้

คำจำกัดความของการบำบัดแบบย่อ (Brief intervention)

การบำบัดแบบย่อเป็นวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้เวลาสั้นๆ อาจจะประมาณ 5 นาที 15-20 นาที หรืออาจจะถึง 1 ชั่วโมง อาจจะเพียงครั้งเดียว หรือ 2-4 ครั้งก็ได้ มักใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดสุรา แต่เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย โดยการให้ความรู้ (education) หรือคำแนะนำ (advice) หรือใช้วิธีการให้การปรึกษา (counseling) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา และช่วยให้ผู้ดื่มสุรามีความต้องการที่จะลดปริมาณการดื่มลงให้อยู่ในระดับ “เสี่ยงต่ำ” หรือ “ดื่มในระดับเหมาะสม” (moderate drinking) มากกว่าการให้เลิกดื่ม การบำบัดแบบย่อมักทำโดยแพทย์ทั่วไปหรือบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลรักษาผู้ติดสุราหรือสารเสพติด

อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้คำจำกัดความการบำบัดแบบย่อแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น Babor และ Grant ใช้คำจำกัดความตามจำนวนครั้งของการบำบัด โดยเรียกการบำบัดครั้งเดียวว่าการบำบัดแบบสั้นมาก (‘minimal’) 1-3 ครั้งว่าการบำบัดแบบสั้น (‘brief’) 5-7 ครั้งว่าการบำบัดแบบปานกลาง (‘moderate’) และ 8 ครั้งขึ้นไปว่า การบำบัดแบบเข้มข้น (‘intensive treatment’)[1]

Heather ได้แบ่งการบำบัดแบบย่อออกเป็นสองลักษณะคือ “การบำบัดแบบย่อแบบฉวยโอกาส” (‘opportunistic brief intervention’) ซึ่งหมายถึงการบำบัดที่ออกแบบมาสำหรับผู้ที่ไม่ได้มาขอรับการดูรักษาเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่มสุราโดยตรง แต่ถูกคัดกรอง “แบบฉวยโอกาส” ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งผู้ดื่มสุราแบบนี้มักจะมีปัญหาจากการดื่มสุราที่มีความรุนแรงน้อย และไม่ค่อยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบำบัดแบบนี้จึงมักจะสั้น ไม่ค่อยมีโครงสร้างมาก ไม่ได้อิงตามทฤษฎีมากนัก และทำโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุราและสารเสพติดโดยตรง ส่วนอีกลักษณะหนึ่งเป็น “การบำบัดแบบย่อโดยผู้เชี่ยวชาญ” (‘specialist brief intervention’) ซึ่งเป็นการบำบัดที่ถูกใช้เป็นตัวเปรียบเทียบในการวิจัยเพื่อประเมินผลวิธีการบำบัดรักษาอื่นๆ การบำบัดแบบย่อลักษณะนี้มักทำในผู้ที่มาขอรับการรักษาปัญหาจากการดื่มสุราโดยตรง การบำบัดแบบนี้จึงใช้เวลานานกว่า มีรูปแบบชัดเจน และอิงตามทฤษฎี[2,3]

สำนักงานบริหารงานบริการสารเสพติดและสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา (Substance Abuse and Mental Health Services Administration; SAMHSA) ได้กล่าวถึงมาตรการบำบัดโดยการให้การปรึกษาเชิงพฤติกรรมแบบย่อ (brief behavioral counseling intervention) ที่ทำในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ (อ้างถึงใน[4]) ว่ามีลักษณะดังนี้

- การบำบัดเชิงพฤติกรรมรวมถึงการให้การปรึกษารายบุคคลและการบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- การให้การปรึกษาในที่นี้หมายถึง วิธีการบำบัดที่อาศัยการมีส่วนร่วมทั้งของผู้ป่วยและผู้รักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง
- SAMHSA นิยามการบำบัดแบบย่อว่าเป็น “การบำบัดครั้งเดียวหรือหลายครั้งโดยการพูดคุยเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่เน้นให้เกิดการรู้แจ้งในสภาวะของตนเอง (insight) และตระหนักรู้ (awareness) เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม”
- ครอบคลุมตั้งแต่การบำบัดอย่างสั้นมากเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงการบำบัดที่ใช้เวลานานขึ้น ทำหลายครั้ง ทั้งในเวลาที่ผู้ป่วยมาสถานบริการทางสุขภาพหรือไม่ได้มา และดำเนินไปในระยะเวลานานพอสมควร
- อาจมีองค์ประกอบเหล่านี้คือ การให้คำแนะนำ (advice) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviews) ที่ใช้เวลานานและจำนวนครั้งแตกต่างกัน หรือวิธีการที่อิงรูปแบบของการนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral strategies) เช่น การวางแผนการลงมือทำด้วยตนเอง (self-completed action plans) เอกสารความรู้หรือการช่วยเหลือตนเอง (health education or self-help materials) บันทึกการดื่มสุราประจำวัน (drinking diaries) และแบบฝึกหัดแก้ไขปัญหา (problem-solving exercises) เพื่อให้ไปทำเป็นการบ้าน เป็นต้น

ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อ

หลักฐานทางวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์

ในปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการมากมาย ที่ยืนยันประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อ ในการทำให้ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตราย สามารถลดการดื่ม รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด ดังจะเห็นได้จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์ (systematic review and meta-analysis) ล่าสุดสามฉบับต่อไปนี้

ในปี พ.ศ. 2552 Kaner และคณะตีพิมพ์รายงานทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อในผู้มีปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ[5] โดยพบว่ามีงานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomised controlled trial) ตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2509 ถึง 2549 จำนวน 29 ฉบับแต่สามารถนำมาทำมหวิเคราะห์เพียง 22 ฉบับ มีจำนวนอาสาสมัครรวมทั้งสิ้น 7,619

คน ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบย่อสามารถลดการดื่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากติดตามไป 1 ปีหรือนานกว่านั้น (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง: -38 กรัม/สัปดาห์, 95% confidence interval (CI): -54, -23) ผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อยในงานวิจัย 8 ฉบับในกลุ่มตัวอย่าง 2,307 คน สนับสนุนว่าผู้ชายที่ได้รับการบำบัดแบบย่อลดการดื่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 57 กรัมต่อสัปดาห์ (95% CI: -89, -25) แต่กลุ่มผู้หญิงจะลดการดื่มสุราลงน้อยกว่ากลุ่มผู้ชาย คือเฉลี่ยดื่มลดลงเพียง 10 กรัมต่อสัปดาห์ (95% CI: -48, -29) นอกจากนี้ พบว่าการบำบัดที่ใช้เวลานานมากขึ้น (extended intervention) ลดการดื่มสุราลงได้มากกว่าการบำบัดแบบย่อที่ใช้เวลาสั้นกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง: -28 กรัมต่อสัปดาห์, 95%CI: -62, 6) คณะผู้วิจัยได้สรุปว่าการบำบัดแบบย่อช่วยลดการดื่มสุราลงได้อย่างน้อย 1 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายที่มีปัญหาการดื่มสุรา การบำบัดแบบย่อที่ใช้เวลานานขึ้นอาจช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นแต่ไม่มากนัก และจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไปสำหรับผู้หญิงที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ในปี พ.ศ. 2554 McQueen และคณะตีพิมพ์รายงานทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อในผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยทั่วไป ที่มีปัญหาการดื่มสุราอย่างหนัก[6] โดยได้สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2509 ถึง 2552 และพบการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม 14 ฉบับ มีจำนวนอาสาสมัครรวมทั้งสิ้น 4,041 คน ผลการวิเคราะห์แสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบย่อสามารถลดการดื่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 69.43 กรัมต่อสัปดาห์ (95% CI: -128.14, -10.72) เมื่อวัดผลที่ 6 เดือน และ 182.88 กรัมต่อสัปดาห์ ณ 9 เดือน (95% CI: -360.00, -5.76) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มที่ได้การบำบัดแบบย่อมีอัตราตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.42 เท่าในระยะเวลา 6 เดือน (อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์หรือ relative risk (RR): 0.42, 95% CI: 0.19, 0.94) และ 0.6 เท่าในระยะ 1 ปี (RR: 0.60, 95% CI: 0.40, 0.91) คณะผู้วิจัยให้ข้อสรุปว่า การบำบัดแบบย่อมีประโยชน์มากในการช่วยลดการดื่มสุรา รวมทั้งลดอัตราตายในผู้ป่วยที่ดื่มหนักจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่การศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาทบทวนในรายงานนี้ทำในผู้ป่วยชาย จึงยังควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อหารูปแบบของการบำบัดแบบย่อและเวลาของการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหญิงในโรงพยาบาล

ล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 Jonas และคณะรวบรวมรายงาน 44 ฉบับของโครงการวิจัย 29 โครงการ[4] ซึ่งในจำนวนนี้ เป็นการทดลองแบบมีการสุ่มแบ่งกลุ่ม 23 โครงการและการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือมหวิเคราะห์ 6 โครงการ ในแต่ละโครงการมีขนาดตัวอย่างตั้งแต่ 72 คนถึง 1,559 คน มีระยะเวลาศึกษานานตั้งแต่ 6 เดือนถึง 48 เดือน โครงการ 11 โครงการทำในประเทศสหรัฐอเมริกา 10 โครงการทำนอกประเทศสหรัฐอเมริกา และอีก 2 โครงการทำร่วมกันทั้งในและนอกประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษาแสดงว่า มาตรการให้การปรึกษาเชิงพฤติกรรม (behavioral counseling interventions) ในผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง (risky/hazardous drinking) ที่ถูกคัดกรองจากสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิทำให้เกิดผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate outcomes) ดีขึ้น (ระดับของหลักฐานวิชาการปานกลาง) และผลลัพธ์เชิงการใช้บริการ (จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย)

ดีขึ้นด้วย (ระดับของหลักฐานวิชาการต่ำ) ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เช่น อัตราตาย โรคตับจากแอลกอฮอล์) ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดฯกับกลุ่มควบคุม หรือหลักฐานวิชาการที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะให้ข้อสรุปได้ ผลการทบทวนในรายงานนี้สรุปได้ดังนี้

- ในผู้ใหญ่ เมื่อติดตามผล 12 เดือน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดฯลดการดื่มลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ (usual care) เฉลี่ย 3.6 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (95% CI: 2.4, 4.8) จากค่าเริ่มต้นเฉลี่ย 23 หน่วย มีจำนวนคนที่รายงานว่าไม่มีการดื่มหนัก (heavy drinking episodes) ซึ่งหมายความว่าการดื่มห้าหน่วยขึ้นไปสำหรับผู้ชายและสี่หน่วยขึ้นไปสำหรับผู้หญิง มากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 12 (95% CI: ร้อยละ 7, ร้อยละ 16) จากค่าเริ่มต้นประมาณร้อยละ 52 และมีจำนวนคนที่สามารถจำกัดการดื่มให้อยู่ภายในระดับแนะนำ (recommended drinking limits) มากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 11 (95% CI: ร้อยละ 8, ร้อยละ 13)
- ในผู้สูงอายุ เมื่อติดตามผล 12 เดือน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดฯลดการดื่มลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.7 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (95% CI: 0.6, 2.8) จากค่าเริ่มต้นเฉลี่ย 16 หน่วย และมีจำนวนคนที่สามารถจำกัดการดื่มให้อยู่ภายในระดับแนะนำมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 9 (95% CI: ร้อยละ 2, ร้อยละ 16) แต่ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปประสิทธิภาพในการลดจำนวนครั้งของการดื่มหนัก
- ในคนหนุ่มสาวและนักศึกษา เมื่อติดตามผล 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดฯลดการดื่มลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.7 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (95% CI: 0.7, 2.6) จากค่าเริ่มต้นเฉลี่ย 15 หน่วย กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเจอตัว (in-person intervention) มีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.9 วัน (95% CI: 0.3, 1.5) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางเว็บ (web-based interventions) มีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.76 เท่า (95% CI: 0.61, 0.93)

ในรายงานนี้พบว่ามีการศึกษาเดียวที่ทำในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งไม่พบความแตกต่างของปริมาณการดื่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดฯกับกลุ่มควบคุม ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อยก็ไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์เหล่านี้ระหว่างชายและหญิง แต่การบำบัดสั้นๆ หลายครั้งได้ผลดีที่สุดกับประชากรทุกกลุ่ม แต่ผลการมหวิเคราะห์ของโครงการนี้อาจจะไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ดื่มสุราแบบอันตราย (harmful drinker) และผู้ติดสุราที่เป็นเด็กและวัยรุ่น และผู้ดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางร่างกายหรือทางจิตเวชหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยได้ เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการไม่เพียงพอ

จากรายงานทั้งสามฉบับนี้จะเห็นว่าประสิทธิภาพที่ดีที่สุดของการบำบัดแบบย่อคือ การทำให้ผู้ดื่มสุราลดปริมาณการดื่มลง ซึ่งทั้งสามรายงานให้ผลตรงกันว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบย่อลดการดื่มลงได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติประมาณเกือบสี่หน่วยถึงเจ็ดหน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ ตัวเลขดังกล่าวอาจจะดูไม่สูงนักหากคิดเป็นรายบุคคล แต่ถ้าคูณกับจำนวนประชากรที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายซึ่งมีมากมาย ผลกระทบทางบวกที่เกิดขึ้นในระดับประเทศย่อมมากมายมหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพิจารณาว่า การบำบัดแบบย่อตามนิยามนี้เป็นการบำบัดแบบฉวยโอกาส ทำโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีค่าใช้จ่ายต่ำ

ในโครงการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ขององค์การอนามัยโลก ได้มีการพัฒนาวิธีการบำบัดแบบย่ออิงตามผลคะแนนของ ASSIST (ASSIST - linked brief intervention) ควบคู่กันไปด้วย[7] โดยการบำบัดแบบย่ออิงตามผลคะแนน ASSIST นี้ได้รับการทดสอบประสิทธิผลในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในสี่ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อินเดีย และบราซิล ในปี พ.ศ. 2547 ถึง 2550 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครอายุระหว่าง 16-62 ปี จำนวน 731 คน ซึ่งมีค่าคะแนน ASSIST ในระดับความเสี่ยงปานกลางสำหรับปัญหาการใช้กัญชา ยากระตุ้นประสาท และสารกลุ่มฝิ่น โครงการนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม โดยแยกเพศและชนิดสารเสพติด กลุ่มทดลองจำนวน 372 คน ได้รับการบำบัดแบบย่อใช้เวลาเฉลี่ย 13.8 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 359 คน ไม่ได้รับการบำบัดในช่วงแรกแต่นัดให้กลับมาประเมินอีกครั้งในอีก 3 เดือนข้างหน้าและให้การบำบัดอย่างย่อในตอนนั้น ตัวชี้วัดประสิทธิภาพคือค่าคะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อติดตามผลในระยะเวลา 3 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองออกจากโครงการก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 13.2 กับร้อยละ 14.2) เมื่อติดตามผลการรักษาในเวลา 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยของ ASSIST ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลองคะแนนลดลงร้อยละ 18 กลุ่มควบคุมลดลงร้อยละ 11 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด) เมื่อวิเคราะห์รายประเทศพบว่า ทั้งสามประเทศยกเว้นสหรัฐอเมริกา อาสาสมัครที่ได้รับการบำบัดแบบย่อจะมีค่าคะแนน ASSIST ของสารเสพติดทุกชนิดลดลงจากค่าเริ่มต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอินเดียและบราซิล พบว่าการบำบัดแบบย่อได้ผลดีมากในกลุ่มที่ใช้กัญชา ($p < 0.005$ ทั้งสองประเทศ) สำหรับประเทศออสเตรเลียและประเทศบราซิล ได้ผลดีในกลุ่มที่ใช้ยากระตุ้นประสาท ($p < 0.005$ และ $p < 0.01$) และในประเทศอินเดียการบำบัดแบบย่อได้ผลดีในกลุ่มที่ใช้สารกลุ่มฝิ่นด้วยเช่นกัน ($p < 0.01$)

การศึกษานี้สรุปว่า การคัดกรองด้วย ASSIST และการบำบัดแบบย่อที่อิงตามผลคะแนนของ ASSIST นี้ช่วยลดการใช้สารเสพติดชนิดกัญชา ยากระตุ้นประสาท รวมทั้งสารกลุ่มฝิ่น และความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการใช้สารเหล่านั้นลงได้ในระยะเวลาสามเดือน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสนับสนุนว่า ทั้งการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อดังกล่าวสามารถทำได้ในประชากรหลากหลายเชื้อชาติและวัฒนธรรม[8]

การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่อในประเทศไทย

ในประเทศไทย สายรัตน์ นกน้อยและคณะได้ทำการศึกษาแบบทดลองในผู้รับบริการของสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ 7 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานีและอีก 1 แห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2549[9] โดยใช้ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เป็นเครื่องมือคัดกรอง ได้ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตราย (AUDIT >8) ที่ไม่ได้เป็นผู้ติดสุรา อายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี 117 คน (เป็นชายร้อยละ 91) แบ่งโดยการสุ่มผู้ดื่มสุรานี้ออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 59 คนซึ่งได้รับการบำบัดแบบย่อโดยอิงวิธีการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy; MET) ครั้งละ 15 นาที โดยพยาบาลประจำสถานบริการนั้นๆ ที่ได้รับการฝึกหัดมาก่อน และกลุ่มควบคุม 58 คนซึ่งได้รับการดูแลตามปกติของสถานบริการทางสุขภาพนั้นๆ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตาม 3 ครั้ง ณ เวลา 6 สัปดาห์ 3 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษานี้พบว่า จำนวนหน่วยดื่มต่อวันที่ดื่ม ความถี่ของการดื่มแบบเสี่ยงทุกสัปดาห์และทุกวัน และความถี่ของการดื่มหนัก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการรายงานด้วยตนเอง (self-report) ลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเวลา 3 และ 6 เดือน แต่ค่าของ gamma glutamyl-transferase (GGT) กลับเพิ่มขึ้นตอน 6 เดือนเมื่อเทียบกับตอนเริ่มต้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการลดลงของปริมาณการดื่มสุราที่ได้จากการรายงานด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองดื่มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึง 6 หน่วยดื่มต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นความแตกต่างที่สูงกว่าที่พบในการศึกษาในต่างประเทศ เช่นในรายงานของ Kaner และคณะที่พบความแตกต่างของปริมาณการดื่มระหว่างกลุ่มเฉลี่ยเพียง 3 หน่วยดื่มต่อสัปดาห์[5] การศึกษานี้จัดเป็นงานแรกที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่อในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย เป็นการศึกษาขนาดใหญ่ในหลายหน่วยบริการ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุม ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ความไม่สอดคล้องของผลลัพธ์ระหว่างผลที่ได้จากการรายงานด้วยตนเองและจากผลการตรวจทางชีวภาพ การศึกษาจำกัดในกลุ่มผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ และการเป็นตัวแทนของประชากรผู้รับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ เป็นต้น แต่การศึกษานี้ก็ยืนยันถึงประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการจัดบริการคัดกรองและบำบัดแบบย่อในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

นอกจากนั้น พาตีเมาะ นิมาและผู้นิพนธ์ยังได้ทำการศึกษาแบบทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของการคัดกรองและบำบัดแบบย่อโดยอิงผลของ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ในผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวม 8 แห่งในจังหวัดสงขลาและปัตตานีในปี พ.ศ. 2555-2556[10] ในการศึกษานี้พบว่าในจำนวนผู้รับบริการ 747 คนที่ถูกคัดกรองด้วย ASSIST 236 คนถูกจัดอยู่ในกลุ่ม “เสี่ยงปานกลาง” และได้

ถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 120 คนและกลุ่มควบคุม 116 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบย่อตามแนวทางของ ASSIST ขององค์การอนามัยโลก ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที และได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อลดละเลิกใช้สารเสพติดกลับบ้านไปด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการแจ้งผลคะแนนของ ASSIST และระดับความเสี่ยงพร้อมคำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) ให้ลดละเลิกใช้สารเสพติดหรือสุรา (คู่มือในภาพ 8.1) ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาทีเช่นกัน ผลการศึกษาในโครงการนี้พบว่า ตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนน ASSIST ลดลงเมื่อติดตามผลที่ 3 เดือน และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทั้งที่ 3 และ 6 เดือน นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ที่เปลี่ยนจาก “ผู้ใช้สารฯระดับเสี่ยงปานกลาง” เป็น “ผู้ใช้สารฯระดับเสี่ยงต่ำ” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่ม โดยที่เวลา 6 เดือน ตัวอย่างในกลุ่มทดลองร้อยละ 83.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.0 ได้กลายเป็น “ผู้ใช้สารฯระดับเสี่ยงต่ำ” เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ดื่มสุรา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของ ASSIST ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เวลา 3 และ 6 เดือนเช่นกัน แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 8.1)

ภาพที่ 8.1 คู่มือการคัดกรองและบำบัดแบบย่ออิงตามผล ASSIST และคู่มือดูแลตนเอง เพื่อลดละเลิกสารเสพติดฉบับภาษาไทย[24]

ตารางที่ 8.1 ผลการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่ออิงตามคะแนน ASSIST ในผู้รับบริการของสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคใต้ของประเทศไทย พ.ศ. 2555-2556 (จำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์เป็นตัวอย่างที่มีผลการประเมินทั้งตอนเริ่มต้น 3 เดือน และ 6 เดือน)[10]

ตัวแปร		ค่าเฉลี่ยของคะแนน ASSIST (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			p-value ของการเปรียบเทียบ	
	กลุ่มตัวอย่าง	จุดเริ่มต้น	3 เดือน	6 เดือน	ภายในกลุ่ม	ระหว่างกลุ่ม
SSIS -สุรา	BI (n=24)	18.1 (3.6)	7.9 (6.8)	5.0 (6.2)	< 0.001	0.46
(n=44)	SA (n=20)	16.0 (4.1)	8.5 (7.1)	5.9 (6.4)	< 0.001	
SSIS -สารฯอื่น	BI (n=48)	15.3 (5.4)	5.0 (7.8)	0.4 (1.1)	< 0.001	0.39
(n=103)	SA (n=55)	15.2 (4.8)	5.8 (7.6)	1.4 (3.8)	< 0.001	
TSIS	BI (n=72)	29.3 (18.2)	11.2 (13.5)	3.1 (5.3)	< 0.001	0.55
(n=147)	SA (n=75)	27.8 (17.5)	14.0 (18.3)	4.4 (9.0)	< 0.001	
% ผู้ใช้สาร	BI (n=72)	0	40 (55.6)	60 (83.3)	< 0.001	0.13
แบบเสี่ยงต่ำ*	SA (n=75)	0	40 (53.3)	57 (76.0)	< 0.001	

BI: Brief intervention SA: Simple advice

SSIS: Specific substance involvement score = คะแนน ASSIST เฉพาะสาร

TSIS: Total substance involvement score = คะแนน ASSIST รวมทุกสาร

*ค่าสถิติของตัวแปรนี้แสดงเป็นจำนวนคน (ร้อยละ)

(คะแนน ASSIST ของ “การใช้สารฯแบบที่มีความเสี่ยงปานกลาง” สำหรับสุรา = 11-26, สารเสพติดชนิดอื่น = 4-26)

การศึกษานี้ถึงแม้ว่าจะไม่แสดงว่าการบำบัดแบบย่อได้ผลดีกว่าการให้คำแนะนำอย่างง่ายในการลดความเสี่ยงของการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดตัวอื่น แต่ก็ช่วยสนับสนุนว่าการให้บริการ (intervention) ที่มีเป้าหมายเพื่อการลดละเลิกการใช้สารเสพติดหรือสุราในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นงานที่มีประโยชน์และสามารถทำได้ (feasible) ในประเทศไทย โดยเพียงทำการคัดกรอง แจ้งผลการคัดกรอง และให้คำแนะนำอย่างง่ายๆ สั้นๆ ก็สามารถช่วยให้ผู้รับบริการลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดหรือสุราลงได้อย่างชัดเจน และผลนี้คงอยู่นานต่อเนื่องถึงหกเดือน[11]

นอกจากการศึกษาทั้งสองโครงการที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีผู้ทำวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่อในผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายในสถานบริการทางสุขภาพที่หลากหลายในประเทศไทย เช่น ในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ[12-14] เป็นต้น รวมทั้งการนำไปทดลองใช้ในชุมชนโดยปรับวิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ดื่มสุราแต่ละคน[15-17] ผลการศึกษาเหล่านี้สนับสนุนประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการให้บริการบำบัดแบบย่อในประเทศไทย จนนำมาสู่การบรรจุการบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ดื่มสุราลงในแนวเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลหลายแห่ง[18,19] รวมทั้งกำหนดเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติของประเทศไทย[20] เช่นเดียวกับในบางประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา และสหราชอาณาจักร[21-23]

ต้นทุน-ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อ

ต้นทุนของการคัดกรองและบำบัดแบบย่อ

จากรายงานการทบทวนงานวิจัยฉบับหนึ่งซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2555 โดยนักวิจัยทบทวนต้นทุน (cost) ของการให้บริการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อสำหรับปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการทางการแพทย์จากการศึกษา 17 โครงการ[25] พบว่าเมื่อคิดเทียบเป็นค่าเงินดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2552 ต้นทุนของการคัดกรองมีค่าตั้งแต่ 0.51 ดอลลาร์ ถึง 601.50 ดอลลาร์ต่อคน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ดอลลาร์ต่อคน) และต้นทุนของการบำบัดอย่างย่อเท่ากับ 3.41 ดอลลาร์ถึง 243.01 ดอลลาร์ต่อคน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 48 ดอลลาร์ต่อคน) การที่ต้นทุนแตกต่างกันมากเช่นนี้ขึ้นกับว่าใครเป็นผู้ให้บริการ จำนวนครั้งและระยะเวลาของการบำบัด การศึกษาที่ใช้แพทย์ปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการจะมีต้นทุนสูงกว่าการศึกษาที่ให้พยาบาลหรือนักส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้ให้บริการ และการบำบัดแบบย่อที่ใช้เวลานาน รวมทั้งที่รวมกิจกรรมอื่นๆ เช่น ระยะเวลารอคอย หรือเวลาที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลก็จะมีต้นทุนสูงมากกว่าด้วย นอกจากนี้ต้นทุนของการให้บริการในหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินจะสูงกว่าในหน่วยบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ นักวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าต้นทุนที่รวบรวมได้ในรายงานนี้มีค่าใกล้เคียงกับเงินชดเชยจากการประกันสุขภาพ (insurance-based service reimbursement) ซึ่งแสดงว่าการจ่ายค่าชดเชยให้กับการให้บริการคัดกรองและบำบัดแบบย่อในสถานบริการทางการแพทย์น่าจะเพียงพอที่จะทำให้การให้บริการนี้คงอยู่ในเวชปฏิบัติต่อไปได้

นอกจากการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการคัดกรองและบำบัดแบบย่อแล้ว ผู้ให้บริการควรจะคิดถึงต้นทุนที่ไม่เป็นตัวเงินที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการด้วย เช่น ความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือไม่พอใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2555 ไม่พบว่ามีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงถึงผลเสีย (harm) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ยกเว้นค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ซึ่งมีตั้งแต่ 5 นาทีถึง 2 ชั่วโมงขึ้นกับจำนวนครั้งและระยะเวลาของการให้การบำบัด[4]

พาตีเมาะ นิมาและผู้นิพนธ์ ได้ศึกษาต้นทุน (ตามมุมมองของผู้ให้บริการ) ของการคัดกรองและบำบัดแบบย่ออิงตามผล ASSIST ในผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลาและปัตตานี[10] พบว่าเมื่อคิดเป็นค่าเงินบาทของปี พ.ศ. 2556 ต้นทุนเฉลี่ยของการคัดกรองด้วย ASSIST ประมาณ 167 บาท ต้นทุนของการบำบัดแบบย่อเท่ากับ 277 บาท และต้นทุนของการให้คำแนะนำอย่างง่ายเท่ากับ 250 บาท (ตารางที่ 8.2) โดยร้อยละ 92-96 เป็นต้นทุนจากค่าแรงของบุคลากร (เงินเดือน/ค่าตอบแทนของพยาบาล) ร้อยละ 3-7 เป็นค่าวัสดุอุปกรณ์ (ค่าพิมพ์แบบสอบถาม แบบรายงานผล คู่มือช่วยเหลือตนเอง คู่มือให้การบำบัด ฯลฯ) ส่วนค่าครุภัณฑ์ เช่น ตึกสำนักงานเป็นเพียงร้อยละ 1 ของต้นทุนทั้งหมด

อรรถประโยชน์ของการบำบัดแบบย่อ

การคัดกรองและบำบัดแบบย่อช่วยให้การดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายลดลง จึงทำให้อันตรายที่เป็นผลกระทบจากการดื่มแบบนี้ลดลงไปด้วย ได้มีการประมาณอย่างต่ำว่า ถ้าจะให้ผู้ใหญ่หนึ่งคนได้รับประโยชน์จากการบำบัดแบบย่อสำหรับปัญหาการดื่มสุรา ผู้ใหญ่ 385 คนจะต้องได้รับการคัดกรอง[26] ซึ่งเป็นตัวเลขที่แสดงถึงความคุ้มค่ามากกว่าการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (ต้องคัดกรองผู้ใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี 1,250 คนจึงจะป้องกันโรคสมองขาดเลือด (stroke) ได้หนึ่งคน) หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ต้องคัดกรอง 3,300 คนจึงจะป้องกันได้หนึ่งคน) เสียอีก นอกจากนี้ การบำบัดแบบย่อโดยการให้คำแนะนำกับผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย 8 คนจะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดื่มได้ 1 คน ซึ่งได้ประโยชน์มากกว่าการให้แนะนำโดยแพทย์เพื่อให้คนเลิกบุหรี่ถึงสองเท่า[27]

จากรายงานการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อสำหรับปัญหาการดื่มสุราของประเทศออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2554[28] นักวิจัยใช้ข้อมูลจากเวชปฏิบัติจริงในขณะนั้นมาเป็นฐานในการวิเคราะห์แบบจำลองการตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่า ในแต่ละปี ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงในชุมชนชนบทของรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลียร้อยละ 74 ไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในจำนวนนี้ ผู้ดื่มร้อยละ 14 จะได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 1 ได้รับการบำบัดแบบย่อ และร้อยละ 0.7 จะลดการดื่มสุราของตนลงได้จนเป็นระดับเสี่ยงต่ำ ส่วนผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงอีกร้อยละ 5 ที่ได้รับการคัดกรอง แต่ไม่ได้รับการบำบัดแบบย่อจะลดการดื่มลงได้เอง ในขณะที่ผู้ดื่มแบบเสี่ยงในชุมชนอีกร้อยละ 14 ที่ไปพบแพทย์แต่ไม่ได้รับทั้งการคัดกรองและการบำบัดแบบย่อก็ยังสามารถลดการดื่มของตนลงเป็นระดับเสี่ยงต่ำได้เอง ดังนั้นเมื่อรวมทั้งหมดแล้ว ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงในชุมชนร้อยละ 19 จะลดการดื่มของตนลงจนเป็นระดับเสี่ยงต่ำได้หากไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในแต่ละปี เมื่อนำมาคิดต้นทุน-ประสิทธิภาพ นักวิจัยพบว่า ถ้าผู้ดื่มแบบเสี่ยงในชุมชนที่ไปพบแพทย์ได้รับการคัดกรองและบำบัดแบบย่อทุกคน ต้นทุนจะเท่ากับ 1,132,222 ดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นอัตราส่วนของต้นทุนต่อประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 216 ดอลลาร์ (incremental cost effectiveness ratio; ICER) ซึ่งหมายความว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก 216 ดอลลาร์ถ้าต้องการจะให้ผู้ดื่มแบบเสี่ยงลดการดื่มสุราลงเป็นระดับเสี่ยงต่ำได้เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งคน เมื่อเทียบกับการ

ให้บริการตามปกติ ซึ่งเป็นต้นทุน-ประสิทธิภาพที่คุ้มค่าที่สุด ถ้าแพทย์คัดกรองและให้การบำบัดแบบย่อแก่ผู้ดื่มแบบเสี่ยงทุกคนที่ไปพบแพทย์ ซึ่งการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนว่าการคัดกรองและบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงเป็นมาตรการที่มีความคุ้มทุนและประสิทธิภาพ

ในการศึกษาของพาตีเมาะ นิมาและผู้นิพนธ์ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลาและปัตตานี[10] ที่ได้กล่าวถึงมาแล้วข้างต้น พบว่าถึงแม้ว่าประสิทธิผลของการบำบัดแบบย่ออิงตามผลของ ASSIST จะไม่ได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการให้คำแนะนำอย่างง่ายในการทำให้ผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางลดการใช้สารฯมาจนเป็นระดับเสี่ยงต่ำ (ตารางที่ 8.1) แต่สัดส่วนของคนที่ลดลงมาเป็นระดับเสี่ยงต่ำในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบย่อก็สูงกว่าในกลุ่มควบคุมเล็กน้อย ดังนั้นเมื่อนำสัดส่วนดังกล่าวและต้นทุนของการให้บริการบำบัดแบบย่อและการให้คำแนะนำอย่างง่ายมาวิเคราะห์ ICER ก็พบว่า เราต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นอีก 152 ถึง 487 บาท ในการให้บริการบำบัดแบบย่อ เพื่อจะทำให้ผู้ใช้สารฯแบบเสี่ยงปานกลางเปลี่ยนมาเป็นผู้ใช้สารฯแบบเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งคน เมื่อเทียบกับการให้คำแนะนำแบบง่าย (ตารางที่ 8.3) ซึ่งหากคิดว่าการจ่ายเงินเพิ่มขึ้นอีกไม่ถึง 500 บาทแต่ได้จำนวนคนที่มีความเสี่ยงปานกลางจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเปลี่ยนมาเป็นความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งคนจากการให้บริการตามปกติ การบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือใช้สารเสพติดก็จัดว่าเป็นการบริการที่มีความคุ้มทุนสูงในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

ตารางที่ 8.2 ต้นทุนของการคัดกรอง การบำบัดอย่างย่อ และการให้คำแนะนำอย่างง่ายสำหรับปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดในสถานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พ.ศ. 2556[10]

สารเสพติด	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (บาท)	95% CI (บาท)
การคัดกรองด้วย ASIST	167.12 ± 50.79	158.05 - 176.18
สุรา		
การบำบัดอย่างย่อ	274.35 ± 38.29	258.18 - 290.51
การให้คำแนะนำอย่างง่าย	252.92 ± 36.97	235.10 - 270.74
สารฯ ชนิดอื่น		
การบำบัดอย่างย่อ	279.07 ± 66.72	259.47 - 298.66
การให้คำแนะนำอย่างง่าย	249.61 ± 44.22	237.64 - 261.56
สารฯ ชนิดใดชนิดหนึ่ง		
การบำบัดอย่างย่อ	277.47 ± 58.42	263.65 - 291.30
การให้คำแนะนำอย่างง่าย	250.46 ± 42.20	240.67 - 260.25

ตารางที่ 8.3 อัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิภาพ (Incremental cost-effectiveness ratio; ICER) ของการบำบัดแบบย่ออิงตามผลของ ASSIST เทียบกับการให้คำแนะนำอย่างง่ายสำหรับผู้ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงอันตรายในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย พ.ศ. 2556[10]

กลุ่ม	ต้นทุน (บาท)	ผู้ใช้สารฯ แบบเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ)		ICER (บาท) ($\Delta C/\Delta E$)	
		3 เดือน	6 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
สุรา					
บำบัดแบบย่อ	274.35	0.667	0.833		
แนะนำแบบง่าย	252.92	0.526	0.789	152	487
ค่าต่าง (Δ)	21.43	0.141	0.044		
สารเสพติดชนิดอื่น					
บำบัดแบบย่อ	279.07	0.660	0.980		
แนะนำแบบง่าย	249.61	0.600	0.873	491	275
ค่าต่าง (Δ)	29.46	0.060	0.107		

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณต้นทุนและผลกระทบของมาตรการต่างๆ ในการป้องกันการเจ็บป่วยและการตายก่อนเวลาอันควร ที่เป็นผลจากการดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย และพบว่าการบำบัดแบบย่อในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นมาตรการที่มีต้นทุน-ประสิทธิภาพสูงที่สุด และดีกว่าการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่โดยการใช้นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy) โดยการบำบัดแบบย่อเป็นมาตรการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายต่ำสุด หรืออาจจะพูดว่า ถ้าบุคลากรทางสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องการจะพัฒนางานบริการสุขภาพขึ้นมาใหม่สักหนึ่งงาน การให้คำแนะนำอย่างสั้นแก่ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายจะให้ประโยชน์สูงสุดสำหรับประชากรในพื้นที่นั้น ซึ่งเป็นประโยชน์มากกว่าการใช้เวลา 10 นาทีนี้ในการให้บริการอื่นใดทุกชนิด[27]

วิธีการบำบัดแบบย่อ

เทคนิกที่สำคัญของการบำบัดแบบย่อมีหกข้อ ซึ่งสามารถเขียนเป็นตัวย่อได้ว่า FRAMES ได้แก่ Feedback, Responsibility, Advice, Menu of strategies, Empathy และ Self-efficacy[29,30] นอกจากนั้นการกำหนดเป้าหมาย (goal setting) การติดตามการรักษา (follow up) และการให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสม (timing) ก็ยังเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การบำบัดแบบย่อได้ผลดีด้วย ต่อไปนี้จะกล่าวถึงเทคนิกของการบำบัดแบบย่อในแต่ละองค์ประกอบ[31-33]

การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นขั้นตอนแรกในการบำบัดแบบย่อซึ่งมักจะทำทันทีหลังจากการคัดกรอง หรือการประเมินลักษณะการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และปัญหาที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้บำบัดสามารถสรุปข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และปัญหาที่เกี่ยวข้องของผู้รับบริการโดยอาศัยผลของการคัดกรอง เช่น คะแนนของ AUDIT หรือ ASSIST และระดับความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับคะแนน ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพหรืออันตรายของการดื่มสุรา (ตาราง 5.2) ซึ่งสัมพันธ์กับแบบแผนการดื่มสุราของเขาในปัจจุบันที่ได้จากการถามในช่วงคัดกรอง (เช่น อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ สมรรถภาพทางเพศลดลง) ถ้าปัญหาหลักที่นำให้ผู้ป่วยมาสถานบริการทางสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวเนื่องมาจากการดื่มสุราโดยตรง ผู้บำบัดต้องย้ำให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกัน การให้ข้อมูลสะท้อนกลับอาจรวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างแบบแผนการดื่มสุรากับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเปรียบเทียบกับปัญหาหรือประสบการณ์ของคนอื่นๆ ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้ดื่มสุราคนนั้น เพื่อให้ผู้ดื่มสุราให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

- ตัวอย่างเช่น แพทย์อาจจะบอกผู้ป่วยว่าปัญหาการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น ความดันโลหิตสูงอาจจะเป็นผลจากการดื่มสุราของผู้ป่วยด้วยก็ได้ หรือการดื่มสุราอาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคบางอย่างที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่
- หากใช้การคัดกรองด้วย ASSIST ผู้บำบัดสามารถใช้บัตรรายงานผล ASSIST ที่มีการจัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดของผู้รับบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการดื่มสุราเป็นเครื่องมือช่วยในการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

การแสดงความรับผิดชอบ (Responsibility) หลักการสำคัญของการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด คือ การย้ำให้ผู้ใช้สารเสพติดทราบว่า เขาต้องรับผิดชอบพฤติกรรมของเขาเอง และเขาสามารถเลือกได้ว่าเขาจะใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดก็ได้ ทั้งนี้อาศัยหลักที่ว่า การควบคุมตนเองได้จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดอาจใช้คำพูดว่า “คุณสนใจจะทราบคะแนนของการคัดกรองของคุณหรือไม่ คุณจะทำอะไรต่อไปหลังจากทราบคะแนนนี้แล้วก็ต้องอาศัยตัวคุณเองเป็นหลัก ตัวคุณเองจะสามารถสั่งตัวเองได้ว่าจะดื่มหรือเลิกดื่มสุรา” หรือ “ไม่มีใครเปลี่ยนแปลงคุณ หรือตัดสินใจแทนคุณได้

นอกจากตัวคุณเอง” ข้อความเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดื่มสุรารู้สึกว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองและผลที่จะตามมาซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากในการจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ลดละเลิกดื่มสุรา) และลดความรู้สึกต่อต้าน (resistance) การเปลี่ยนแปลงลงได้ การใช้คำพูดว่า “ผม/ดิฉันคิดว่า คุณควรจะหยุดดื่มสุรานะ” หรือ “ผม/ดิฉันรู้สึกเป็นห่วงการดื่มสุราของคุณ ดังนั้น คุณควรจะหยุดดื่มได้แล้วนะ” มักจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกต่อต้าน และไม่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง

การให้คำแนะนำ (Advice) หัวใจสำคัญของการบำบัดแบบย่อ คือ การให้คำแนะนำที่ชัดเจนถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ถ้าหากเขายังดื่มสุราในลักษณะเดิมต่อไปอีก ผู้ดื่มสุรามักไม่ค่อยสนใจหรือไม่ทราบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของตนสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย หรืออาจทำให้ปัญหาที่มีอยู่แล้วเลวร้ายลงไปอีก การให้คำแนะนำที่ชัดเจนให้เลิกหรือหยุดดื่มสุรา จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต และจะช่วยเพิ่มความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ดื่มสุราพิจารณาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยการเลิกหรือลดการดื่มสุราของตน ผู้บำบัดอาจจะใช้คำพูดง่ายๆ เช่น “วิธีการที่ดีที่สุดที่จะลดความเสี่ยง (หรือปัญหา) ของคุณในขณะนี้ (เช่น ปัญหาครอบครัว การงาน ความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล หรืออาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย) คือการหยุด (หรือลด) ดื่มสุรา” การบอกเพียงว่า “คุณควรเลิก (ลดหรือหยุด) ดื่มสุราได้แล้ว” ไม่เพียงพอ เพราะไม่ได้ให้คำแนะนำที่ชัดเจน

การเสนอรายการทางเลือก (Menu of alternative change options) เป็นการเสนอกลวิธีที่หลากหลาย ในการเลิก ลด หรือหยุดดื่มสุรา เพื่อช่วยให้ผู้ดื่มสุราสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและมีประโยชน์กับตัวเองมากที่สุดในสถานการณ์ขณะนั้น การเสนอทางเลือกจะเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง และความรับผิดชอบของตนเองในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดละเลิกดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้เขามีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ผู้บำบัดอาจจะให้คู่มือการลดละเลิกสารเสพติดแก่ผู้ป่วยเพื่อเอากลับไปอ่านด้วย ซึ่งก็เป็นทางเลือกทางหนึ่ง (ดูคู่มือดูแลตนเองเพื่อลด ละ เลิกสารเสพติดในชุดของ Thailand ASSIST SBI Implementation Project[24,34] เป็นตัวอย่าง)

ตัวอย่างของทางเลือกที่อาจจะนำเสนอให้ผู้ป่วย

- บันทึกการดื่มสุราประจำวัน (ดื่มที่ไหน เมื่อไร กับใคร ปริมาณมากน้อยเพียงไร ทำไมจึงดื่มในวันนั้น) และทำคู่มือการดื่มสุราที่ปลอดภัยสำหรับตนเอง

- ค้นหาว่าเมื่อไรจะต้องดื่มสุรา และค้นหาสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ต้องดื่มหนักเอาไว้ล่วงหน้า วางแผนและฝึกล่วงหน้าว่าจะหลีกเลี่ยงหรือควบคุมการดื่มได้อย่างไร หากต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มหนัก รวมทั้งการคิดถึงวิธีการชลอการดื่มให้ช้าลงเอาไว้ล่วงหน้า เช่นค่อยๆ จิบ ผสมให้เจือจาง หรือเว้นช่วงนานหลังดื่มแต่ละครั้ง
- ค้นหาวิธีการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันที่เคยเป็นตัวกระตุ้นให้ดื่มสุรา หรือเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ปราศจากสุรา
- สนับสนุนให้ผู้ดื่มสุราหา “ตัวช่วย” หรือคนที่จะเป็นกำลังใจหรือผู้ช่วยเหลือให้เขาสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ เช่น ภรรยา ลูก หรือพ่อแม่
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการบำบัดรักษา กิจกรรมกลุ่ม หรือสถานบริการทางสุขภาพในพื้นที่
- เชิญชวนให้ผู้ดื่มสุรากลับมารับการบำบัดเพิ่มเติม เพื่อที่จะได้มาทบทวนพฤติกรรมการดื่มสุราของเขา และศึกษาคู่มือการลดละเลิกสารเสพติดไปพร้อมกันกับผู้บำบัด
- เสนอให้ผู้ดื่มสุราเก็บเงินที่เคยใช้ในการซื้อหาสุราไว้สำหรับใช้ซื้อหาสิ่งอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นของขวัญหรือรางวัลให้กับตนเองหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวในโอกาสที่เขาเลิกหรือลดดื่มสุราได้สำเร็จ

ตารางที่ 8.4 ตัวอย่างคำแนะนำเทคนิกการลดการดื่มสุรา

หากคุณต้องการจะลดปริมาณการดื่มสุราลง สิ่งที่คุณควรทำคือ
1. ตัดสินใจว่าวันนี้คุณจะดื่มปริมาณเท่าไร และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด • เตรียมสุราที่จะดื่มในปริมาณที่เพียงพอสำหรับวันนี้เท่านั้น เมื่อดื่มหมดจะต้องหยุดดื่มทันที • หาคนที่ไว้ใจได้ คนที่จะช่วยสนับสนุนให้คุณดื่มน้อยลง มาอยู่เป็นเพื่อนเวลาที่คุณอยากจะดื่มสุรา • ดื่มสุราชนิดที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำ เช่น เบียร์แบบอ่อนแทนสุราชนิดแรง • ประหยัดเงิน โดยการซื้อสุราปริมาณน้อย สำหรับให้คุณดื่มเพียงคนเดียว 2. กำหนดให้มีหนึ่งหรือสองวันต่อสัปดาห์ที่คุณจะไม่ดื่มสุราเลย 3. ชลอการดื่มให้ช้าลง ด้วยการดื่มน้ำเปล่ามากๆ สลับไป 4. หากิจกรรมอื่นมาทำ เพื่อให้มือและสมองของคุณไม่ว่าง 5. ทำกิจกรรมสนุกๆ เช่น เล่นฟุตบอลกับเพื่อนๆ เตะตะกร้อ ปลูกต้นไม้ในบ้าน 6. ให้รางวัลตัวคุณเอง เอาเงินที่ประหยัดได้จากการไม่ซื้อสุรามาซื้อของที่ถูกใจให้ตัวคุณเองหรือคนที่คุณรัก

การเข้าอกเข้าใจผู้ดื่มสุรา (Empathy) วิธีการให้การบำบัดแบบย่อควรทำด้วยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจ และตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ดื่มสุรา (reflective) อย่างเหมาะสม รวมทั้งแสดงการยอมรับผู้ดื่มสุราโดยไม่ตัดสินถูกผิด พยายามเข้าใจมุมมองของผู้ดื่มสุรา ข้อสำคัญคือ ผู้บำบัดต้องขจัดอคติของตนเองที่มีต่อผู้ดื่มสุรา เช่น การเรียกว่า “พวกขี้เหล้า ขี้ยา” เป็นต้น หลีกเลี่ยงการตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ผู้ดื่มสุรา ฝึกหัดทักษะการฟังอย่างตั้งใจสนใจ และการสะท้อนอารมณ์และความคิดของผู้ดื่มสุรา ท่าทีเหล่านี้จะทำให้ผู้ดื่มสุราร่วมมือและตอบสนองต่อการบำบัด ซึ่งจะนำไปสู่การลดการดื่มสุราลงได้

- ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงการเข้าใจและการสะท้อนอารมณ์และความคิดของผู้ป่วย “(หลังจากที่ผู้ป่วยพูดถึงอาการที่เกิดขึ้นหลังการดื่มสุรา) ... ดังนั้น การดื่มสุราช่วยให้คุณผ่อนคลาย ลืมปัญหาต่างๆ ในการทำงาน แต่มันก็ทำให้คุณอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถช่วยทำงานบ้านได้ และทะเลาะกับภรรยา คุณกำลังกังวลกับสภาวะแบบนี้ใช่ไหม”

การเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) คือ การเสริมความมั่นใจของผู้ดื่มสุราว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เลิกหรือลดดื่มสุรา) ได้อย่างแน่นอน จะช่วยให้ผู้ดื่มสุราเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการเลิกหรือลดการดื่มสุรา คนที่มีความเชื่อมั่นและมองตนเองในแง่ดีว่า เขาจะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ จะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าคนที่รู้สึกว่า ตนเองไร้ความสามารถ หรือปราศจากความช่วยเหลือ ผู้บำบัดควรทำให้ผู้ดื่มสุราพูดออกมาเองว่า เขามีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะจะช่วยให้เขาเชื่อและมั่นใจในตนเองมากขึ้น หากเขาได้ยินเสียงของตนเองที่พูดออกมา

- ตัวอย่างคำพูดเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองของผู้ดื่มสุรา “(หลังจากให้ข้อมูล และทางเลือก) ... คุณคิดว่าวิธีการเหล่านี้จะช่วยคุณได้บ้างไหม บางทีคุณอาจจะเคยใช้วิธีการอื่นมาแล้วในอดีตที่ช่วยให้คุณเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างในชีวิตของคุณ วิธีการเหล่านั้นเป็นอย่างไร... เป็นสิ่งที่ดีมากเลยที่คุณมองเห็นวิธีการดีๆ เหล่านี้ ตอนนี้คุณลองเรียนรู้หาวิธีการมาจากประสบการณ์ในอดีตที่คุณเคยทำได้สำเร็จ ลองดูนะ ครั้งนี้คุณก็คงทำได้เช่นกัน”

นอกจากหลักการ FRAMES แล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีส่วนช่วยให้การบำบัดแบบย่อได้ผลดี ได้แก่

การกำหนดเป้าหมาย (Establishing a drinking goal) ผู้ดื่มสุรามักจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของเขาได้สำเร็จถ้าเขามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการลดหรือเลิกดื่มของเขาเอง ผู้บำบัดอาจจะให้ผู้ดื่มสุราเขียนเป้าหมายในการเลิกหรือลดการดื่มสุราของเขาไว้ และใช้เป็นประหนึ่งสัญญาระหว่างตัวเขาและผู้บำบัด เป้าหมายที่กำหนดไว้ควรจะเป็นรูปธรรม น่าจะเกิดขึ้นได้จริงในอนาคตใกล้ๆ ไม่ควรตั้งเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่เกินไป หรือเป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่ไกลเกินไป

- ตัวอย่างเช่น ผู้ดื่มสุราอาจจะตั้งเป้าหมายว่า เขาจะดื่มไม่เกินสัปดาห์ละสามวัน คือจะดื่มเฉพาะในเย็นวันศุกร์และเสาร์ และอาจจะดื่มอีกวันหนึ่งได้ถ้ามีโอกาสพิเศษ เช่น มีเพื่อนหรือไปงานเลี้ยง นอกจากนั้น ในวันที่ดื่ม ถ้าเป็นวันที่เขาอยากดื่มเบียร์ เขาก็จะดื่มเพียงสองกระป๋องเท่านั้น หรือถ้าเป็นวันที่เขาจะดื่มไวน์ เขาก็จะดื่มไม่เกินหนึ่งส่วนสี่ขวด เขาจะเริ่มต้นปฏิบัติเช่นนี้ตั้งแต่สัปดาห์นี้เป็นต้นไป

การติดตาม (Follow-up) ผู้บำบัดอาจจะติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต่อไป โดยอาจจะนัดให้ผู้ป่วยมาพบเป็นระยะๆ หรือโทรศัพท์ถามอาการก็ได้

เวลาที่เหมาะสม (Timing) การบำบัดแบบย่อจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีความพร้อมและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของเขา ผู้ป่วยอาจจะไม่พร้อมที่จะลดหรือเลิกดื่มในตอนแรกเมื่อเริ่มให้การบำบัดแบบย่อ แต่อาจจะพร้อมเมื่อเขาได้พบกับปัญหาจากการดื่มของเขาโดยตรง ดังนั้นก่อนเริ่มการบำบัดแบบย่อ ผู้บำบัดจึงควรประเมินดูความพร้อมของผู้ป่วยด้วย และเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

การบำบัดแบบย่อตามแนวทางของ ASSIST

ในโครงการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและการบำบัดแบบย่อ ASSIST ขององค์การอนามัยโลก คณะนักวิจัยนานาชาติได้พัฒนารูปแบบของการบำบัดแบบย่อที่อิงตามผล ASSIST (ASSIST-linked brief intervention) ออกมา โดยแนะนำว่าหลังจากการคัดกรองด้วย ASSIST แล้ว ให้บุคลากรสุขภาพพิจารณาคะแนนของ ASSIST แล้วเชื่อมโยงไปสู่การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนตามระดับคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเฉพาะชนิด (Specific Substance Involvement Scores)[7,8,29] (ตารางที่ 8.5)

ตารางที่ 8.5 ระดับความเสี่ยงตามผลคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเฉพาะชนิด (Specific Substance Involvement Scores) ของ ASSIST[29]

ระดับความเสี่ยง	บุหรี่	สุรา	สารฯชนิดอื่น
เสี่ยงต่ำ	0-3	0-10	0-3
เสี่ยงปานกลาง	4-26	11-26	4-26
เสี่ยงสูง	≥ 27	≥ 27	≥ 27

จากคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเฉพาะชนิด บุคลากรสุขภาพสามารถให้คำแนะนำหรือการดูแลรักษาเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยได้ทันที ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในช่วง **"เสี่ยงต่ำ"** สำหรับสารเสพติดทุกประเภท ควรได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สารเสพติด และถามถึงความต้องการความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด
- ผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในช่วง **"เสี่ยงปานกลาง"** สำหรับสารเสพติดบางประเภท ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สารเสพติด และได้รับการบำบัดแบบย่อซึ่งอย่างน้อยที่สุดผู้คัดกรองควรให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้ใช้สารเสพติด (feedback) กระตุ้นความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง (responsibility) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกใช้สารเสพติด (advice) และให้เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดละเลิกใช้สารเสพติดกลับบ้าน
- ผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในช่วง **"เสี่ยงสูง"** ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ได้รับการบำบัดแบบย่อ ให้เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดละเลิกใช้สารเสพติดกลับบ้าน และส่งต่อเพื่อไปรับการประเมินและบำบัดรักษากับผู้เชี่ยวชาญต่อไป
- ผู้ป่วยที่เคยฉีดสารเสพติดในสามเดือนที่ผ่านมา (จัดเป็นผู้ที่มี **"ความเสี่ยงสูง"**) ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการฉีดสารเสพติด ได้รับการบำบัดแบบย่อ ให้เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดละเลิกใช้สารเสพติดกลับบ้าน และส่งต่อเพื่อไปรับการตรวจหาเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางเลือด เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ บี และซี (ตามแนวเวชปฏิบัติของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ของสถานบริการทางสุขภาพนั้นๆ) และส่งต่อเพื่อไปรับการประเมินและบำบัดรักษากับผู้เชี่ยวชาญต่อไป[29,33]

ส่วนวิธีการบำบัดแบบย่ออิงตามผลคะแนน ASSIST นั้นเป็นวิธีการที่อิงตามเทคนิค FRAMES และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 10 ขั้น ดังต่อไปนี้[29,33]

1. **Asking** ถามผู้รับบริการว่าสนใจทราบคะแนนของแบบคัดกรอง ASSIST หรือไม่

2. **Feedback** แจ้งคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเฉพาะชนิดแก่ผู้รับบริการ และระดับความเสี่ยงโดยใช้บัตรรายงานผล ASSIST

3. **Advice** ให้คำแนะนำวิธีการลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด ด้วยการลดละเลิกใช้สารเสพติด

4. **Responsibility** กระตุ้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบตัดสินใจทางเลือกในการลดละเลิกใช้สารเสพติดด้วยตัวเองอย่างเต็มที่

5. **Concerned** ถามผู้รับบริการว่ารู้สึกกังวลกับคะแนนหรือระดับความเสี่ยงของตนมากน้อยเพียงไร

6. Good things ให้ผู้รับบริการพูดถึงข้อดีของการใช้สารเสพติด

7. Less good things ให้ผู้รับบริการพูดถึงข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติด

8. Summarise and reflect สรุปและสะท้อนความคิดของผู้รับบริการโดยเชื่อมโยงให้ผู้รับบริการมองเห็น “ข้อไม่ค่อยดี” ของการใช้สารเสพติด

9. Concerned ถามผู้รับบริการว่ากังวลกับ “ข้อไม่ค่อยดี” มากน้อยเพียงไร

10.Take-home materials ให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อลดละเลิกสารเสพติดหรือเอกสารความรู้อื่นแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้เอากลับไปศึกษาเพิ่มเติม

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ผู้นิพนธ์และคณะได้นำเครื่องมือคัดกรอง ASSIST และการบำบัดอย่างย่อที่อิงตามผลคะแนนของ ASSIST ขององค์การอนามัยโลกเข้ามาพัฒนาใช้ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิประเทศไทย โดยเริ่มโครงการนำร่องศึกษาความเป็นไปได้และพัฒนาระบบการให้บริการคัดกรองและบำบัดแบบย่ออิงตามผล ASSIST ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอจะนะและควนเนียง จังหวัดสงขลา และอำเภอพระยืน ชุมแพ และซัมสูงในจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2554-2556[24,35,36] งานย่อยส่วนหนึ่งในโครงการนี้คือ การทดสอบประสิทธิผลและต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการบำบัดแบบย่ออิงตามผล ASSIST ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดสงขลาและปัตตานีของพาตีเมาะ นิมาและผู้นิพนธ์[10]

ในโครงการนี้ ทีมวิจัยได้พัฒนารูปแบบของการบำบัดแบบย่ออิงตามผลของ ASSIST ภาคภาษาไทยขึ้นมา รวมทั้งวิธีการให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่ได้ผลการคัดกรองอยู่ในระดับ “เสี่ยงต่ำ” และ “เสี่ยงสูง” (ตารางที่ 8.6) เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยและการอบรมให้กับบุคลากรสุขภาพที่ร่วมในโครงการ ซึ่งผู้อ่านหนังสือเล่มนี้สามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างในการให้การบำบัดแบบย่อแก่ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย หรือผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่มารับบริการสุขภาพได้ หรือหากสนใจสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากหนังสือ “การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย -คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ”[33]

อนึ่ง ในการบำบัดแบบย่ออิงตามผลคะแนน ASSIST หากผู้รับบริการมีคะแนนการใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงปานกลางหลายชนิด ให้เลือกสารที่ได้คะแนนสูงสุดหรือสารชนิดที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการมากที่สุด เป็นสารหลักในการให้การบำบัดแบบย่อ ผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องให้การบำบัดแบบย่อสำหรับสารทุกชนิดที่ได้คะแนนระดับเสี่ยงปานกลาง เพราะตามหลักการของ ASSIST เชื่อว่า การให้การบำบัดแบบย่อสำหรับสารหลักเพียงชนิดเดียว สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ และไปปรับใช้สำหรับการลดละเลิกใช้สารชนิดอื่นได้ด้วยตนเอง[29]

ตารางที่ 8.6 ตัวอย่างการแนะนำและการบำบัดแบบย่ออิงตามผลคะแนนของ ASSIST

สำหรับผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดที่มีคะแนนในระดับ “เสี่ยงต่ำ”

ผู้บำบัด: อยากทราบคะแนนของแบบสอบถามที่เพิ่งถามคุณไปเมื่อสักครู่นี้หรือไม่

ผู้รับการบำบัด: .....

ผู้บำบัด: (ชี้ที่คะแนนในหน้าแรกของบัตรรายงานข้อมูลสะท้อนกลับ ASSIST)

นี่เป็นคะแนนของ ... (สารที่เขาใช้) ... ที่คุณใช้ ซึ่งเท่ากับ ...(0-3 / 0-10)... แสดงว่าคุณอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ซึ่งหมายความว่า (สาร) ที่คุณใช้อาจจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของคุณไม่มากนัก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีแล้ว และควรควบคุมตนเองไม่ให้ใช้มากไปกว่านี้ ทางที่ดีที่สุดก็คือ ควรลดและเลิกมันเสีย หากต้องการคำแนะนำหรือความช่วยเหลือเพิ่มเติม ก็สามารถเข้ามาพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ (สถานที่... เวลา...)

สำหรับผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดที่มีคะแนนในระดับ “เสี่ยงสูง”

ผู้บำบัด: อยากทราบคะแนนของแบบสอบถามที่เพิ่งถามคุณไปเมื่อสักครู่นี้หรือไม่
ผู้รับการบำบัด: .....

ผู้บำบัด: (ชี้ที่คะแนนในหน้าแรกของบัตรรายงานข้อมูลสะท้อนกลับ ASSIST)

นี่เป็นคะแนนของ ... (สารที่เขาใช้) ... ที่คุณใช้ ซึ่งเท่ากับ ... (≥27) ... แสดงว่าคุณอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ซึ่งหมายความว่า (สาร) ที่คุณใช้อยู่มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของคุณอย่างรุนแรง รวมทั้งเสี่ยงต่อปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาการเงิน กฎหมาย หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และหากคุณยังคงใช้ (สาร) แบบนี้ต่อไป จะทำให้คุณยิ่งลำบากในการจะเลิกใช้มัน จนอาจจะไม่สามารถหยุดใช้ได้ ดังนั้นทางที่ดีที่สุด คุณควรจะต้องลดหรือเลิกใช้มันเสียตั้งแต่บัดนี้ ผม/ดิฉันขอแนะนำให้คุณเข้ารับการบำบัดรักษาที่ ... โดยจะมีแพทย์และทีมสุขภาพคอยดูแลรักษาและให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือให้คุณลดหรือเลิกใช้ (สาร) ได้อย่างปลอดภัย

สำหรับผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดที่มีคะแนนในระดับ “เสี่ยงปานกลาง”

ผู้บำบัด: อยากทราบคะแนนของแบบสอบถามที่เพิ่งถามคุณไปเมื่อสักครู่นี้หรือไม่
ผู้รับการบำบัด: .....

ผู้บำบัด: (ชี้ที่คะแนนในหน้าแรกของบัตรรายงานข้อมูลสะท้อนกลับ ASSIST)

นี่เป็นคะแนนของ ... (สารที่มีคะแนนสูงสุด และเรียงลงมา) ... ที่คุณใช้ ซึ่งเท่ากับ ... (4-26 / 11-26) ... แสดงว่าคุณอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง หมายความว่า (สารตัวหลักที่มีคะแนนสูงสุดหรือเป็นปัญหาต่อผู้รับบริการมากที่สุด) ที่คุณใช้อยู่จะมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของคุณ รวมทั้งเสี่ยงต่อปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาการเงิน กฎหมาย หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ถึงแม้ว่าตอนนี้ปัญหาเหล่านั้นอาจจะยังไม่ได้เกิดขึ้นกับคุณ แต่คะแนนระดับนี้ก็ชี้ให้เห็นว่า หากคุณยังคงใช้ (สาร) แบบนี้ต่อไป จะมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาเหล่านั้นเกิดขึ้นได้ในอนาคต และมันจะเชื่อมโยงกับอาการ เช่น (ชี้ที่ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสารตัวนั้นในบัตรรายงานผล ASSIST)

วิธีที่ดีที่สุดที่จะลดความเสี่ยงต่อปัญหาเหล่านี้ก็คือ การลดหรือเลิกใช้ (สาร) นั่นเสีย

แต่ตามหลักการแล้ว คุณจะทำหรือไม่ทำขึ้นอยู่กับตัวคุณเอง ไม่มีใครสามารถบังคับคุณได้ ผม/ดิฉันเพียงอธิบายให้คุณทราบและเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างลักษณะการใช้ (สาร) ของคุณกับอันตรายต่างๆ ที่คุณอาจจะประสบได้เท่านั้น คุณมีความกังวลเกี่ยวกับคะแนนความเสี่ยงของการใช้ (สาร) ของคุณเองอย่างไรบ้าง
ผู้รับการบำบัด : .....

ผู้บำบัด: สำหรับคุณแล้ว การใช้ (สาร) ของคุณมีข้อดีอะไรบ้าง
ผู้รับการบำบัด : .....

ผู้บำบัด: แล้วมีสิ่งที่ไม่ค่อยดีจากการใช้ (สาร) ของคุณ บ้างหรือไม่
ผู้รับการบำบัด : .....

ผู้บำบัด: จากที่คุณได้วิเคราะห์ตนเองแล้วนั้น สรุปว่า การใช้ (สาร) ของคุณมีข้อดีก็คือ ..... แต่ในขณะเดียวกัน มันก็มีข้อที่ไม่ค่อยดีที่ทำให้คุณ .... (ยกตัวอย่างข้อไม่ค่อยดีจากคำพูดของผู้รับบริการเอง) .... คุณมีความกังวลเกี่ยวกับข้อไม่ค่อยดีเหล่านี้จากการใช้ (สาร) ของคุณหรือไม่ (พยายามเน้นข้อไม่ค่อยดี เพื่อให้เขาได้เกิดความตระหนักมากขึ้น)
ผู้รับการบำบัด: .....

ผู้บำบัด: ขอมอบแผ่นพับนี้ให้คุณเอากลับไปอ่านดูที่บ้านนะ เพื่อดูคะแนนและคิดถึงการใช้ (สาร) ของคุณเอง ลองอ่านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารแต่ละตัว และผม/ดิฉันจะให้คู่มือดูแลตนเองในการลดละเลิกสารเสพติด ซึ่งหลายๆ คนบอกว่ามันมีประโยชน์มากสำหรับผู้ที่ยังลังเลใจ และยังจะช่วยให้คุณได้ลองคิดและตัดสินใจว่าอยากจะหยุดหรือลดใช้ (สาร) หรือไม่ ในเล่มนี้ ยังมีข้อแนะนำในการลด ละ เลิกสารเสพติด ให้คุณเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับตัวคุณเอง หากต้องการคำแนะนำหรือความช่วยเหลือเพิ่มเติม ก็สามารถเข้ามาพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ (สถานที่... เวลา...)

การบำบัดแบบย่อแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในงานเวชปฏิบัติ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเวชปฏิบัติปกติ จิตแพทย์ แพทย์สาขาอื่น หรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถที่จะคัดกรอง ประเมิน และให้การบำบัดแบบย่อ หรือคำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาได้ ต่อไปนี้จะเป็นขั้นตอนง่ายๆ 4 ข้อ (4-A's) โดยอาศัยวิธีการของการบำบัดแบบย่อที่แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพสามารถทำได้ ในระหว่างการตรวจรักษาตามปกติ เพื่อที่จะช่วยค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราตั้งแต่ในระยะแรก และให้คำแนะนำช่วยเหลือเบื้องต้น[37,38]

1. ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุรา (ASK)

แพทย์ควรจะถามผู้ป่วยทุกคนที่มาสถานบริการทางสุขภาพว่า เขาดื่มสุราหรือไม่ หากผู้ป่วยดื่มสุราก็ควรจะถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มของเขา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่ม รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการดื่ม เช่น การดื่มคนเดียว ดื่มเวลาใด การดื่มเคยมีผลต่อการทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชีวิตประจำวันหรือไม่ เช่น ทำให้ไปทำงานสาย ขาดงาน ครอบครัวรู้สึกเป็นห่วง ลืมสิ่งที่ได้ทำลงไปหลังจากดื่มสุรา ไม่สามารถควบคุมตัวเองไม่ให้ดื่มได้ หรือมีอาการไม่สบายต่างๆ หลังจากการดื่มสุรา

ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุรา

ถามผู้ป่วยทุกคน

- คุณดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

ถามผู้ที่ดื่มสุราเกี่ยวกับการดื่มของเขา

- โดยทั่วไปคุณดื่มสุราสัปดาห์ละกี่วัน
- ในวันที่คุณดื่มสุรา คุณดื่มประมาณเท่าไร
- ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ในแต่ละครั้งที่คุณดื่มสุรา คุณดื่มได้มากที่สุดเท่าไร

ถามผู้ที่ดื่มสุราเกี่ยวกับผลจากการดื่มของเขา

- เวลาที่คุณรู้สึกโกรธหรือเศร้า คุณมักจะดื่มคนเดียวหรือไม่
- การดื่มของคุณเคยทำให้คุณไปทำงานสายหรือไม่
- การดื่มของคุณทำให้ครอบครัวของคุณรู้สึกเป็นห่วงหรือไม่
- คุณเคยดื่มหลังจากที่คุณบอกกับตัวเองว่าคุณจะไม่ดื่มอีกแล้วหรือไม่
- คุณเคยลืมสิ่งที่คุณได้ทำลงไปในขณะที่คุณกำลังดื่มสุราหรือไม่
- คุณเคยปวดศีรษะหรือมีอาการเมาค้างหลังจากที่คุณได้ดื่มสุราหรือไม่

ถ้าผู้ป่วยตอบใช่กับคำถามใดคำถามหนึ่ง ถามว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาหรือไม่

2. ประเมินปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วย (ASSESS)

การประเมินทางคลินิกในเวชปฏิบัติปกติ อาจจะทำได้โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม AUDIT หรือเครื่องมืออื่นๆ หรือประเมินจากการซักถามผู้ป่วยเพิ่มเติมก็ได้ ผลการประเมินสามารถจะแบ่งผู้ที่มีปัญหาจากสุราได้เป็นสามกลุ่ม

1) ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา (Hazardous drinker) กลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ที่ดื่มในปริมาณที่มากกว่าปกติ หรือดื่มในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง เช่น สตรีมีครรภ์ หรือผู้กำลังจะขับขี่ยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักร หรือผู้ที่มีประวัติส่วนตัวหรือประวัติครอบครัวของปัญหาจากการดื่มสุรา ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะถามลักษณะพฤติกรรมการดื่ม เช่น ดื่มปริมาณนี้มานานเท่าไร ดื่มหนักสัปดาห์ละกี่ครั้ง เคยดื่มมากที่สุดประมาณเท่าไรในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และถามประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

2) ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราแล้ว (Harmful drinker) คือผู้ที่เคยมีผลเสียของการดื่มข้อใดข้อหนึ่ง หรือมีลักษณะทางร่างกายหรือพฤติกรรมที่แสดงว่ามีปัญหาจากการดื่มสุราแล้ว เช่น มีรอยแผลจากอุบัติเหตุ หรือการทะเลาะวิวาทจากการดื่มสุรา ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะถามผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัญหาทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น blackouts (จำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้) ปวดท้องเรื้อรัง ซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ การทำงานของตับผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศผิดปกติ หรือมีปัญหาการนอนหลับ

3) ผู้ที่ติดสุรา (Alcohol dependent drinker) เป็นผู้ที่มีผลเสียจากการดื่มสุราหลายข้อ และมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา เช่นไม่สามารถจะหยุดดื่มได้เมื่อได้เริ่มต้นดื่มไปแล้ว ต้องดื่มเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เมาเท่าเดิม มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะต้องดื่มสุราให้ได้ เคยต้องเปลี่ยนแปลงแผนการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะได้ดื่มสุรา ต้องดื่มตอนเช้าเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงอาการขาดสุรา หรือมีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม (เช่น มือสั่น คลื่นไส้ เหงื่อออก หรือหงุดหงิด) เป็นต้น

ประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา

กลุ่มผู้ดื่ม	ตัวบ่งชี้	วิธีการ
ก. ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา	• ดื่มมากกว่าระดับปกติ หรือดื่มในสถานการณ์ที่เพิ่มความเสี่ยง • มีประวัติส่วนตัวหรือประวัติครอบครัวของปัญหาจากการดื่มสุรา	• ถามลักษณะการดื่ม (คุณดื่มปริมาณเท่านี้มานานเท่าไรแล้ว ในหนึ่งสัปดาห์มีกี่วันที่คุณดื่มมากกว่า 4 หน่วยดื่มต่อครั้ง ในช่วงปีที่ผ่านมาคุณเคยดื่มมากที่สุดประมาณเท่าไรต่อวัน) • ถามประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการดื่มสุรา (มีใครในครอบครัวของคุณบ้างหรือไม่ ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา)
ข. ผู้ที่กำลังมีปัญหาจากการดื่มสุรา	• มีคำถามข้อใดข้อหนึ่งในตอนต้นที่ตอบว่าใช่ • มีลักษณะที่แสดงถึงปัญหาทางร่างกายหรือพฤติกรรมจากการดื่มสุรา	• ซักประวัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราเช่น blackouts ปวดท้อง ซึมเศร้า โรคตับ ความดันโลหิตสูง สมรรถภาพทางเพศลดลง อุบัติเหตุ ปัญหาการนอนหลับ
ค. ผู้ที่อาจจะติดสุราแล้ว	• มีคำถามหลายข้อที่ตอบว่าใช่ • มีอาการต่อไปนี้มากกว่าหนึ่งข้อ - หมกมุ่นกับการดื่ม สูญเสียการควบคุมตนเอง อาการขาดสุรา อาการดื้อสุรา การดื่มมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ยังคงดื่มต่อไปทั้งที่ทราบว่ามีผลเสียต่อสุขภาพ	• ถามคำถามต่อไปนี้ ❑ มีบางครั้งหรือไม่ ที่คุณไม่สามารถจะหยุดดื่มได้หากคุณได้เริ่มต้นดื่มไปแล้ว ❑ คุณต้องดื่มเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ เพื่อให้รู้สึกดีเท่าเดิม ❑ คุณเคยมีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะต้องดื่มสุราให้ได้หรือไม่ ❑ คุณเคยต้องเปลี่ยนแปลงแผนการหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะได้ดื่มสุราหรือทำงานไม่ ❑ คุณเคยต้องดื่มตอนเช้าเพื่อที่จะแก้อาการมือสั่นหรือไม่

3. ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือ (ADVISE AND ASSIST)

สำหรับผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตราย ให้การบำบัดแบบย่อ โดยการบอกผู้ป่วยว่าการดื่มสุราของเขามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาทางสังคม พยายามพูดให้จำเพาะเจาะจงถึงลักษณะการดื่มของผู้ป่วยและปัญหาต่อสุขภาพของเขา อาจจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่า การดื่มสุราของเขาอาจจะมีส่วนให้เขามีอาการทางร่างกายต่างๆ เช่นความดันโลหิตสูง รวมทั้งถามด้วยว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการดื่มของเขา ถามถึงเหตุผลหรือข้อดีของการดื่มสุราตามความคิดของเขา รวมทั้งข้อไม่ค่อยดีของการดื่มสุรา เพื่อเป็นการประเมินความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเอง รวมทั้งความคิดที่จะลดหรือเลิกดื่ม และจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นข้อเสียของการดื่มสุรา เพื่อจะได้ตัดสินใจลดหรือเลิกดื่มสุรา

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา และมีลักษณะต่างๆ ต่อไปนี้ มีประวัติว่าพยายามจะลดการดื่มลงหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ ตั้งครรภ์หรือกำลังวางแผนจะมีบุตร และมีข้อห้ามทางสุขภาพหรือใช้ยาอื่นที่ทำให้ดื่มสุราไม่ได้ ควรจะแนะนำให้หยุดหรือเลิกดื่มอย่างเด็ดขาด

ควรตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยถึงแผนการปฏิบัติตนและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย เช่น การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำสำหรับผู้ที่ยังไม่ติดสุรา โดยเน้นว่าการดูแลสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยเอง ไม่ใช่ของแพทย์ผู้รักษา เสนอแนะวิธีการต่างๆ ให้ผู้ป่วยที่จะใช้ในการควบคุมการดื่ม เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มในภาวะที่เสี่ยงอันตราย วางแผนล่วงหน้าที่จะจำกัดปริมาณการดื่มในโอกาสต่างๆ แนะนำเทคนิกที่จะทำให้ดื่มได้น้อยลงในแต่ละครั้งที่ดื่ม เช่น จิบช้าๆ ตวงปริมาณสุราเวลาดื่มแต่ละครั้ง (เช่นผสมแก้วละ 1 ฝา) เจือจางด้วยน้ำมากๆ และเว้นช่วงการดื่มแต่ละครั้งให้นานออกไป รวมทั้งให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่การดื่มสุรา เช่น แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์หรือเพลิดเพลินแทนการดื่มสุรา และอาจจะแจกเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราแก่ผู้ป่วยและชี้แจงว่าเอกสารนี้อาจจะช่วยผู้ป่วยได้ หากคิดที่จะลดหรือเลิกดื่มสุรา ส่วนผู้ป่วยที่ติดสุราแล้ว อาจจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางต่อไป

ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม	
บอกผู้ป่วยถึงความเสี่ยงของการดื่มของเขาสุขภาพ	• **เจาะจง** พูดถึงลักษณะการดื่มของผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อของเขา • **ถาม** ว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการดื่มของเขา
แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกหรือลดการดื่มลง	**<u>ควรแนะนำให้ เลิก ในรายที่</u>** - มีลักษณะของภาวะติดสุรา - มีประวัติว่าพยายามจะลดการดื่มลงหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ - ตั้งครรภ์หรือกำลังวางแผนจะมีบุตร - มีข้อห้ามทางสุขภาพหรือใช้ยาอื่นที่ทำให้ดื่มสุราไม่ได้ **<u>ควรแนะนำให้ ลด ในรายที่</u>** - ดื่มมากว่าระดับปกติ และยังไม่มีภาวะติดสุรา
ตกลงร่วมกันถึงแผนการปฏิบัติตนของผู้ป่วย	• **ถาม**ว่าคุณพร้อมที่จะลดหรือเลิกดื่มสุราแล้วหรือไม่ • **พูด**กับผู้ป่วยที่พร้อมจะลดหรือเลิกดื่มเกี่ยวกับแผนการปฏิบัติตน **<u>สำหรับผู้ที่ยังไม่ติดสุรา</u>** • แนะนำให้ดื่มระดับที่มีความเสี่ยงต่ำ • ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม "คุณพร้อมที่จะกำหนดระดับการดื่มของคุณแล้วหรือไม่ คนบางคนเลือกที่จะเลิกดื่มสักระยะเวลาหนึ่ง บางคนตั้งใจว่าจะเลิกตลอดไป หรือบางคนอาจจะกำหนดว่าจะดื่มไม่เกินเท่าไรต่อครั้ง คุณคิดว่าแบบใดดีที่สุดสำหรับคุณ" • อาจแจกเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราแก่ผู้ป่วย **<u>สำหรับผู้ที่ติดสุราแล้ว</u>** • ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การให้คำแนะนำด้วยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจและเป็นมิตรจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ผลดีกว่าท่าทีที่คุกคาม ขู่ หรือตำหนิติเตียนผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาได้มากกว่าด้วย นอกจากนั้นผู้รักษาควรให้กำลังใจผู้ป่วยว่า เขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขาได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะลดหรือเลิกดื่ม หรือไม่มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของตน ควรย้ำว่าผู้รักษาตั้งใจที่จะช่วยผู้ป่วยเสมอเมื่อเขาพร้อม และยังคงติดตามดูแลการดื่มสุราของผู้ป่วยเมื่อมาพบผู้รักษาในครั้งต่อๆ ไป

ผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

- บอกซ้ำถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย
- ย้ำว่าท่านตั้งใจที่จะช่วยผู้ป่วยเสมอเมื่อเขาพร้อม
- ยังคงติดตามดูแลการดื่มของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาพบท่านในครั้งต่อๆ ไป

สำหรับผู้ป่วยที่ติดสุรา

- แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- แนะนำให้ผู้ป่วยคุยกับครอบครัวของเขาเกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ ในการหยุดดื่ม และนัดให้เขามาพบอีกพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวของเขา
- แนะนำให้เขาลองหยุดดื่มดูสักระยะหนึ่ง และดูแลเรื่องอาการขาดสุรา
- ติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาพบท่านครั้งต่อไป

สำหรับผู้ติดสุราที่ยังไม่พร้อมจะเลิกดื่ม อาจจะแนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แนะนำให้ผู้ป่วยคุยกับครอบครัวของเขาเกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ ที่ผู้รักษาให้ไป และนัดให้เขามาพบอีกพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวของเขา อาจจะแนะนำให้เขาลองหยุดดื่มดูสักระยะหนึ่ง และดูแลเรื่องอาการขาดสุรา รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้รักษาครั้งต่อไป

4. ดูแลติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (AT FOLLOW-UP)

ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการดูแลติดตามการรักษาต่อไป ย้ำว่าผู้รักษาพร้อมเสมอที่จะให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเสมอ ควรเสริมความพยายามของผู้ป่วยในการลดหรือเลิกดื่มในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบผู้รักษา โดยสำรวจดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ชมผู้ป่วยในความพยายามที่ได้ทำไป ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านดีขึ้น เช่น สุขภาพดีขึ้น หน้าตาสดชื่นแจ่มใส ทำงานและทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งครอบครัวก็มีความสุขมากขึ้น เป็นต้น และประเมินความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะลดหรือเลิกดื่มต่อไป อาจจะต้องนัดผู้ป่วยบางคนที่ต้องการการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นหรือใช้เวลานานขึ้นเป็นกรณีพิเศษ และอาจจะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยบางคนไปรับการรักษาเฉพาะทาง หากจำเป็น

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

การบำบัดแบบย่อในผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มทุน รวมทั้งยังจัดว่าเป็นมาตรการทางการแพทย์ที่มีราคาถูกที่สุด แต่มีอรรถประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศไทยต่างพบว่า การให้บริการบำบัดแบบย่อสำหรับ

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย เป็นบริการที่มีประโยชน์และสามารถทำได้ในสถานบริการทางสุขภาพและในชุมชน ถึงกระนั้น การคัดกรองและบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาก็ยังไม่ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางจนเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในเวชปฏิบัติในประเทศไทยในปัจจุบัน

จากการดำเนินงานในโครงการพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ ผู้นิพนธ์พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการนี้ได้อย่างเต็มที่ คือ บุคลากรของสถานบริการทางสุขภาพมีความจำกัดในด้านเวลาและบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอ เพราะมีภาระงานประจำมากมาย อีกทั้งยังมีงานตามนโยบายเร่งด่วนเข้ามาเป็นระยะๆ บุคลากรขาดทักษะและความชำนาญในการคัดกรองหรือให้การบำบัดแบบย่อ งานคัดกรองและบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ดื่มสุรายังไม่ถูกจัดให้เป็นตัวชี้วัดหลักของงานในระบบสาธารณสุขของประเทศ ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจที่จะทำ และแพทย์และบุคลากรสุขภาพยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหาจากการดื่มสุราและความสำคัญของการให้บริการนี้[24,35,36]

ผู้นิพนธ์วิเคราะห์ว่า ยังมีประเด็นที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษาหรือพัฒนาเพิ่มเติมอีกหลายประเด็นเพื่อที่จะพัฒนาการให้บริการบำบัดแบบย่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้นสำหรับผู้ดื่มสุราที่เป็นปัญหาในประเทศไทย

- มีนโยบายที่ชัดเจนในระบบสุขภาพระดับประเทศ ให้มีการคัดกรองและบำบัดแบบย่อสำหรับผู้ป่วยที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในสถานบริการทางสุขภาพทุกแห่ง พัฒนากระบวนการให้บริการนี้ให้เป็นลักษณะบูรณการสู่งานประจำ เป็นงานที่มีคุณภาพและต่อเนื่องยั่งยืน โดยผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน มีระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อเป็นรางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติดีเยี่ยม
- เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละแห่ง ให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและบำบัดแบบย่อ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดและต่อการให้บริการนี้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร ให้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตน และเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย
- พัฒนาแนวเวชปฏิบัติและขั้นตอนการให้บริการคัดกรองและบำบัดแบบย่อที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นมาตรฐานระดับชาติในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และให้สถานบริการปรับให้เหมาะสมกับบริบทการดำเนินงานของตน จัดทำเครื่องมือ เอกสารให้ความรู้ สื่อสนับสนุนต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร รวมทั้งผู้ป่วยและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Babor T, Grant M. A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project. Addiction 1994;89:657-78.
2. Heather N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. Alcohol Alcohol 1995;30:287-96.
3. Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. Addict Behav 1996;21:857-68.
4. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2012;157: 645-54.
5. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev 2009;28:301-23.
6. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD005191.
7. World Health Organization. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2010 Jan 8]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.
8. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. Addiction 2012;107:957-66.
9. Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J. RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. Alcohol Alcohol 2010;45:263-70.
10. Nima P, Assanangkornchai S. The cost-effectiveness evaluation of ASSIST-linked brief intervention for substance abuse in primary health care settings in Sounthern Thailand (PhD thesis). Songkhla: Prince of Songkla University; 2013.
11. Assanangkornchai S, Nima P, Edwards J. Alcohol screening and brief intervention: Is screening without intervention sufficient? BMJ 2013;346:e8501.
12. ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิทิกร สอนชา, การุณย์ หงษ์กา. การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551;53:151-64.

13. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;51:25-35.
14. อัจฉรา ฟองคำ, นิศานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวิชศรี, ชยันตร์ธร ปทุมานนท์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุรา และลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;49:15-26.
15. Areesantichai C, Chapman RS, Perngparn U. Effectiveness of a Tailored Goal Oriented Community Brief Intervention (TGCBI) in reducing alcohol consumption among risky drinkers in Thailand: a quasi-experimental study. J Stud Alcohol Drugs 2013;74:311-9.
16. Areesantichai C, Iamsupasit S, Marsden J, Perngparn U, Taneepanichskul S. Effect of "Tailored Goal Oriented Community Brief Intervention model" on AUDIT reduction in Thai communities. J Med Assoc Thai 2010;93:992-7.
17. Areesantichai C, Perngparn U, Pilley C. Sustainability of Tailored Goal Oriented Community Brief Intervention Model among risky drinkers in community in Thailand. Biomed Res Int 2013;2013:459402.
18. นีรนุช เศรษฐกร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดการดื่มสุรา ในผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน เนื่องจากการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
19. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, สุนทรี ศรีโกไสย, บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2549.
20. ทักษพล ธรรมรังสี, สุวรา แก้วนุ้ย. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2552.
21. Home Office. The Government's Alcohol Strategy. London: The Stationery Office; 2012.
22. Ministerial Council on Drug Safety. National Alcohol Strategy 2006 - 2009: Towards safer drinking culture. Ministerial Council on Drug Safety; 2006 [cited 2012 Jan 15]; Available from: http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1F91AA632ADCA25718E0081F1C3/$File/nas-06-09.pdf.
23. National Alcohol Strategy Working Group. Reducing alcohol-related harm in Canada: Toward a culture of moderation -Recommendations for a National Alcohol Strategy. Canadian Centre on Substance Abuse; 2007 [cited 2012 Jan 15]; Available from: http://www.ccsa.ca/2007%20CCSA%20Documents/ccsa-023876-2007.pdf.
24. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สารเสพติด ในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.

25. Bray JW, Zarkin GA, Hinde JM, Mills MJ. Costs of alcohol screening and brief intervention in medical settings: a review of the literature. J Stud Alcohol Drugs 2012;73: 911-9.
26. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003;327:536-42.
27. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
28. Navarro HJ, Shakeshaft A, Doran CM, Petrie DJ. The potential cost-effectiveness of general practitioner delivered brief intervention for alcohol misuse: evidence from rural Australia. Addict Behav 2011;36:1191-8.
29. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
30. Miller WC, Zweben A, Di Clemente C, Rychtarik R. Motivational enhancement therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH monograph Series Vol 2). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
31. จิรวัฒน์ มูลศาสตร์, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. การบำบัดแบบย่นย่อสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548;14:413-21.
32. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. แนวทางการลดระยะเวลาเจ็บป่วยและความพิการ-การป้องกันระดับทุติยภูมิต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. ใน: สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องแนวทางและเทคโนโลยีในการป้องกันและลดภาระโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547. หน้า 31-51.
33. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย-คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
34. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือการดูแลตนเอง เพื่อลดละเลิกสารเสพติด. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
35. Assanangkornchai S, Balthip Q, Guy Edwards J. Screening and brief intervention for substance misuse in Thailand. Public Health 2013;127:1140-2.

36. Assanangkornchai S, Balthip Q, Guy Edwards J, Thailand ASSIST SBI Development Co-investigators. Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. J Public Health 2014; doi: 10.1093/pubmed/fdu011.
37. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide, updated 2005 version, NIH Publication No. 07-3769. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health & Human Services; 2007.
38. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. เอกสารคำสอนเรื่อง การดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.

บทที่ 9

ภาวะเมาสุราและภาวะขาดสุรา

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

เนื้อหาในบทนี้แบ่งออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกกล่าวถึง ภาวะเมาสุรา ซึ่งรวมถึง อาการและอาการแสดงของภาวะเมาสุรา สาเหตุ อาการพิษสุราที่สัมพันธ์กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และแนวทางการช่วยเหลือผู้เมาสุรา ส่วนที่สองกล่าวถึงภาวะขาดสุรา ซึ่งประกอบด้วย อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา สาเหตุพยาธิสรีรวิทยาของการขาดสุรา ปัจจัยเสี่ยง เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุรา และแนวทางในการรักษาอาการขาดสุราในรูปแบบต่างๆ เนื้อหาในบทนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับจิตแพทย์ แพทย์สาขาอื่น และบุคลากรสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเมาสุราหรือขาดสุรา ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

สาระสำคัญ

- ภาวะเมาสุราเกิดขึ้นเมื่อผู้ดื่มสุรามีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง อาการเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ และสัมพันธ์กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด อาการเมาสุราแสดงออกได้ตั้งแต่ พูดไม่ชัด เดินเซ นัยน์ตากระตุก สมาธิและความจำบกพร่อง การยับยั้งชั่งใจเสียไป มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไปจนถึงหมดสติ และหยุดหายใจตายได้ ไม่มียารักษาภาวะเมาสุราโดยตรง แต่เป็นการรักษาแบบประคับประคองและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางกาย เมื่อสร่างเมาควรให้คำแนะนำหรือการบำบัดแบบย่อ เพื่อให้ควบคุมการดื่มสุรา
- ภาวะขาดสุรา พบบ่อยในผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานานๆ มีระดับความรุนแรงและซับซ้อนต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ที่รุนแรงที่สุดคือขั้นเพ้อคลั่งสั่น ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานและติดรุนแรง เกิดหลังจากหยุดดื่มสุราครั้งสุดท้ายนาน 2-3 วัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ในรายที่มีอาการรุนแรงมาก ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตรวจร่างกายอย่างละเอียด และค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ได้แก่ มีประวัติดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายปี เคยมีภาวะขาดสุรารุนแรงมาก่อน อายุมากกว่า 60 ปี มีโรคทางกายร่วมด้วย มีอาการขาดสุราทั้งที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง มีอาการชักขณะขาดสุรามาก่อน ชีพจรเต้นเร็ว และไม่ตอบสนองต่อยา benzodiazepines ที่ให้ครั้งแรก
- เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราที่นิยมใช้บ่อยทางคลินิก ได้แก่ Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) และ Alcohol Withdrawal Scale (AWS)
- ยาหลักที่ใช้รักษาภาวะขาดสุรา คือ benzodiazepines ตัวยาที่นิยมใช้ได้แก่ diazepam, lorazepam, chlordiazepoxide โดยรูปแบบการบริหารยามี 4 แบบขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการขาดสุรา ได้แก่ fixed dose, symptom-triggered, front loading และ intravenous loading regimens
- ควรให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและปลอดภัย ป้องกันอันตรายจากการพลัดตกหกล้มหรือการทำร้ายตัวเองหรือคนอื่นจากอาการเพ้อคลั่ง ให้สารน้ำและอาหารเสริมให้เพียงพอ และให้ thiamine วิตามินรวมและโฟเลตเสริม

ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication)

ภาวะเมาสุรา เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการไม่สบายจากพิษของแอลกอฮอล์ หลังจากดื่มสุราเข้าไปปริมาณหนึ่ง ทำให้ร่างกายจิตใจและพฤติกรรมผิดปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการขับขี่ยานพาหนะ ในประเทศไทยได้กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration; BAC) สำหรับผู้ขับขี่ ไม่ให้เกิน 0.05 กรัมเปอร์เซ็นต์ (หรือ 0.05 กรัมต่อเดซิลิตร) ตามประกาศกฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 16/2537[1] ดังนั้นการมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินระดับนี้จึงอาจเรียกได้ว่า “การเมาสุรา” ตามกฎหมายการขับขี่ยานพาหนะในประเทศไทย

กลไกของการเกิดภาวะเมาสุรา

การเมาสุราเกิดขึ้นได้จากการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ในปริมาณมากกว่าปกติ การดื่มประมาณ 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปสำหรับผู้ชาย หรือ 4 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปสำหรับผู้หญิง ในเวลา 2 ชั่วโมง จะทำให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 0.08 กรัมต่อเดซิลิตร (ผู้ชายที่น้ำหนักตัว 68 กิโลกรัมเมื่อดื่มสุราปริมาณหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานสามารถเพิ่มระดับแอลกอฮอล์ในเลือดให้สูงถึง 0.015-0.020 กรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดนิยมวัดเป็นหน่วยของปริมาณมวลของแอลกอฮอล์ (กรัม) ต่อปริมาตรของเลือดหนึ่งหน่วย (เดซิลิตร) เช่น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 0.05 กรัมต่อเดซิลิตรหมายความว่า ในเลือดปริมาตรหนึ่งเดซิลิตรมีมวลแอลกอฮอล์ 0.05 กรัม[2]

เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย แอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 10-20 จะถูกดูดซึมจากกระเพาะอาหาร แอลกอฮอล์ที่เหลือร้อยละ 80-90 ถูกดูดซึมผ่านลำไส้เล็ก ดังนั้น หากรับประทานอาหารเข้าไปก่อนการดูดซึมแอลกอฮอล์จนหมดจะใช้เวลาประมาณ 1-3 ชั่วโมง ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะขึ้นกับอัตราการดูดซึมและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป โดยทั่วไประดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะขึ้นสู่ระดับสูงสุดในเวลา 30-90 นาที ขึ้นกับอายุ เพศ และลักษณะทางพันธุกรรมของผู้ดื่ม[3,4] การดื่มสุราในขณะท้องว่าง (ซึ่งจะเพิ่มปริมาณการดูดซึม) หรือดื่มหลังอาหาร (ซึ่งจะลดปริมาณการดูดซึม) อัตราเร่งของการดื่มยิ่งดื่มเร็วก็ยิ่งเมาเร็ว ชนิดของเครื่องดื่ม การดื่มวอดก้าจะทำให้ระดับแอลกอออล์ในเลือดสูงกว่าการดื่มเบียร์หรือไวน์ในขณะท้องว่าง แต่การดื่มเบียร์ทำให้ระดับแอลกอฮอล์สูงกว่าการดื่มวิสกี้ ไม่ว่าจะเป็นการดื่มในระหว่างหรือหลังรับประทานอาหาร[5,6] และยังขึ้นกับอัตราการกำจัดอาหารออกจากกระเพาะอาหาร[7]

อย่างไรก็ตาม ร่างกายมีระบบป้องกันการดูดซึมแอลกอฮอล์ กล่าวคือ ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในกระเพาะอาหารสูงเกินไป จะมีสารคัดหลั่งออกมาจากกระเพาะ (mucus) เพิ่มขึ้น[8] และหูรูดกระเพาะอาหาร (pyloric valve) จะปิดลง ทำให้ลดการดูดซึม และแอลกอฮอล์ผ่านเข้าไปในลำไส้เล็กช้าลง ในขณะเดียวกันจะเกิด pylorospasm ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนแอลกอฮอล์ออกมา ส่วนแอลกอฮอล์ที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดจะกระจายไปทั่วร่างกาย เพราะแอลกอฮอล์เป็นตัวละลายในน้ำ

ได้ดี เนื้อเยื่อใดที่มีสัดส่วนของน้ำมาก (เช่นกล้ามเนื้อ) จะมีระดับแอลกอฮอล์สูง พิษของแอลกอฮอล์จะเพิ่มขึ้นตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือด อัตราการดูดซึมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะเมาสุรา คนที่มีรูปร่างอ้วนเตี้ยกับคนที่ผอมสูงที่มีน้ำหนักเท่ากัน เมื่อดื่มสุราปริมาณเท่ากัน คนอ้วนเตี้ยจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าคนผอมสูง เนื่องจากคนอ้วนมีไขมันมากกว่ากล้ามเนื้อ พื้นที่กระจายแอลกอฮอล์สู่เนื้อเยื่อมีน้อย ทำให้แอลกอฮอล์คงระดับสูงอยู่ในเลือด ผู้หญิงก็เช่นกัน เนื่องจากผู้หญิงมีปริมาณไขมันมากกว่า แต่มีพื้นที่เป็นน้ำน้อยกว่าผู้ชาย เมื่อดื่มสุราในปริมาณเท่ากัน ผู้หญิงจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชายจึงเมาเร็วกว่า[7,9,10]

แอลกอฮอล์ที่ถูกดูดซึมเข้าไปในร่างกายแล้วประมาณร้อยละ 90 จะถูกเผาผลาญทำลายโดยผ่านกระบวนการ oxidation ในตับ ส่วนที่เหลือร้อยละ 10 จะถูกขับออกในรูปแบบเดิมทางไตและปอด อัตราการเผาผลาญที่ตับคงที่และไม่ขึ้นกับความต้องการพลังงานของร่างกาย โดยทั่วไปร่างกายสามารถเผาผลาญแอลกอฮอล์ ในอัตรา 0.015 กรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง (พิสัยเท่ากับ 0.010-0.030 กรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง) คนที่ดื่มสุราที่มีความเข้มข้นร้อยละ 40 แอลกอฮอล์สามในสี่ส่วนจะถูกเผาผลาญภายใน 1 ชั่วโมง แอลกอฮอล์ปริมาณหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานจะถูกทำลายหมดภายใน 1 ชั่วโมง คนที่ดื่มสุรามาเป็นเวลานานจะมีกลไกทางร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การเผาผลาญเร็วขึ้นกว่าปกติ กล่าวคือ แอลกอฮอล์ปริมาณ 3 หน่วยดื่มมาตรฐานจะถูกทำลายหมดใน 1 ชั่วโมง ผลคือบุคคลนั้นจะทนทาน (tolerance) ในการดื่มสุราปริมาณที่มากขึ้นแต่ไม่มีอาการเมาสุรา แต่เมื่อดื่มเป็นเวลานานขึ้นจนเกิดโรคตับการเผาผลาญแอลกอฮอล์จะเริ่มช้าลง เกิดภาวะ reverse tolerance คือดื่มสุราได้น้อยลงแต่เมาเร็วขึ้น[11-13]

พิษของแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

ผลต่อตับ แอลกอฮอล์ทำลายเซลล์ตับ ยิ่งดื่มเป็นเวลานานก็จะยิ่งทำลายมากขึ้น เซลล์ตับถูกทำลายเนื่องจากมีการสะสมไขมันและโปรตีนในเซลล์ตับ ทำให้เกิดตับเหลือง และตับโต ยังไม่พบกลไกที่ไขมันแทรกซึมอยู่ในเซลล์ตับกับการทำลายเซลล์ตับรุนแรงชัดเจน แต่การดื่มสุราปริมาณมากจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง และมะเร็งตับ[14,15]

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การดื่มสุราปริมาณมากเป็นเวลานานสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) กระเพาะอักเสบ (gastritis) กระเพาะเป็นแผล (gastric ulcer) และเส้นเลือดดำบริเวณหลอดอาหารโป่งพอง (esophageal varices) เมื่อเส้นเลือดเหล่านี้แตกจะทำให้เกิดการอาเจียนเป็นเลือดถึงขั้นเสียเลือดมากจนถึงแก่ชีวิต[16,17] นอกจากนี้ยังมีโรคของลำไส้เล็กที่พบบ่อย โรคตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน การทำงานของตับอ่อนบกพร่อง ซึ่งมักพบในคนที่ดื่มสุราปริมาณมากเกินปกติ นอกจากนี้การดื่มสุราปริมาณมาก จะมีผลต่อกระบวนการย่อยและดูดซึมอาหาร ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและกรดอะมิโนที่จำเป็น รวมถึงวิตามินบี 1 บี 6 บี 12 และโฟเลต

ผลต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย การดื่มสุราในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเส้นเลือดในสมองอุดตัน นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อระบบการสร้างเม็ดเลือด ทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงต่ำ และโรคโลหิตจาง นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งบริเวณศีรษะ ลำคอ หลอดอาหาร กระเพาะ ตับ ลำไส้ใหญ่ และปอด อาการเมาสุรายังสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งอาจส่งผลถึงกับเสียชีวิตเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ผลของแอลกอฮอล์ยังมีต่อกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ระดับฮอร์โมน estradiol ในผู้หญิงสูงขึ้น ซึ่งมีผลไปเพิ่มระดับแอลกอฮอล์ในเลือดด้วย[18]

ผลต่อวงจรการนอน แอลกอฮอล์จะช่วยให้หลับง่าย เพราะไปลด sleep latency แต่แอลกอฮอล์มีผลเสียต่อวงจรการนอนโดยตรงโดยลด rapid eye movement (REM) sleep หรือ dream sleep และลด non rapid eye movement (NREM) deep sleep (stage 4) ทำให้ตื่นกลางดึกบ่อยๆ และมีช่วงตื่นนานขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นคนที่ดื่มสุราเป็นเวลานานจึงมักมีปัญหานอนไม่หลับหรือหลับช่วงสั้นตื่นบ่อยกลางดึก หรือนอนไม่หลับทั้งคืน[19,20]

ผลต่อสมอง ในระดับชีวเคมี แอลกอฮอล์มีคุณสมบัติในการเปลี่ยนแปลงความไหลลื่นของผนังเซลล์ประสาท (neuron cell membranes' fluidity) เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปละลายไขมันซึ่งเป็นองค์ประกอบของผนังเซลล์ประสาท ทำให้การทำหน้าที่ของ receptors ช่องทางของการไหลของประจุ (ion channels) และโปรตีนอื่นๆ ที่จับอยู่บนผนังเซลล์บกพร่อง เช่น แอลกอฮอล์กระตุ้นการทำงานของ receptors และ ion channels ของ nicotinic, acetylcholine (nAch), serotonin, 5-hydroxytyptamine 3 (5-HT_3) และ GABA type A ($GABA_A$) ให้เพิ่มขึ้น ขณะที่แอลกอฮอล์ยับยั้งการทำงานของ receptors ของ N-methyl-d-aspartate (NMDA) และ voltage-gated calcium channels ในคนที่เริ่มต้นดื่มสุราใหม่ๆ ผนังเซลล์ประสาทจะมีความไหลลื่นมากขึ้น แต่เมื่อดื่มสุราไปนานๆ จะพบว่าผนังเซลล์ประสาทจะเริ่มแข็งไม่ยืดหยุ่น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของ receptors และ ion channels[21]

แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง เช่นเดียวกับยา barbiturates และ benzodiazepines จึงทำให้แอลกอฮอล์มี cross tolerance และ cross dependence กับยาดังกล่าว[22] จากการที่แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดการทำงานของสมองหลายส่วน ทำให้การนำกระแสประสาทไปทั่วสมองลดลง ส่งผลให้การทำงานของร่างกายและจิตใจบกพร่อง ตัวอย่างเช่น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.050 กรัมต่อเดซิลิตรมีผลต่อความคิด การตัดสินใจ และความยับยั้งชั่งใจบกพร่อง ขณะที่ระดับ 0.100 กรัมต่อเดซิลิตรเริ่มมีผลต่อการเคลื่อนไหว การประสานงานของกล้ามเนื้อและการมองเห็นบกพร่อง ลักษณะซุ่มซ่าม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยิ่งสูงมากขึ้น อาการเมาสุราก็จะรุนแรงมากยิ่งขึ้นเช่นกัน

อาการเมาสุรา

ภาวะเมาสุรา มีอาการแสดงออกได้ตั้งแต่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การยับยั้งชั่งใจเสียไป ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พูดไม่ชัด เดินเซ นัยน์ตากระตุก สมาธิและความจำบกพร่อง จนกระทั่งหมดสติ และกดการหายใจตายได้ โดยอาการและอาการแสดงเหล่านี้แปรผันตรงกับระดับแอลกอออล์ในเลือดของผู้ดื่มสุรา ซึ่งขึ้นกับปริมาณความเร็วและชนิดของสุราที่ดื่มด้วย[18,23] (ตารางที่ 9.1) ผู้เมาสุราบางคนอาจจะคิดและพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยติดสุรารุนแรงเพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง[24]

ตารางที่ 9.1 ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และอาการเมาสุราตามปริมาณสุราที่ดื่มเข้าไปในคนน้ำหนักตัว 70 กิโลกรัมที่ไม่เคยดื่มสุรา[18,23]

ปริมาณการดื่มสุรา (หน่วยดื่มมาตรฐาน)	มก./100 มล. (กรัม %)	อาการเมาสุรา
เบียร์ 2 กระป๋องหรือ 1 ขวดใหญ่ (2 หน่วย)	30 (0.03)	ครึกครื้น ขาดความยับยั้งชั่งใจ พูดมากแต่ไร้สาระ ขาดสมาธิการตัดสินใจบกพร่อง
เบียร์ 2 ขวดใหญ่ (4 หน่วย)	50 (0.05)	เพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ บาดเจ็บ และพฤติกรรมรุนแรง
เบียร์ 6 ขวดใหญ่ (12 หน่วย)	150 (0.15)	พูดไม่ค่อยชัด เดินเซ สับสน ไม่รู้เวลา-สถานที่-บุคคล (disorientation) เพิ่มความเสี่ยงที่จะหกล้มและกระดูกหัก
เหล้าขาว-สี 1 แบน (16 หน่วย)	200 (0.20)	สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง สับสน ง่วงซึมแต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ ทำอะไรโดยไม่รู้ตัว (blackouts)
เหล้าขาว-สี 1.5-2 แบน หรือ ¾-1 ขวด (24-40 หน่วย)	300-500 (0.30-0.50)	สำลักอาเจียน asphyxiation หยุดหายใจ หมดสติ อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมาสุรา

ภาวะเมาสุรามีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล โดยขึ้นกับหลายปัจจัยคือ[25]

1. ประสบการณ์ดื่มสุรามาก่อน คนที่ดื่มสุราปริมาณมากมาเป็นเวลานานจะมีความทนทานต่อพิษสุรา สามารถดื่มได้ปริมาณมากจึงจะเมา เพราะสมองและตับมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ดื่มได้มากขึ้นถี่ขึ้น จนดื่มเป็นประจำ และกลายเป็นโรคติดสุราและโรคตับจากพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีผลกลับกันทำให้ดื่มได้น้อยลง เมาง่าย และเมื่อหยุดดื่มก็จะเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงถึงขั้นเป็น delirium tremens หรือชักได้[12,13]

2. เพศ ด้วยลักษณะทางสรีรวิทยา การเผาผลาญและกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย ทำให้ผู้หญิงมีอาการเมาสุราได้ง่ายกว่าและเร็วกว่าผู้ชาย[3,9,10,26,27]

3. เชื้อชาติ ชาวเอเชียเชื้อสายจีนจำนวนมากจะมีภาวะบกพร่องของเอนไซม์หลักสองตัวที่ใช้ในการเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์ คือ ADH และ ALDH ทำให้ไม่สามารถดื่มสุราได้ หรือดื่มแล้วมีอาการทางร่างกายอย่างรุนแรงหรืออาการเมาสุราได้ง่าย[28,29]

4. ลักษณะรูปร่าง คนอ้วนเตี้ยมีไขมันมากจะมีอาการเมาสุราได้มากกว่าคนผอมสูง

5. การใช้ยาชนิดอื่นร่วมด้วย ผู้ที่ใช้ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับและดื่มสุราร่วมด้วยจะมีอาการเมารุนแรงอาจถึงขั้นตายได้ เพราะแอลกอฮอล์และยานอนหลับมีฤทธิ์กดการหายใจ โดยเหตุนี้บางคนจึงใช้ยานอนหลับร่วมกับการดื่มสุราเพื่อฆ่าตัวตาย[30]

6. ภาวะโรคทางกาย ผู้ที่มีโรคทางกายหลายโรคร่วมด้วยจะยิ่งมีโอกาสเมาสุรารุนแรงกว่าคนปกติ

การประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเมาสุรา

การประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเมาสุราควรทำดังนี้

1. การซักประวัติตรวจร่างกายเพื่อแยกจากโรคทางกายเรื้อรังหรือภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการได้รับบาดเจ็บที่พบร่วมบ่อยๆ ได้แก่ การบาดเจ็บของสมอง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคตับอักเสบตับโตหรือตับแข็ง ดีซ่าน โรคติดเชื้อ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดบวม มีการตกเลือดภายในช่องท้อง โรคลมชัก พิษจากสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า และฝิ่น หรือเฮโรอีน หรือยาแก้ไอโคดีอีน โรคทางจิตเวชที่มักพบร่วมด้วย ได้แก่ โรคซึมเศร้า การดื่มสุราแบบอันตราย และการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยวินิจฉัยความผิดปกติจากการดื่มสุรา เช่น gamma-glutamyl transferase levels (GGT), mean corpuscular volume (MCV), uric acid, triglycerides, aspartate aminotransferase (AST หรือ SGPT) และ alanine aminotransferase (ALT หรือ SGOT)

การวินิจฉัยภาวะเมาสุรา

การวินิจฉัยตามระบบ ICD-10

ตามระบบ ICD-10 ภาวะเมาสุรา (Acute intoxication of alcohol) จัดอยู่ในหมวด F10.0 หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวหลังจากดื่มสุรา ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวหรือสติสัมปัญญะ การนึกคิดและเข้าใจ (cognition) การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่และการตอบสนองทางจิตสรีรวิทยาอื่นๆ ในการวินิจฉัยโรคเมาสุราเป็นโรคหลักอันแรก (primary diagnosis) กำหนดว่าลักษณะอาการแบบนี้จะต้องเกิดขึ้นเอง ไม่ได้เกิดจากภาวะโรคร่วมเรื้อรังที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น ภาวะการดื่มแบบอันตราย โรคติดสุรา หรือภาวะโรคจิตที่สัมพันธ์หรือเป็นผลจากการดื่มสุรา (alcohol induced psychotic disorder) เป็นต้น ถ้ามีภาวะหรือโรคดังกล่าวจะให้เป็นการวินิจฉัยโรคหลักก่อนการวินิจฉัยภาวะเมาสุรา[31]

แนวทางการวินิจฉัยภาวะเมาสุรา มักสัมพันธ์กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ยกเว้นว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย (เช่น ภาวะการทำงานบกพร่องของตับและไต) ซึ่งปริมาณแอลกอฮอล์เล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดภาวะเมาสุรารุนแรงได้ อาการสำคัญของภาวะเมาสุราคือ พฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจที่ไม่เหมาะสมกับบริบททางสังคม เช่น พฤติกรรมไม่เหมาะสมเมื่ออยู่ในเทศกาล งานเลี้ยง อาการเมาสุราจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการลดลงตามเวลาที่เพิ่มขึ้น อาการหายเองได้ถ้าหยุดดื่มสุรา และสามารถกลับเข้าสู่ปกติได้ถ้าไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำๆ อาการของภาวะเมาสุราจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการที่เกิดจากสารกระตุ้นสมอง เช่น สนุกสนาน เฮฮา กล้าแสดงออก พูดเก่ง ทำกิจกรรมไม่อยู่นิ่ง จนถึงขั้นก้าวร้าว แต่เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากขึ้น จะมีอาการคล้ายกับอาการที่เกิดจากสารกดสมอง เช่น ง่วง พูดไม่ชัด เดินเซ จนถึงขั้นหมดสติ การวินิจฉัยแยกโรคจึงมีความสำคัญมาก โดยต้องแยกจากภาวะที่เกิดจากการบาดเจ็บของสมอง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย[31]

การลงรหัสตามระบบ ICD-10 มีการใส่ตัวระบุเพื่อชี้ให้เห็นว่าภาวะเมาสุรามีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ได้แก่

- F10.00 Uncomplicated ภาวะเมาสุราที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับความรุนแรงของอาการขึ้นกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด
- F10.01 With trauma or other bodily injury ภาวะเมาสุราที่ผู้ดื่มได้รับอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บทางร่างกายด้วย
- F10.02 With other medical complications ภาวะเมาสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายอื่นๆ เช่น อาเจียนเป็นเลือด สำลักอาหาร
- F10.03 With delirium ภาวะเมาสุราที่มีภาวะเพ้อ
- F10.04 With perceptual distortions ภาวะเมาสุราที่มีการรับรู้บิดเบือน

- F10.05 With coma ภาวะเมาสุราที่มีภาวะหมดสติร่วมด้วย
- F10.06 With convulsions ภาวะเมาสุราที่มีภาวะชักร่วมด้วย
- F10.07 Pathological intoxication ภาวะเมาสุราที่มีอาการก้าวร้าว และพฤติกรรมทำร้ายร่างกาย ทำลายสิ่งของเกิดขึ้นทันทีทันใดในคนที่ไม่เคยดื่มสุรามาก่อน เกิดหลังจากดื่มสุราปริมาณไม่มากและไม่ถึงขั้นให้เกิดอาการเมาในคนทั่วไป

การวินิจฉัยตามระบบ DSM

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมาสุราตามระบบ DSM-IV-TR[32] และ DSM-5[33] ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

ก. เพิ่งดื่มสุราก่อนที่จะมีอาการ

ข. มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือจิตใจไปในทางที่ไม่เหมาะสมอย่างชัดเจน ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือแสดงออกทางเพศอย่างไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจบกพร่อง เกิดความบกพร่องในอาชีพการงานและสังคม อาการต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างดื่มหรือหลังจากดื่มสุรามาไม่นาน

ค. มีอาการแสดงออกอย่างน้อยหนึ่งอย่างเกิดขึ้นระหว่างหรือหลังจากดื่มสุราในเวลาไม่นาน ดังนี้

1. พูดไม่ชัด (slurred speech)
2. การเคลื่อนไหวที่ไม่ประสานกัน (incoordination)
3. เดินโซเซ (unsteady gait)
4. นัยน์ตากระตุก (nystagmus)
5. สมาธิหรือความจำบกพร่อง (impairment in attention or memory)
6. ซึมมากหรือหมดสติ (stupor or coma)

ง. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกายอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุทางสมอง ขาดอาหารและวิตามินบี 1 ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุลในร่างกาย การติดเชื้อ หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่นภาวะซึมเศร้าเป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

มีโรคหรือภาวะทางคลินิกหลายชนิดที่อาจจะแสดงอาการคล้ายคลึงกับภาวะเมาสุรา ทำให้แพทย์อาจจะวินิจฉัยผิดพลาด ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาต่อไปได้ ในบางรายอาจจะทำให้เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิตก็ได้ ภาวะต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ โรคหรืออาการที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหรือสารเสพติดชนิดอื่น ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมและเกลือแร่ โรคติดเชื้อ โรคของระบบประสาท ทางเดินหายใจ และภาวะอื่น ดังแสดงในตารางที่ 9.2

ตารางที่ 9.2 การวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะเมาสุรา[23]

ภาวะโรคหลัก	รายละเอียด
1. ภาวะพิษจากยาหรือสารเสพติดอื่น	Methanol, Isopropyl alcohol, Ethylene glycol, Cocaine, Opiates, Barbiturates, Benzodiazepines, Gamma-hydroxybutyrate, Tetrahydrocannabinol, Disulfiram, Isoniazid, Lithium, Valproate, Tricyclic antidepressants, Carbon monoxide
2. ภาวะเมตาบอลิกและเกลือแร่ผิดปกติ	Hepatic encephalopathy, Hypoglycemia, Uremia, Hyper-/hypo natremia, Hyper-/hypo calcemia, Alcoholic ketoacidosis, Diabetic ketoacidosis, Non-ketotic hyperosmolar coma, Hypertensive encephalopathy
3. โรคติดเชื้อ	Sepsis, Meningitis, Encephalitis
4. โรคของระบบประสาท	Wernicke-Korsakoff syndrome, Cerebrovascular accidents, Stroke, Subarachnoid hemorrhage, Seizure disorders, Trauma, Intracranial bleeding, Subdural hematoma, Concussion syndromes
5. โรคของระบบทางเดินหายใจ	Hypoxia Respiratory depression
6. ภาวะอื่นๆ	Hypotension, Dehydration, Hyper-/hypothermia, Hyper-/hypothyroidism, Pancreatitis, Depression and suicide

การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้เมาสุรา

โดยทั่วไปญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงสามารถดูแลผู้ที่มีภาวะเมาสุราที่ไม่รุนแรงได้ที่บ้าน ด้วยวิธีการดังนี้

1. ช่วยแยกผู้ที่เมาสุราออกจากสถานที่ดื่มสุรา และให้หยุดดื่มสุรา
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และให้ห่างจากเครื่องจักรหรือวัตถุอันตราย

3. ไม่ให้ผู้ที่เมาสุราขับรถ

4. ตรวจค้นดูว่าก่อนจะดื่มสุรา ผู้ที่เมาสุรานั้นได้รับประทานยาหรือสารเสพติดที่ผิดกฎหมายหรือสารกดประสาทอื่นๆ หรือไม่

5. ทดสอบดูว่าผู้ที่เมาสุราสามารถปลุกตื่นได้ง่ายหรือไม่ ด้วยการเขย่าไหล่เบาๆ และพูดกับเขา ต้องมั่นใจว่าอาการในขณะนั้นไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรืออุบัติเหตุอื่นๆ โดยซักถามจากคนใกล้ชิดหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์

6. ควรมีคนเฝ้าดูผู้ที่เมาสุราอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสร่างเมา หรือถ้าญาติรู้สึกไม่สบายใจก็ให้นำไปรักษาที่โรงพยาบาล

7. เนื่องจากไม่มียาใดที่เร่งให้ผู้ป่วยสร่างเมาได้รวดเร็ว บางคนอาจจะดื่มกาแฟหรืออาบน้ำเย็น แต่ก็ช่วยได้เพียงเล็กน้อยและชั่วคราว

8. ถ้าผู้ป่วยมีอาการเมามากถึงขั้นอาเจียนหลายครั้ง ซึ่งอาจเป็นอาการแสดงของภาวะบาดเจ็บทางศีรษะหรือโรคทางกายอื่นๆ เช่น เบาหวาน ไตวาย หรือโรคลมชัก ญาติควรนำส่งแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อการประเมินและรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การรักษาภาวะเมาสุรา

การดูแลผู้ป่วยเมาสุราส่วนใหญ่แล้วทำในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบและปลอดภัย ผู้ป่วยเมาสุราควรจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยการให้น้ำเกลือและวิตามินบีรวม เพื่อเร่งการกำจัดสุราออกจากร่างกาย และป้องกันการขาดวิตามินบี ในรายที่เมาสุรารุนแรงถึงขั้นหมดสติหรือหลับลึก อาจต้องใช้การใส่ท่อช่วยหายใจช่วงสั้นๆ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากแอลกอฮอล์กดการหายใจ ป้องกันการอาเจียนหรือสำลักเศษอาหารเข้าปอด และเฝ้าระวังอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ตกเตียง อาจจะให้ยาแก้อาเจียนในกรณีที่ผู้ป่วยอาเจียนหลายครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโซเดียมต่ำ

ผู้ป่วยที่เอะอะโวยวายมากอาจจำเป็นต้องได้รับยาต้านโรคจิต เช่น haloperidol เพื่อสงบอาการ แต่ก็ควรระวังการเกิดปฏิกิริยาร่วมระหว่างยาที่มีฤทธิ์กดประสาทกับแอลกอฮอล์ ในการกดการหายใจและทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้

ในปัจจุบันมียา Metadoxine (pyridoxol L-2-pyrrolidone-5-carboxilate) ซึ่งเป็นคู่อิออนระหว่าง pyrrolidone carboxilate และ pyridoxine เป็นยาที่ช่วยเร่งการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากเลือดและเนื้อเยื่อ ทำให้การเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์เกิดได้เร็วขึ้น จึงลดการทำลายเซลล์จาก acetaldehyde ซึ่งเป็น metabolite ตัวแรกของแอลกอฮอล์ กลไกในการออกฤทธิ์ของ metadoxine มีหลายขั้นตอน ทั้งเร่งการทำงานของ acetaldehyde dehydrogenase เพิ่ม plasma clearance

ของเอทานอลและ acetaldehyde ป้องกันการลดลงของ glutathione และระบบเอนไซม์ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ลดการทำลายของอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังเพิ่ม ATP ในตับ เพิ่มความเร็วในการลำเลียง amino acid ภายในเซลล์และเพิ่มการกำจัด ketones ออกทางปัสสาวะ ในการศึกษาแบบทดลองอันหนึ่ง พบว่า metadoxine (900 มก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ) ลดค่าครึ่งชีวิตของเอทานอลในเลือดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสร่างเมาได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน[34] นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลการใช้ยานี้ไป 3 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุรา 160 ราย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้ยา metadoxine 58 รายกับกลุ่มไม่ได้ใช้ยานี้ 102 ราย พบว่ากลุ่มที่ใช้ยานี้มีอัตราการหยุดดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ (ร้อยละ 44.8 กับร้อยละ 21.6, p <0.0037) และอัตราการออกจากการศึกษาน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 17 กับร้อยละ 57, p <0.001)[35] ดังนั้น metadoxine จึงเป็นยาที่มีประโยชน์ มีประสิทธิภาพในการลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และเร่งให้เกิดการสร่างเมาได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเป็นยาที่ปลอดภัยอีกด้วย และประโยชน์ที่สำคัญอีกข้อหนึ่ง คือ metadoxine สามารถช่วยทำให้อาการ steatosis และผลการตรวจการทำงานของตับดีขึ้นด้วย เนื่องจาก metadoxine ช่วยรักษาภาวะ intracellular redox homeostasis ให้คงอยู่ไว้[23,36]

ควรเฝ้าดูอาการจนผู้ป่วยสร่างเมาหรือจนกว่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่า 0.100 กรัมต่อเดซิลิตร จึงให้กลับบ้านได้ มีผู้เสนอสูตรคำนวณระยะเวลาที่ต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยเมาสุราจนกว่าจะได้กลับบ้าน เท่ากับ (ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด -100)/20 ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเมาสุราที่มาห้องฉุกเฉินตอนเที่ยงคืนมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 280 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวนชั่วโมงที่จะต้องเฝ้าดูแลเท่ากับ (280-100)/20=9 ดังนั้น ควรจะเฝ้าดูผู้ป่วยรายนี้จนถึงเวลา 9.00 น.ของเช้าวันใหม่ เป็นต้น[37]

ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์ควรให้การบำบัดอย่างย่อหรือการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือส่งปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อให้คำแนะนำในการรักษาปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องยากเพราะผู้ป่วยอาจจะไม่ยอมรับ อย่างไรก็ตาม แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับการไม่ขับรถยนต์ขณะเมาสุราหรือหลังดื่มสุรา เพราะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจำนวนมากเนื่องจากคนเมาสุราที่ขับรถยนต์ และมีหลักฐานยืนยันว่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.080 กรัมต่อเดซิลิตร จะมีผลเสียต่อทักษะการขับรถไม่ว่าจะเป็นการเบรก เปลี่ยนเกียร์เร่งความเร็ว หรือเปลี่ยนเส้นทางเดินรถ ความบกพร่องนี้เกิดได้ตั้งแต่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเพียง 0.020 กรัมต่อเดซิลิตร และพบบ่อยมากขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 0.050 กรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งความบกพร่องของทักษะดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนที่จะแสดงอาการเมาสุราออกมา ด้วยเหตุนี้กฎหมายของบางประเทศรวมทั้งประเทศไทยจึงกำหนดให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ตั้งแต่ 0.050 กรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปผิดกฎหมาย[38,39]

ภาวะขาดสุรา

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติปี พ.ศ. 2551 ของกรมสุขภาพจิต พบคนไทยเป็นโรคติดสุราประมาณ 3.2 ล้านคนหรือร้อยละ 6.6[40] ข้อมูลจากสถาบันธัญญารักษ์และกรมสุขภาพจิตรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกระดับเกือบทุกภูมิภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากหนึ่งแสนคนเป็นสองแสนกว่าคนภายในระยะ 3 ปี (ปี พ.ศ. 2553-2555)[41] โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะขาดสุราระดับรุนแรงและซับซ้อนที่บุคลากรทางการแพทย์เกือบทุกคนต้องเผชิญ เช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประมาณว่าในผู้ป่วยติดสุรา 8 ล้านคน จะพบผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรงจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5 แสนครั้งต่อปี[42] และในช่วงฤดูร้อนและหลังจากมีเทศกาลวันหยุดยาวจะมีผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเนื่องจากดื่มสุราหนักต่อเนื่องตลอดช่วงเทศกาล จนถึงวันสุดท้ายจึงหยุดดื่มและเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง สำหรับในประเทศไทย ผู้นิพนธ์ก็สังเกตว่า จะพบปรากฏการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราถูกส่งตัวมารับการรักษาจำนวนมากขึ้นในช่วงก่อนและเริ่มเข้าพรรษา เพราะผู้ติดสุราจำนวนหนึ่งจะปฏิบัติตามกิจกรรมรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” จึงหยุดดื่มสุราทันทีเมื่อเริ่มเข้าพรรษา และมีอาการขาดสุราเกิดขึ้นได้

สาเหตุพยาธิสรีรวิทยาของภาวะขาดสุรา

ภาวะขาดสุรา เกิดในผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานานๆ จนสมองมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ไปเพิ่มการทำงานของ $GABA_A$ receptors และยับยั้งการทำงานของ NMDA glutamate receptors ในระยะเริ่มต้นของการดื่มสุรา ครั้นเมื่อดื่มสุราปริมาณมากขึ้นและเป็นเวลายาวนาน เซลล์ประสาทในสมองจะเกิดการปรับตัวและเสียความยืดหยุ่นของผนังเซลล์ ส่งผลให้ลดการทำหน้าที่ยับยั้ง (inhibitory function) ของ $GABA_A$ receptors เนื่องจากมีการปรับลดจำนวน receptors (down-regulation of $GABA_A$ receptors) โดยการลดหน่วยย่อยแอลฟ่า 1 (α1) หรือ แกมม่า 2 (γ2) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของ $GABA_A$ receptors และเพิ่มหน่วยย่อยแอลฟ่า 4 (α4) อย่างรวดเร็ว ทำให้ความหนาแน่นของ synapse ลดลง ประกอบกับ $GABA_A$ receptors มีจำนวนลดลงด้วย ทำให้บทบาทในการยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลง จึงเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักหลังหยุดหรือลดการดื่มสุราลงทันที ในขณะเดียวกันมีการปรับเพิ่มจำนวนของ kainate glutamate receptors ทำให้การทำงานของ NMDA glutamate receptors (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง NR1 และ NR2B subtypes) เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด oxidative stress และ excitotoxic brain damage (ซึ่งอาจพบร่วมกับการสูบบุหรี่และการขาดสารอาหารอื่นด้วย) ร่วมกับการทะลักของประจุแคลเซียมเข้าเซลล์ (voltage-dependent calcium influx) กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อนำประสาท noradrenaline ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ noradrenergic receptors บริเวณ limbic และก้านสมอง

เกิดความไวสูง (sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้[43] เมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด rebound stimulatory effect ส่งผลให้เกิด adrenergic hyperactivity ที่ limbic และก้านสมอง ทำให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว และต้องดื่มสุราเพื่อทำให้อาการทุเลาลงได้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้อย่างมีเงื่อนไข[43,44]

นอกจากนี้ ขณะที่มีภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน รายงานการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย delirium tremens จะมีระดับ homovalinic acid (HVA) ในเลือดสูง มี D2 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ dorsal striatum มี D1 receptor binding density เพิ่มขึ้นที่ amygdala และพบ persisting high levels of cGMP ในบริเวณดังกล่าว[43,45]

ส่วนกลไกการเกิดอาการชักจากการขาดสุรา สามารถอธิบายได้จากการทดลองในหนู ดังนี้

1. Neuronal networks ในก้านสมองและ inferior colliculus ถูกกระตุ้นได้ง่าย (เป็น audiogenic seizure)

2. ประสบการณ์ที่เคยมีภาวะขาดสุราซ้ำๆ จะเพิ่มความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดอาการชักครั้งต่อไป เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของศูนย์กำเนิดอาการชัก (epileptogenic) อย่างถาวรในระบบสมอง และมี kindling effect บริเวณ inferior colliculus ทำให้ถูกกระตุ้นได้ง่ายยิ่งขึ้น

3. $GABA_A$ receptors มีการเปลี่ยนแปลงภายใน โดยเพิ่มแอลฟ่า 4 ($\alpha 4$) ขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ความหนาแน่นของ synapse ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการยับยั้งลดลง

4. Glutamate receptors ชนิด NMDA, kainite และ calcium channels ปรับการทำงานเพิ่มมากขึ้น (compensatory up-regulation) ดังนั้นเมื่อหยุดดื่มสุราทันที จึงเกิด rebound stimulation effect ทำให้เกิดอาการชัก[44]

หลังจากอาการขาดสุราบรรเทาลง การนำกระแสประสาทบริเวณ mesolimbic ภายในวงจรของ dopamine ลดลง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อ เหงา สมาธิไม่ดี ขาดแรงจูงใจ และมีอาการอยากดื่มสุรา (craving)[43]

นอกจากนี้ ผลจากการดื่มสุราเป็นเวลานานทำให้ขาดวิตามินบี 1 (thiamine) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมตาบอลิซึมพลังงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนกลางและการนำกระแสประสาท จึงมีผลกระทบต่อปลายประสาท หัวใจ และสมอง ทำให้เกิดภาวะ peripheral neuropathy with myelin degeneration, cardiomyopathy, Wernicke's encephalopathy และ Korsakoff's syndrome

ภาวะขาดสุรามีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย จากการทดลองในหนูพบว่า เพศหญิงมี apoptotic cell death ทำให้การส่งสัญญาณประสาทลดลง ลด RNA/RNA binding และการทำหน้าที่ยับยั้งของเซลล์ประสาทใน prefrontal cortex ซึ่งทำให้สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม จึงเกิดอาการดื่มหนัก ขาดความยับยั้งชั่งใจ เอะอะอาละวาด นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของ ubiquitin protein degradation pathways และ calcium ion binding pathways ในบริเวณ prefrontal cortex และ lateral parietal cortex[46]

โดยสรุปภาวะขาดสุราเกิดจากกลไกการทำงานของ $GABA_A$ ลดลง การทำงานของ glutamate receptors ชนิด NMDA เพิ่มขึ้น และการทำงานของ dopamine เพิ่มขึ้นในระยะแรก แต่ลดลงในระยะท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการอยากสุรา

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดสุรารุนแรง

ปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง หรือภาวะขาดสุราที่มีอาการเพ้อคลั่งและสั่นร่วมด้วย (delirium tremens; DTs) มีดังนี้[47-49]

1. อายุมากกว่า 60 ปี
2. มีประวัติดื่มสุราปริมาณมากในแต่ละครั้ง โดยดื่มมากกว่า 150 กรัมต่อวัน (ประมาณเท่ากับเหล้าขาวมากกว่าครึ่งขวดต่อวัน) ต่อเนื่องมานาน
3. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
4. เคยมีอาการ DTs มาก่อน ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเกือบสี่เท่า (odds ratio (OR) = 4.0, 95% CI: 1.63, 9.76)[49]
5. เคยมีอาการชักจากภาวะขาดสุรามาก่อน
6. มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูงอยู่
7. จำนวนวันตั้งแต่การดื่มครั้งสุดท้าย (OR=1.3, 95% CI: 1.09, 1.61)[47]
8. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย (OR = 5.1, 95% CI: 2.07, 12.55)[47]
9. ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงแต่ไม่มีอาการเมาสุรา
10. มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
11. ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที (OR = 4.2, 95% CI: 2.03, 8.51)[48]

ปัจจัยสี่ยงดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการรักษาภาวะขาดสุราได้ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงจนถึงขั้น DTs

การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

เมื่อแพทย์พบผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรามาเป็นเวลานานที่มารับการรักษาด้วยโรคหรือภาวะทั้งทางจิตเวชและทางกาย แพทย์ควรประเมินดูว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการขาดสุราหรือไม่ และความรุนแรงของอาการขาดสุราที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจจะเพิ่งดื่มสุราเข้าไป และยังมีอาการเมาสุราอยู่ ทำให้ยากต่อการตรวจดูอาการ ในกรณีเช่นนี้หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนมาก มีความบกพร่องของระดับการนึกคิดและเข้าใจ หรืออาการโรคจิต การตรวจประเมินอย่างละเอียดอาจจะยังทำไม่ได้ ควรเฝ้าติดตามอาการ และตรวจดูอาการของการเมาสุรา อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา และตรวจดูปัญหาหรือโรคทางกายอื่นๆ ที่อาจจะพบร่วมด้วย

ในการซักประวัติ ควรจะถามให้ครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้

- ชนิดของสุราและสารเสพติดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้
- ปริมาณ ความถี่และระยะเวลาของการใช้
- เวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งสุดท้าย
- ประวัติของการเกิด blackouts (การไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่กำลังดื่มสุราได้)
- ประวัติของการเกิดภาวะขาดสุราซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดสุราในครั้งต่อมา
- ประวัติของการชัก[50]

ลักษณะจากการตรวจร่างกายที่ส่อแสดงว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคติดสุราหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ได้แก่

1. ลักษณะทั่วไป มีน้ำหนักลดหรือดูผอมแห้ง ซึ่งอาจเกิดจากภาวะขาดสารอาหาร
2. ชีพจร ความดันโลหิตและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
3. ผิวหนัง มีลักษณะผิดปกติของเส้นเลือดฝอย เช่น spider angiomas และมี jaundice จาก alcoholic liver disease หรือรอยฟกช้ำเนื่องจากการหกล้มหรือบาดเจ็บขณะเมาสุรา
4. ตาเหลืองจาก alcoholic liver disease
5. ทรวงอกมี gynecomastia จาก alcoholic liver disease
6. ท้อง มีตับโตและกดเจ็บทางด้านขวาล่าง ascites, dilated periumbilical viens และ venous hum จาก chronic alcoholic liver disease มีอาการปวดทั่วท้อง เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสียมาก
7. ระบบอวัยวะสืบพันธ์ มี testicular atrophy
8. ระบบประสาท มีมือสั่น hyper-reflexia การตอบสนองต่อความเจ็บปวดลดลง ชา (numbness) และ peripheral neuropathy[50]

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

1. การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count) และตรวจปัสสาวะ

2. ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ในผู้ป่วยติดสุราที่เคยดื่มมาเป็นเวลานานจนเกิดภาวะ tolerance อาจจะยังแสดงพฤติกรรมปกติได้ถึงแม้ว่าจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึงขั้นเมาสุราสำหรับคนปกติ

3. ระดับน้ำตาลในเลือด ในกรณีที่สงสัยภาวะเบาหวาน

4. ระดับ electrolytes เช่น โซเดียม โปแตสเซียม

5. การทำหน้าที่ของตับ ได้แก่ bilirubin, SGOT, SGPT, alkaline phosphatase, total protein, albumin, globulin และ gamma glutamyl transferase (GGT) เป็นต้น

6. การทำหน้าที่ของไต ได้แก่ BUN และ creatinine

7. การตรวจทางพิษวิทยา เช่นการตรวจระดับ benzodiazepines, heroin, หรือ amphetamine ในเลือดหรือปัสสาวะ ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะอยู่ในภาวะเมา (intoxication) หรือขาดยาหรือสารตัวอื่น (withdrawal)

8. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาโรคทางปอดร่วมด้วย เช่น วัณโรค ถุงลมโป่งพอง และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ซึ่งการตรวจดังกล่าวอาจไม่จำเป็นต้องทำทันที หากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะที่ไม่สงบนิ่ง

9. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) ในผู้ป่วยอายุมากที่สงสัยว่าอาจมีโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย[51]

เครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา

เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวัง ติดตามอาการขาดสุราที่ได้รับความนิยมใช้ในทางคลินิก มี 2 ชุด ได้แก่

Alcohol Withdrawal Scale (AWS) มี 7 ข้อ คะแนนรวม 28 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ (แสดงในหน้า 269)

คะแนน 0-4	รุนแรงน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
คะแนน 5-14	รุนแรงปานกลาง ควรให้ยา
คะแนน 15 ขึ้นไป	รุนแรงมาก ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ต้องรีบให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดทันที[52,53]

Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) ผู้พัฒนาคนแรกคือ Shaw และคณะเมื่อปี พ.ศ. 2524[54] ให้ชื่อว่า CIWA-A และมีการปรับปรุงใหม่โดย Sullivan และคณะเมื่อปี พ.ศ. 2532[55] มี 10 ข้อ คะแนนรวม 67 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ (แสดงในหน้า 270)

คะแนน 0-10	รุนแรงน้อย ไม่ต้องให้ยา
คะแนน 10-20	รุนแรงปานกลาง อาจจำเป็นต้องให้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย
คะแนน 20-67	รุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา[54]

นอกจากนั้น ยังมีเครื่องมืออื่นอีกสองชนิดที่มีการใช้ในสถานพยาบาลบางแห่ง ได้แก่

Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) มี 9 ข้อ ผู้พัฒนาคนแรกคือองค์กร Minneapolis Detoxification Center ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เพื่อนำมาใช้ในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤติ คะแนนรวม 46 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-14	รุนแรงน้อย ไม่ต้องให้ยา
คะแนน 15-19	รุนแรงปานกลาง อาจจำเป็นต้องให้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย
คะแนน 20-46	รุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา[51]

Modified Severity Assessment Scale (SAS) มี 8 ข้อ คะแนนรวม 23 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-7	รุนแรงน้อย ไม่ต้องให้ยา
คะแนน 8-14	รุนแรงปานกลาง อาจจำเป็นต้องให้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย
คะแนน 15-23	รุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา[56]

ผู้นิพนธ์ได้ทบทวนบทความตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง 2555 พบว่ามีการใช้เครื่องมือ CIWA-Ar มากกกว่า AWS และมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่คือ SAS ที่น่าสนใจ ครอบคลุมอาการขาดสุราที่พบได้บ่อยในคนไทย แต่เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้ และไม่พบบทความที่กล่าวถึงการใช้เครื่องมือ MINDS เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาในแบบประเมินทั้ง 4 ชุด (ตารางที่ 9.3) พบว่า CIWA-Ar มีข้อประเมินที่แตกต่างจาก AWS ตรงที่ CIWA-Ar มีการประเมินอาการเริ่มต้นของภาวะขาดสุราด้วย เช่น ปวดศีรษะ วิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการที่ประเมินยากและมีความเป็นอัตนัย (subjective) สูง ส่วน AWS ประเมินอุณหภูมิ ชีพจร ซึ่งเป็นการประเมินที่มีความเป็นปรนัย (objective) มากกว่า AWS จึงน่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการทางสุขภาพในประเทศไทยมากกว่า เพราะใช้ได้ง่ายและสะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และรูปธรรมมากกว่า[51]

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือประเมินอาการขาดสุราฉบับสั้น (Short Alcohol Withdrawal Scale; SAWS) ซึ่งมี 10 อาการ สำหรับประเมินอาการขาดสุราได้ตั้งแต่เพิ่งเริ่มมีอาการ โดยรวมอาการนอนไม่หลับ ไม่มีความสุข ความจำไม่ดี หัวใจเต้นเร็ว คะแนนแต่ละข้อเท่ากับ 0-3 คะแนนเต็ม 30 เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยสามารถใช้ประเมินตนเองได้[57]

ตารางที่ 9.3 เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา 4 เครื่องมือ[51]

อาการขาดสุรา	CIWA-Ar 10 ข้อ	AWS 7 ข้อ	MINDS 9 ข้อ	SAS 8 ข้อ
เหงื่อออก	√	√	√	√
สั่น	√	√	√	√
วิตกกังวล	√	√		
กระสับกระส่าย	√	√	√	√
อุณหภูมิ		√		√
ประสาทหลอน		√	√	√
ภาพหลอน	√			
หูแว่ว	√			
สัมผัสหลอน	√			
หลงผิด			√	
Orientation	√	√	√	√
คลื่นไส้ อาเจียน	√			√
ปวดศีรษะ	√			
ชีพจรเต้นเร็ว			√	√
ความดันโลหิตสูง			√	
ชัก		√		

การวินิจฉัยภาวะขาดสุรา

การวินิจฉัยตามระบบ ICD-10

ในการวินิจฉัยภาวะขาดสุราตามระบบ ICD-10 ให้คำจำกัดความว่า ภาวะขาดสุราหมายถึงกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงที่เกิดหลังจากหยุดดื่มสุราทันทีหรือลดปริมาณสุราลงหลังจากดื่มสุราเป็นประจำ อาการเกิดขึ้น คงอยู่ และทุเลาจนสงบลงตามเวลา โดยขึ้นกับชนิดและปริมาณของสุราที่ดื่มก่อนหยุดดื่มหรือลดการดื่มลงทันที ผู้ที่มีภาวะขาดสุรานี้อาจมีอาการชักแทรกซ้อนได้ หากภาวะขาดสุรานั้นรุนแรงมากจนมีอาการเพ้อร่วมด้วย จะเรียกเป็น delirium tremens[31] แนวทางการวินิจฉัยภาวะขาดสุราประกอบด้วย

1. กลุ่มอาการที่มีความรุนแรงเกิดหลังจากหยุดดื่มสุราทันทีหรือลดปริมาณสุราลงหลังจากดื่มสุราเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง
2. มีอาการแสดงออกอย่างน้อยสามอาการดังนี้ :
   1) อาการสั่น ของลิ้น หนังตา หรือมือเมื่อยื่นมือออกไปข้างหน้า
   2) เหงื่อออก
   3) คลื่นไส้ หรือ อาเจียน
   4) หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
   5) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง
   6) ปวดศีรษะ
   7) นอนไม่หลับ
   8) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
   9) เห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน หรือหูแว่ว หรือประสาทลวงชั่วคราว
   10) ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (grand mal seizures)

การลงรหัสภาวะขาดสุราตามระบบ ICD-10 ทำได้ดังนี้

F10.30 Withdrawal state, Uncomplicated (ภาวะขาดสุราที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน)

F10.31 Withdrawal state, With convulsions (ภาวะขาดสุราที่มีอาการชัก)

F10.40 Withdrawal state with delirium, Without convulsions
(ภาวะขาดสุราที่มี delirium และไม่มีอาการชัก)

F10.41 Withdrawal state with delirium, With convulsions
(ภาวะขาดสุราที่มี delirium และมีอาการชัก)

การวินิจฉัยตามระบบ DSM

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR)[32] และฉบับที่ 5 DSM-5[33] ซึ่งมีหลักเกณฑ์คล้ายคลึงกัน และไม่ค่อยแตกต่างกับการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 มากนัก เพียงแต่ตามระบบ DSM-IV-TR มีการระบุระยะเวลาที่จะเกิดอาการขาดสุราให้ชัดเจนกว่าระบบ ICD-10 โดยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

ก. หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราลง หลังจากที่เคยดื่มหนักและเป็นเวลานานมาก่อน

ข. มีอาการแสดงออกอย่างน้อยสองอาการเกิดขึ้นหลังลดหรือหยุดดื่ม (ตามเกณฑ์ข้อ ก) ภายในเวลาหลายชั่วโมงถึง 2-3 วัน ดังนี้

1. ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วเกิน 100 ครั้งต่อนาที
2. มือสั่น
3. นอนไม่หลับ
4. คลื่นไส้ หรืออาเจียน
5. เห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน หรือหูแว่ว หรือประสาทลวงชั่วคราว
6. กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง
7. วิตกกังวล
8. ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (grand mal seizures)

ค. อาการดังกล่าวในข้อ ข ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความบกพร่องในอาชีพการงาน สังคมหรืออื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

ง. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ

ในการวินิจฉัยภาวะขาดสุราตามระบบ DSM-IV-TR แพทย์สามารถระบุว่าผู้ป่วยมีหรือไม่มีภาวะการรับรู้ผิดปกติ (with perceptual disturbances) เช่นเห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน หูแว่ว โดยที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และรู้ว่าเป็นประสาทหลอน โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะ delirium

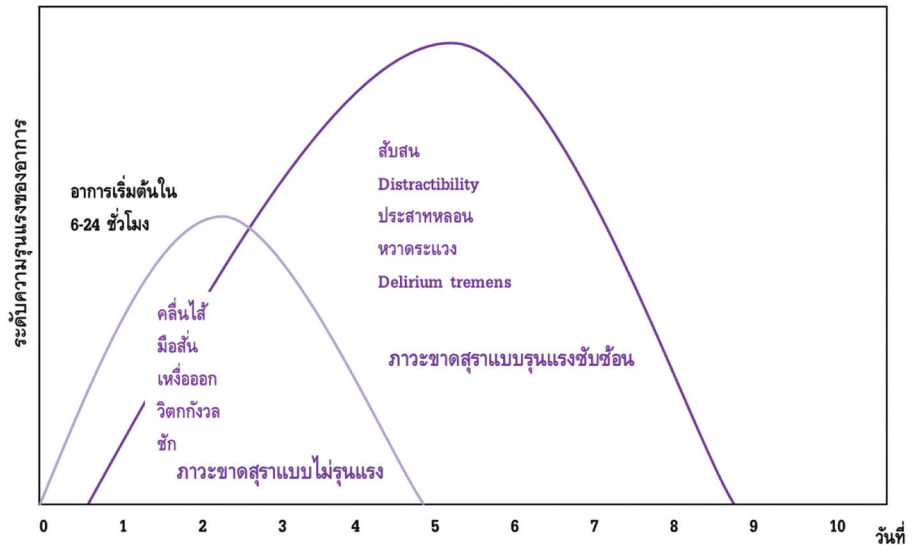
ระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา

ภาวะขาดสุราสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการและผลกระทบทางคลินิกออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับต่ำ หรือระยะที่ 1 มีอาการเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา 6-36 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการมือสั่น วิตกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ สภาพจิตมักเป็นปกติ

2. ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือระยะที่ 2 มีอาการเกิดหลังจากหยุดดื่ม 24-72 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก ตรวจสภาพจิตพบอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิตกกังวลมาก

3. ระดับรุนแรงมากถึงขั้นเพ้อคลั่งสั่นหรือ DTs หรือระยะที่ 3 มีอาการเกิดหลังจากหยุดดื่ม 48-96 ชั่วโมง ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่รู้วันเวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิดหวาดระแวงกลัวมาก[50,52]



ภาพที่ 9.1 ระยะเวลาการดำเนินโรคของภาวะขาดสุรา

ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก Saunders JB, Yang J. Clinical protocols for detoxification in hospitals and detoxification facilities. Brisbane: Alcohol and Drug Services, Royal Brisbane Hospital and the Prince Charles Hospital Health Service District; 2002.[52]

ภาวะหรือโรคที่มักพบร่วมกับภาวะขาดสุรา

1. อาการชักจากการขาดสุรา (Rum fit) มักเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่ม 6-48 ชั่วโมง มีลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี อาการชักมักเกิดขึ้นครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) แต่ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย

2. อาการโรคจิต หลงผิดหรือประสาทหลอนจากการขาดสุรา (alcohol induced psychotic disorder) เกิดหลังจากหยุดดื่ม 12-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดีและทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากขาดสุราและไม่ใช่ความจริง เป็นการคิดมากหรือหวาดระแวงไปเอง อาการมักเป็นอยู่ไม่นาน (มักน้อยกว่าหนึ่งสัปดาห์)

3. อาการของโรคทางกายอื่นๆ เช่น ตับอักเสบ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรค Wernicke's encephalopathy การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น[58]

องค์ประกอบในการดูแลรักษาถอนพิษสุรา (Detoxification)

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราประกอบด้วย การให้ยา การรักษาแบบประคับประคอง และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย รวมเป็น 5 องค์ประกอบซึ่งเขียนเป็นตัวย่อภาษาอังกฤษว่า "5S"[51] ได้แก่

- **Sedation** คือ การทำให้อาการสงบด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines รูปแบบการให้และขนาดยาควรพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราของแต่ละบุคคล
- **Supportion** การดูแลประคับประคอง และป้องกันอุบัติการณ์เสี่ยง เช่น การตกเตียง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายคนอื่นจากอาการประสาทหลอน การให้น้ำเกลือแร่ กรณีที่ผู้ป่วยมีโปแตสเซียมต่ำ หรือโซเดียมต่ำ ให้อาหารเสริม เพิ่มวิตามินบี 1 กรดโฟลิก และวิตามินรวม ปลอบใจผู้ป่วยให้ลดความหวาดกลัว และรับรู้สภาพความเป็นจริง
- **Supplement** เป็นการเสริมด้วยยาที่จำเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงและประสาทหลอนรุนแรง หรือตอบสนองยาในกลุ่ม benzodiazepines ได้ไม่ดี ยาที่ใช้เสริมได้แก่ยา haloperidol, carbamazepine, clonidine, propranolol หรือ baclofen เป็นต้น
- **Surrounding** เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เช่น การจัดเตียงให้อยู่ใกล้กับโต๊ะทำงานของพยาบาล จัดพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด เปิดไฟหัวเตียง พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสุภาพนุ่มนวล ป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง
- **Standard care** เป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งทางกายและทางจิตเวช และรีบแก้ไข

ยาที่ใช้ในการสงบอาการขาดสุรา

Benzodiazepines

ยาในกลุ่มนี้เป็นยาหลักที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะขาดสุรามากที่สุด และมีช่วงความปลอดภัยที่กว้าง[59,60] ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยา diazepam, lorazepam, chlordiazepoxide และ oxaxepam[61] วัตถุประสงค์ของการให้ยาเพื่อรักษาอาการขาดสุราฉับพลัน (acute withdrawal syndrome) โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยซึมหรือง่วงนอนมากเกินไป (over-sedating) โดยมีหลักการสำคัญคือ ปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย ไม่ควรให้ยาสงบอาการในผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะเมาสุรา และไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ยาเพื่อป้องกันอาการขาดสุราในขณะที่ยังไม่เกิดอาการ (prophylactic sedation) โดยทั่วไปควรให้ยาในกลุ่มนี้ไม่เกินสองสัปดาห์ เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะติดยาเหล่านี้เป็นไปได้สูง[52] ข้อเสียของยาในกลุ่มนี้คือ ทำให้เกิดการเสพติดได้ง่าย มีฤทธิ์กดประสาทมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับสุรา มีอาการข้างเคียงด้านการนึกคิดและเข้าใจ ได้แก่ ความจำบกพร่อง และการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปดื่มซ้ำหรือใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ไม่เหมาะกับคนที่มีภาวะโรคร่วม เช่น โรคประสาท วิตกกังวลและมีบุคลิกภาพบกพร่อง

วิธีการบริหารยามี 4 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 Fixed dose regimen ให้กินยาตามตารางเวลากำหนดแน่นอน และให้ยาเติมอีกได้ในกรณีที่อาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดและพบว่าได้ผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขาดสุรารุนแรง

รูปแบบที่ 2 Symptom triggered regimen ให้กินยาตามอาการ เริ่มใช้ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2533 และเป็นที่นิยมใช้แพร่หลายจนในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการให้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการขาดสุราให้เห็นชัดเจน ใช้เวลารักษาสั้นและขนาดยาต่ำกว่า มีงานวิจัยสองชิ้นที่เปรียบเทียบการรักษาภาวะขาดสุราโดยการให้ยาแบบ fixed dose กับ symptom triggered ในงานชิ้นแรกใช้ยา chlordiazepoxide[62] อีกชิ้นหนึ่งใช้ยา oxazepam[63] พบว่าการให้ยาทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน

รูปแบบที่ 3 Front loading regimen ให้กินยาขนาดสูงมากในวันแรก เป็นการให้ยา long-acting benzodiazepine เช่น diazepam หรือ chlordiazepoxide ขนาดสูงมากพอที่จะลดอาการขาดสุราได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรารุนแรง โดยไม่ต้องเติมยา ข้อเสียคือทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วงมากจนเกินความจำเป็น เคยเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในอดีต ปัจจุบันไม่ค่อยนิยมใช้ มีงานวิจัยที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ยาแบบ symptom triggered และแบบ front loading ในผู้ป่วย 47 คนที่มีภาวะขาดสุราและนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม front loading มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยของ CIWA-Ar และสัดส่วนของผู้ป่วยที่อาการขาดสุราหายภายใน 72 ชั่วโมงมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่ม symptom triggered (ร้อยละ 69.6 และร้อยละ 41.7) ขนาดยา diazepam ที่ใช้ทั้งหมดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยจึงเห็นความ

แตกต่างที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ[62] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์จากฐานข้อมูลวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503-2554 มีผลงานวิจัย 8 ชิ้นที่ทดลองประสิทธิผลของรูปแบบการให้ยาแบบ front loading สนับสนุนว่ารูปแบบนี้ช่วยลดอาการขาดสุราได้เร็ว ลดระยะเวลาและความรุนแรงของ DTs และลดอุบัติการณ์ชักได้[64]

รูปแบบที่ 4 Intravenous loading regimen ให้ยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการชักจากการขาดสุราและ DTs เพราะยาออกฤทธิ์เร็ว ยาได้ระดับสูงตามต้องการ ตัวอย่างของวิธีการให้ยาแบบนี้คือให้ diazepam 5-10 มก. เข้าเส้นเลือดดำ ทุก 5-10 นาที จนกว่าอาการสงบ ให้ได้ถึงขนาด 600 มก. ต่อวัน

โดยสรุป รูปแบบที่ 1 และ 2 เหมาะกับการรักษาภาวะขาดสุราระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง และการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปที่บุคลากรมีความชำนาญน้อยในการดูแลผู้ป่วยขาดสุรา[50] รูปแบบที่ 3 และ 4 เหมาะกับการรักษาภาวะขาดสุรารุนแรงถึงรุนแรงมากหรือ DTs ที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

วิธีการกำหนดขนาดของยา ควรพิจารณาตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้

1. สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง (ตัวอย่างเช่น มีคะแนนของ AWS น้อยกว่า 5 หรือ CIWA-Ar น้อยกว่า 8) ควรให้การรักษาแบบประคับประคองโดยไม่ต้องให้ยา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (ตัวอย่างเช่น มีคะแนนของ AWS = 5-14 หรือ CIWA-Ar = 8-15) ควรให้การรักษาด้วยยาตามอาการเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (ตัวอย่างเช่น มีคะแนนของ AWS หรือ CIWA-Ar ตั้งแต่ 15 ขึ้นไป) ควรให้การรักษาด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines ในขนาดที่เพียงพอที่จะควบคุมอาการได้

2. สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการชักจากภาวะขาดสุรา ควรให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ทันที ไม่ว่าอาการขาดสุราจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ควรเฝ้าระวังผู้ป่วย และให้ยาแบบ symptom-triggered ไม่ควรใช้แบบ fixed dose

3. สำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ร่วมด้วย ควรพิจารณาให้ยาถึงแม้ว่าอาการขาดสุราจะไม่รุนแรงหรือรุนแรงปานกลาง นอกจากนั้นควรระมัดระวังในการรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับประสาทหรือยานอนหลับอยู่ก่อนแล้ว เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการดื้อยา benzodiazepines จำเป็นต้องปรับขนาดยาให้เหมาะสม[52,65]

ในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อไปนี้ควรระมัดระวังในการให้ยา

1. Chronic liver disease ควรตรวจให้ละเอียดว่าอาการที่ผู้ป่วยมีในขณะนั้นเป็นอาการของภาวะขาดสุรา ไม่ใช่อาการของภาวะ hepatic encephalopathy อาจจะต้องปรึกษาอายุรแพทย์ใน

การดูแลผู้ป่วย ควรลดขนาดยาของ diazepam ลงครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งหรือตับอักเสบจากพิษสุราอย่างรุนแรง หรืออาจใช้ lorazepam แทนในขนาดที่เทียบเคียงกัน โดยระยะเวลาระหว่างการให้ยาแต่ละครั้งสั้นลง เช่น ทุก 2 ชั่วโมงจนผู้ป่วยสงบ แล้วจึงค่อยๆ ปรับเป็นทุก 4-6 ชั่วโมง

2. Chronic airflow limitation ในผู้ป่วยที่มีโรคของระบบทางเดินหายใจแต่ยังไม่มีภาวะ respiratory failure ควรจะลดขนาดของ diazepam ลงครึ่งหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมี respiratory failure (pO_2 < 60 mm Hg) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มี CO_2 retention ด้วย (pCO_2 > 44 mm Hg) ห้ามให้ยาสงบอาการผู้ป่วย ควรรีบปรึกษาอายุรแพทย์โดยด่วน

3. ผู้ป่วยที่งดอาหารและน้ำทางปาก (NPO) สามารถให้ยา diazepam ฉีดทางหลอดเลือดดำแทนได้[18,52]

4. ในกรณีใช้ยา benzodiazepine ขนาดสูงอาจจะเกิด benzodiazepine-associated delirium ซึ่งมักขึ้นเกิดหลังในวันที่ 5 หลังจากรักษาภาวะขาดสุราด้วย benzodiazepine ขนาดสูง อาการดังกล่าวสามารถรักษาได้ด้วยยา flumazenil ซึ่งเป็น $GABA_A$ receptor antagonist ให้ยา 5-6 ครั้งต่อวัน จนอาการดีขึ้น มักไม่มีผลข้างเคียง[66]

ยากันชัก (Anticonvulsant drugs)

ยากันชักคือกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เป็น sodium (Na+) ion channel modulators มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยากันชักในการรักษาอาการขาดสุรา รวบรวมจากผลงานวิจัยทดลองแบบสุ่มแบ่งกลุ่ม 48 งาน ในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 3,610 ราย พบว่ายากันชักได้ผลดีกว่ายาหลอกในการป้องกันอาการชักจากการขาดสุรา ลดอาการเหงื่อออก ประสาทหลอน นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียนได้ดี เหมาะสำหรับรักษาภาวะขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือในผู้ป่วยที่มีอาการชักร่วมด้วย ยากันชักที่มีรายงานประสิทธิผลของการรักษาภาวะขาดสุรา[67] ได้แก่

1. Valproate (VPA) เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการเสริมการทำงานของระบบ GABA และยับยั้งการทำงานที่ glutamate receptors ในสมอง วิธีการให้ยาแบบ loading dose ในวันแรก 20 มก./กก./วัน โดยแบ่งเป็น 3-4 ครั้งห่างกัน 6-8 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน

2. Carbamazepine (CBZ) เป็นยากันชักที่ออกฤทธิ์กด kindling ในสมองส่วน limbic ที่เกิดขึ้นจากการหยุดดื่มสุรา เสริมการทำงานของระบบ GABA และยับยั้งการทำงานที่ NMDA glutamate receptor ในสมอง ช่วยลดอาการวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นหลังหยุดสุราได้นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน วิธีการให้ยาเพื่อรักษาภาวะขาดสุราคือ วันแรกให้ 600-800 มก. หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 มก. ในวันที่ห้าแล้วหยุดยาในอีก 1-2 วัน หรือเมื่ออาการสงบ

มีงานวิจัยแบบวิเคราะห์ย้อนหลังจากเวชระเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2543-2552 เปรียบเทียบผลการรักษาภาวะขาดสุราด้วยยา clomethiazole และ clonidine เสริมด้วยยากันชัก CBZ ในผู้ป่วย 374 คนกับ VPA ในผู้ป่วย 453 คน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา CBZ มีอายุน้อยกว่าและมีประวัติภาวะขาดสุรามาก่อน แต่มีอุบัติการณ์ของ DTs มากกว่า (ร้อยละ 6.6 และร้อย 4.4) ระยะเวลาได้ยานานกว่า (91 ชม. และ 76 ชม.) อยู่โรงพยาบาลนานกว่า (8 วันและ 6 วัน) ภาวะแทรกซ้อนมากกว่า (ร้อยละ 9.6 และร้อยละ 5.5) อาการแพ้ยามากกว่า (ร้อยละ 7.6 และร้อยละ 2) และต้องการการดูแลใกล้ชิดมากกว่า (ร้อยละ 7 และร้อยละ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ VPA สรุปว่ายา VPA อาจให้ผลในการลดภาวะขาดสุราได้ดีกว่า CBZ[68]

3. Oxcarbamazepine เป็นยาที่พัฒนาโครงสร้างมาจากยา carbamazepine เพื่อแก้ปัญหาอาการข้างเคียงที่สัมพันธ์กับ active metabolites ของ carbamazepine ยา oxcarbamazepine ออกฤทธิ์โดยเสริมการทำงานของระบบ GABA และยับยั้งการทำงานที่ NMDA glutamate receptors ในสมอง วิธีการให้ยา วันแรกให้ 600 มก. วันละ 2 ครั้ง (1,200 มก. ต่อวัน) หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 900 มก. ในวันที่ 2-3 และลดลงจนหยุดยาในวันที่ 4-5

ในรายงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อดูประสิทธิผลของยา CBZ และ oxcarbamazepine ในการรักษาภาวะขาดสุรา โดยรวบรวมผลงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 พบงานวิจัยแบบทดลอง 7 งาน รวมกลุ่มตัวอย่าง 612 คน โดย 5 งานใช้ยา CBZ ขนาด 800 มก. ต่อวันและลดยาลงจนหมดใน 5-9 วัน และ 2 งานใช้ oxcarbamazepine ขนาด 900 มก. ต่อวันและลดยาลงจนหมดใน 5-9 วันเช่นกัน พบว่า ประสิทธิผลของยา CBZ ในการป้องกันชักจากภาวะขาดสุราเมื่อเทียบกับ benzodiazepines ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.93; 95% CI: 0.06, 14.97) ผลในการป้องกัน DTs ก็ไม่แตกต่างกัน (OR = 1.25; 95% CI: 0.28, 5.64) ส่วนประสิทธิผลของ oxcabamazepine ยังไม่แน่นอน[69]

4. Topiramate เป็นยากันชักที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรามากที่สุด topiramate ออกฤทธิ์ผ่าน 6 กลไก ประกอบด้วย

1) ปิดกั้น voltage-dependent sodium channels ทำให้จำกัดการ depolarization
2) ยับยั้ง L-type calcium channels ทำให้จำกัด calcium-dependent second messenger systems
3) ยับยั้ง (antagonism) glutaminergic transmission ที่ kainate receptors และ alpha-amino-3-hydroxy-5-methylisoxazole-4-propionic acid (AMPA)
4) เสริม (potentiating) GABA signal โดยการเพิ่มปริมาณ GABA ให้มากพอตรงตำแหน่ง non-benzodiazepine $GABA_A$ receptors
5) กระตุ้น potassium conductance
6) ยับยั้ง carbonic anhydrase isoenzymes-CA-II และ CA-IV แบบอ่อนๆ

จากกลไกดังกล่าว คาดว่ายานี้ไปปรับการทำงานของเซลล์ประสาทส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสื่อนำ GABA ใน ventral tegmental area (VTA) ให้กลับสู่ปกติ โดยช่วยลด VTA-GABA neuronal hyperexcitability และลด neuronal sensitization วิธีการให้ยา เริ่มจาก 25 มก.รับประทานทุก 6 ชั่วโมง หรือ 100 มก. ต่อวันใน 3 วันแรก และ 200 มก. ต่อวัน ในวันที่ 4 และ 5 และลดลงจนหยุดยาในวันที่ 8 หากต้องการให้ยาเพื่อป้องกันการติดซ้ำ ให้เพิ่มยาเป็น 300 มก. และให้ยาต่อเนื่องไปจนถึง 3 เดือน มีงานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผลของยา topiramate ในการลดภาวะขาดสุราและอาการชักจากการขาดสุรา แต่จำนวนตัวอย่างยังไม่มากนัก[70]

นอกจากยาสามชนิดนี้แล้ว ยังมียากันชักชนิดใหม่อีกหลายชนิดที่ถูกนำมาทดลองใช้ในการรักษาภาวะขาดสุรา ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่แสดงว่าประสิทธิผลของยาเหล่านี้ไม่แตกต่างจากยาหลอก หรือ diazepam ในการรักษาภาวะขาดสุรา ดังแสดงในตารางที่ 9.4

ตารางที่ 9.4 การศึกษาประสิทธิผลของยากันชักชนิดใหม่ในการรักษาภาวะขาดสุรา

ยากันชัก/ยาเปรียบเทียบ	ขนาด/ระยะเวลา (สถานที่)	เครื่องมือวัด	ผลการศึกษา
Gabapentin/ยาหลอก[71,72]	300 มก./วันเป็นเวลา 6 วัน (ผู้ป่วยนอก)	AWS, CIWA-Ar	ไม่แตกต่างจากยาหลอก
Levetiracetam/ยาหลอก[73]	2,000 มก./วันเป็นเวลา 6 วัน (ผู้ป่วยนอก)	AWS, CIWA-Ar	ไม่แตกต่างจากยาหลอก
Zonisamide/diazepam[74]	Zonisamide สัปดาห์แรก 400-600 มก./วันค่อยๆ ลดขนาดยาลงในสัปดาห์ที่ 3 เหลือ 100-300 มก./วัน ยา diazepam สัปดาห์แรกให้ 130-50 มก./วัน ค่อยลดขนาด 5-15 มก./วัน ในสัปดาห์ที่ 3 (ผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์และผู้ป่วยนอก 1 สัปดาห์)	CIWAR-Ar, HAM-D, HAM-A, craving scale	Zonisamide ลดอาการขาดสุรา ซึมเศร้า วิตกกังวล และอยากสุราได้มากกว่า diazepam
Lamotrigine	Lamotrigine 25 มก. รับประทานทุก 6 ชั่วโมง หรือ 100 มก./วันใน 3 วันแรก (ผู้ป่วยนอก)		มีงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิภาพน้อย
Mimantine	รับประทาน 10 มก. ในวันแรก เพิ่มเป็น 20 มก. ในวันที่ 2 และ 30 มก. ในวันที่ 3 โดยแบ่งให้ 3 เวลาหลังอาหาร		มีงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิภาพน้อย

ยาที่ออกฤทธิ์เป็น centrally acting alpha 2 agonist

ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ที่ถูกนำมาใช้รักษาภาวะขาดสุรา เช่น clonidine และ tizanidine ซึ่งยับยั้งการหลั่ง noradrenaline และจับกับ imidazoline receptors เป็นยาลดอาการเกร็ง (antispatic agent)[75] และ dexmedetomidine ใช้เป็นยาเสริมกับ diazepam ลดอาการขาดสุราได้[76]

ยาชนิดอื่นๆ

ยากลุ่มอื่นๆ ที่ถูกนำมาทดลองใช้ในการรักษาภาวะขาดสุรา ได้แก่

- Baclofen ซึ่งออกฤทธิ์เป็น selective $GABA_B$ agonist ใช้ขนาด 30 มก. ต่อวัน เป็นเวลา 10 วัน[77]
- Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) สามารถลดอาการขาดสุราและป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ มีงานทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบจากการทดลอง 13 งาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2551 สรุปว่ายา GHB 50 มก. ต่อวัน มีประสิทธิผลดีกว่ายาหลอกแต่ไม่เหนือกว่า benzodiazepine[78]
- Clomethiazole มีผลวิจัยสนับสนุนว่ามีประสิทธิผลใกล้เคียงกับ benzodiazepine[79]
- ส่วน Nitrous oxide ไม่เหมาะกับการรักษาภาวะขาดสุราระดับรุนแรง และยังต้องการข้อมูลวิจัยสนับสนุนอีกจำนวนมาก

รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา

การรักษาอาการขาดสุราควรปรับรูปแบบการให้ยาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราและระยะการดำเนินโรคดังแสดงในตารางที่ 9.5

กระบวนการรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก

ข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้สามารถที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้[51]

1. มีอาการขาดสุราระยะที่ 1 หรือ 2 ที่มีคะแนน CIWA ในช่วง 8-15 คะแนน
2. สามารถรับประทานยาได้
3. มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวสามารถช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างรักษาอาการขาดสุรา (ประมาณ 3-5 วัน) และสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
4. สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกวัน
5. ไม่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
6. ไม่อยู่ในช่วงตั้งครรภ์

ตารางที่ 9.5 รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
ระยะ 1 ระดับเล็กน้อย - มือสั่น วิตกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ สภาพจิตปกติ	6-36 ชั่วโมง	ดูแลแบบผู้ป่วยนอก เน้นการประเมินภาวะโรคทางกายที่พบร่วม และรักษาแบบประคับประคอง ให้การบำบัดแบบย่อ อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาสงบอาการขาดสุรา	Diazepam 5 มก. หรือ lorazepam 1 มก. หรือ chordiazepoxide 10 มก. รับประทานเฉพาะเวลามีอาการ
ระยะ 2 ระดับปานกลางถึงรุนแรง - กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็ว >120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง สภาพจิตปกติ	24-72 ชั่วโมง	ควรดูแลแบบผู้ป่วยใน เน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ให้ยารับประทานแบบ fixed dose หรือแบบ symptom triggered ให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และนัดติดตามผล	Diazepam 10 มก. หรือ lorazepam 2 มก. หรือ chordiazepoxide 25 มก. ทุก 6 ชั่วโมงใน 2 วันแรก แล้วค่อยๆ ลดลงร้อยละ 20 ต่อวันในวันที่ 4-7 จนหยุดยา
อาการชักจากการขาดสุรา - อาการชัก ลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด ชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) ถ้าพบ ควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย	6-48 ชั่วโมง	เน้นการประเมินอาการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ ให้ยากันชักที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้	Sodium valproate loading dose strategy (20 มก./กก./วัน) ให้ทุก 6-8 ชั่วโมงในวันแรก, ต่อมาวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน หรือ carbamazepine 600-800 มก. ในวันแรก ต่อมาค่อยๆ ลดเหลือ 200 มก. ในวันที่ 5 หรือ oxcarbamazepine 600 มก. ในวันแรก 900 มก. ในวันที่ 2-3 ต่อมาค่อยๆ ลดจนหยุดยาในวันที่ 4-5

ตารางที่ 9.5 รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา - ประสาทหลอน โดยผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ความจริง	12-48 ชั่วโมง	เน้นการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และให้ยาสงบอาการขาดสุรา เสริมด้วยยารักษาโรคจิต และให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และนัดติดตามผล	Diazepam และ haloperidol 5-10 มก. ต่อวัน
ระดับรุนแรงมากถึงขั้นเพ้อคลั่งสั่น (Delirium tremens) - กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว	48-96 ชั่วโมง	ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น ติดเชื้อ บาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำเกลือแร่ และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น ให้หลักการดูแล **5ส** คือ **ส**งบอาการด้วยยาระดับสูง (front loading regimen) **ส**กัดทุกข์ทางกาย **เส**ริมอาหารวิตามินเกลือแร่ **ส**ร้างบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย **สี**บค้นภาวะแรกซ้อนอื่นและแก้ไข	Diazepam 10-20 มก. หรือ lorazepam 2-4 มก. IV ทุก 15-20 นาทีจนกว่าจะสงบ สามารถให้ยาได้ถึง 500 มก. แต่ต้องคงยาระดับสูงของ diazepam 2 มก. ต่อวันในระยะ 2-3 วันแรก

คัดมาจาก สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.[51]

7. ไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จนอาจมีอาการขาดสารเสพติดนั้น เช่น อาการขาดยานอนหลับ
8. ไม่เคยมีประวัติอาการขาดสุรารุนแรงขั้นเพ้อคลั่งสั่น (DTs) หรือชักจากการขาดสุรา (rum fits) มาก่อน
9. ไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น ขนาดเม็ดเลือดแดงใหญ่กว่าปกติ (elevated MCV) ไตเสื่อม (renal insufficiency) ท้องบวม (ascites) หรือ ตับแข็ง (cirrhosis) เป็นต้น
10. ผู้ป่วยที่หยุดดื่มมานานกว่า 5 วัน และไม่มีอาการขาดสุรา โอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดมาติดตามอาการได้

แนวทางการดูแลรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราเริ่มต้นด้วยการประเมินระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยใช้เครื่องตรวจวัดลมหายใจ (breathalyzer) หรือการตรวจจากเลือดหรือปัสสาวะ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต จนได้การวินิจฉัยโรค อาจส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน (เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด การตั้งครรภ์ ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายอาการโรคจิต และภาวะบกพร่องของการนึกคิดและเข้าใจ เป็นต้น) นอกจากนั้น ควรประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง การมีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย และประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA-Ar หรือ AWS ประเมินจิตพยาธิสภาพ โดยใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยาประเมินระดับความรุนแรงของความรู้สึกอยากดื่มสุราโดยอาจจะใช้เครื่องมือประเมิน เมื่อได้การวินิจฉัยที่แน่นอนรวมทั้งระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุราแล้ว ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาช่วงถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยและญาติ

ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อย โดยมีคะแนนของ CIWA-Ar น้อยกว่า 8 คะแนน หรือ AWS น้อยกว่า 5 คะแนน อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยเพิ่งดื่มสุรามาภายใน 6-8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ก็อาจจะยังไม่มีอาการขาดสุราปรากฏได้ จึงควรติดตามเฝ้าระวังต่อไป

ถ้าได้ประวัติว่าผู้ป่วยดื่มหนักในแต่ละครั้งบ่อยๆ หรือมีประวัติอาการขาดสุรามาก่อน ควรเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด และประเมินด้วย CIWA-Ar หรือ AWS ซ้ำอีกครั้งหลังจากระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 0.02 กรัมต่อเดซิลิตร อาจใช้ยาสงบอาการขาดสุราแบบ symptom-triggered ได้โดยให้ยาเฉพาะเวลามีอาการมาก ดังตารางที่ 9.6

ตารางที่ 9.6 ตารางให้ยาสงบอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยนอกแบบ symptom-triggered[51]

วันที่	lorazepam	diazepam
1	1-2 มก. ทุก 2 ชั่วโมงตามความจำเป็น (CIWA>8, SBP>140, DBP>90, P>100)	5-10 มก. ทุก 2 ชั่วโมงตามความจำเป็น (CIWA>8, SBP>140, DBP>90, P>100)
2-5	1-2 มก. ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น	5-10 มก. ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น

วิธีการให้ยาแบบนี้ มีข้อดีคืออาการสงบโดยไม่ง่วงมากเกินไป และไม่บดบังอาการทางระบบประสาท ใช้ยาปริมาณน้อย ใช้เวลาควบคุมอาการสั้น โดยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะตับผิดปกติ หรือโรคตับแข็ง ควรใช้ยา short-acting benzodiazepines เช่น lorazepam หรือ oxazepam เพื่อป้องกันอาการง่วงมากเกินไปจากฤทธิ์ของยา

ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดสุราระดับปานกลาง หรือประเมินด้วย CIWA-Ar ได้ 8-15 คะแนน หรือ AWS ได้ 5-9 คะแนน ยังสามารถให้การรักษาถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอกได้ การให้ยาสงบอาการขาดสุราควรใช้รูปแบบ fixed schedule ดังตารางที่ 9.7 ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงภายในอีกไม่กี่ชั่วโมงข้างหน้า หรือมีประวัติดื่มแบบหนักต่อครั้งตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์และติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ จำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินอาการขาดสุรา จึงไม่เหมาะที่จะรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ถ้าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ กังวล และกระวนกระวาย อาจจะให้ doxepine 25 มก. 1-3 เม็ด ต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง (ขนาดสูงสุด 100 มก. ต่อวัน) หรือ trazodone 50-100 มก. ต่อวันก่อนนอน และกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการชัก อาจจะให้ oxcarbamazepine 600-800 มก. ต่อวัน หรือ valproate 20 มก. ต่อกก. ต่อวัน เพื่อป้องกันอาการชักได้[51]

ควรให้ thiamine 100 มก. ต่อวัน ร่วมกับวิตามินรวม และกรดโฟลิก ให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตั้งแต่ในช่วงรักษาอาการขาดสุรา ติดตามการหยุดดื่มโดยนัดหมายให้ผู้ป่วยมาทุกวันเพื่อตรวจร่างกาย ตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ ตรวจสภาพจิตและระบบประสาท วัดสัญญาณชีพ ให้ยาสงบอาการ (ถ้าจำเป็น) และแนะนำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาขั้นต่อไป

หลังถอนพิษสุราแล้ว ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral therapy; CBT) กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง หรือกลุ่มดูแลตนเอง เช่น กลุ่ม Alcoholic Anonymous (AA) และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร

ตารางที่ 9.7 แนวทางการให้ยาสงบอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยนอกแบบ fixed dose[51]

วันที่/ยา	1	2	3	4	5	6
Chlordiazepoxide	50 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	25 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	25 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	25 มก. ก่อนนอน	10 มก. ก่อนนอน	หยุดยา
Diazepam	10 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	5 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	5 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	5 มก. ก่อนนอน	2 มก. ก่อนนอน	หยุดยา
Lorazepam	2 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	2 มก. เช้า 1 มก. เที่ยง 2 มก. ก่อนนอน	1 มก. ทุก 8 ชั่วโมง	1 มก. ก่อนนอน	0.5 มก. ก่อนนอน	หยุดยา
Oxazepam	30 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	30 มก. ทุก 8 ชั่วโมง	30 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	30 มก. ก่อนนอน	หยุดยา	
Topiramate	25 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	25 มก. ทุก 8 ชั่วโมง	25 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	25 มก. ก่อนนอน	25 มก. ก่อนนอน	25 มก. ก่อนนอน/ หยุดยา
Carbamazepine	200 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	200 มก. ทุก 8 ชั่วโมง	200 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	200 มก. ก่อนนอน	หยุดยา	

แนวทางการดูแลรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยใน

การรักษาแบบผู้ป่วยในเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราระดับปานกลางและรุนแรง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs หรือชักจากการขาดสุรา[80] แนวทางการดูแลรักษาประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

- **การประเมิน** ขั้นแรกต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ อุบัติเหตุ metabolic disturbances การรับประทานยาเกินขนาด hepatic failure เลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยอาจจะต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง หรือการตรวจน้ำไขสันหลังกรณีสงสัยว่ามีการติดเชื้อของระบบประสาทหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

- **การรักษาแบบประคับประคอง** ประกอบด้วยวิธีการดังนี้
  1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม คือ เงียบสงบ ปลอดภัยจากการตกเตียงหรืออุบัติเหตุอื่น มีแสงสว่างเพียงพอ พยายามให้มีพยาบาลหรือผู้ดูแลประจำเพียง 1-2 คนเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมี interpersonal contact กับคนจำนวนน้อยที่สุดในระยะแรก ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สุภาพ อ่อนโยน ไม่คุกคาม แต่พูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงที่ฟังชัด ใช้คำพูดที่ง่าย ชัดเจน หลีกเลี่ยง confrontation และการโต้แย้ง มีการสบตาต่อเนื่อง (continual eye-to-eye contact) ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการต่างๆ จะหายไปในที่สุด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเวลาจะให้การรักษาหรือการตรวจทุกชนิด พยายาม re-orientate ผู้ป่วยบ่อย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกแห่งความจริง
  2. ใช้อุปกรณ์ผูกมัดตรึงชั่วคราวเมื่อจำเป็น และเมื่ออาการสงบให้เลิกมัดตรึงทันที เพราะการผูกมัดนานเกินไป หากผู้ป่วยดิ้นมากจะมีผลให้เกิดอาการไข้สูง และอาจเกิด rhabdomyolysis ได้
  3. ควรให้ thiamine ในผู้ป่วยทุกราย โดยให้ขนาด 100 มก. ฉีดเข้ากล้ามทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน thiamine จะดูดซึมได้ดีกว่าถ้าให้โดยการฉีด เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรามักจะดูดซึม thiamine ได้ไม่ดีนักถ้าให้รับประทาน หากไม่สามารถให้โดยการฉีดเข้ากล้ามได้ ก็อาจให้รับประทานแทนได้ และควรให้กินก่อนอาหารหรือก่อนให้กลูโคส
  4. การให้ยาหรืออาหารเสริมอื่นๆ ควรพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำมาก อาจจะให้สารน้ำและเกลือแร่ isotonic fluid ทางปากหรือทางหลอดเลือดดำเพื่อชดเชยน้ำตามปริมาณน้ำที่ขาดไป ในผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังแบบรุนแรง (severe alcohol dependence) อาจต้องให้โปแตสเซียมเสริมในขนาดที่เหมาะสมหากพบว่ามีภาวะ hypokalemia โดยพิจารณาจากผลการตรวจ plasma electrolyte ภาวะขาดสารอาหารอื่นๆ ที่อาจพบได้แก่ ภาวะขาดแมกนีเซียม และโฟเลต ส่วนสารอื่นๆ ที่อาจพบไม่บ่อยนักได้แก่ ภาวะขาดสังกะสีและวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ A, D, E
  5. ในวันแรกที่ผู้ป่วยยังมีอาการไม่สงบ ควรให้งดน้ำงดอาหารทางปากเอาไว้ก่อนเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด ในวันต่อมาจึงค่อยให้อาหารในปริมาณที่จำเป็นกับภาวะทางเมตาบอลิซึมของผู้ป่วย
- **การให้ยาสงบอาการขาดสุรา** ควรให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยประเมินจาก CIWA-Ar หรือ AWS ในรายที่มีอาการรุนแรงมากหรือมีภาวะเพ้อ (delirium) หรือไม่สามารถให้ยาโดยการรับประทาน ควรให้ diazepam 5-10 มก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ โดยฉีดซ้ำได้ทุก 5-10 นาที หรือ ให้ lorazepam 2-4 มก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบหรืออาการ delirium หายไป

ในรายที่มีอาการรุนแรงมากอาจใช้ยาขนาดสูง เช่น diazepam 20 มก. กินทุก 2 ชั่วโมงจนอาการสงบ หรือ diazepam 10 มก. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้าๆ ฉีดซ้ำได้อีกหลัง 30 นาทีหากจำเป็น (ขนาดสูงสุด diazepam ไม่ควรเกิน 120 มก. ภายใน 24 ชั่วโมงแรก อย่างไรก็ตาม หากจำเป็นและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคอยเฝ้าระวัง ก็สามารถให้ขนาดสูงเกินกว่านั้นได้ด้วยความระมัดระวัง)[18,81]

- **การดูแลและติดตามผลการรักษา** โดยใช้เครื่องมือ CIWA-Ar หรือ AWS ประเมินทุก 5-30 นาทีตามระดับความรุนแรงของอาการ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแบบรุนแรงซับซ้อน (complicated withdrawal) การดูแลผู้ป่วยโดยอิงตามคะแนนของ AWS หรือ CIWA-Ar เพียงอย่างเดียว อาจจะไม่ถูกต้องนัก ควรจะใช้การตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

ข้อบ่งชี้ในการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ควรจะได้รับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อไปนี้คือ ผู้ป่วย DTs ที่อายุมากกว่า 60 ปี มีไข้สูงลอย (มากกว่า 39°C) มีโรคหัวใจ (heart failure, arrhythmia, angina, myocardial ischemia, recent myocardial infarction) hemodynamic instability, marked acid-base disturbances, severe electrolyte defect, respiratory insufficiency, มีแนวโน้มว่าจะมีการติดเชื้อรุนแรง มีอาการแสดงของโรคของระบบทางเดินอาหาร (เช่น ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร hepatic pre-coma ตับอ่อนอักเสบ), rhabdomyolysis, renal insufficiency หรือ refractory DTs

Refractory delirium tremens

Refractory delirium tremens เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย DTs ที่ได้รับการรักษาด้วย benzodiazepines ขนาดสูงแล้วไม่ดีขึ้น เช่น ได้รับ diazepam 50 มก. หรือ lorazepam 10 มก. ในชั่วโมงแรก หรือ diazepam 200 มก. หรือ lorazepam 40 มก. ในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรก ภาวะนี้อาจจะเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยมี endogenous GABA น้อย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ $GABA_A$ receptors ยาที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะนี้คือ barbiturates โดยเฉพาะอย่างยิ่ง phenobarbital โดยสามารถให้ได้ 130-260 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ซ้ำทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการจะสงบ สามารถให้ร่วมกับ benzodiazepines ได้เนื่องจากยาทั้งสองชนิดออกฤทธิ์เสริมกันคือ benzodiazepines ช่วยเพิ่มความถี่ของการเปิด GABA chloride channel ส่วน barbiturates ช่วยเพิ่มระยะเวลาของการเปิด GABA chloride channel[51]

ยาชนิดอื่นที่สามารถใช้ได้คือ propofol 1 มก. ต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นยาที่เปิด GABA chloride channel โดยไม่ต้องมี GABA และยาออกฤทธิ์เป็น glutamate antagonist ด้วย ข้อพึงระวังคือผู้ป่วยที่ได้ยา phenobarbital หรือ propofol ส่วนมากต้องใส่ท่อหายใจ (endotrachial intubation) และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงควรให้การรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก[80]

การป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง

ผู้ป่วยที่มีประวัติชักจากการขาดสุรา เคยมี DTs มาก่อน ผู้ที่ดื่มสุราหนักเป็นเวลานานๆ และผู้ที่มีอาการขาดสุราเล็กน้อยขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกายหรืออุบัติเหตุจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง จึงควรป้องกันไว้ก่อน โดยให้ยา diazepam 20 มก. รับประทานทุก 2 ชั่วโมงในวันแรก ตามด้วย 10 มก. รับประทานทุก 6 ชั่วโมงในวันที่ 2 และ 3 ประเมินอาการขาดสุราด้วย CIWA-Ar ทุกชั่วโมง ถ้า CIWA-Ar ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ให้ยา diazepam 10 มก. เสริมระหว่างมื้อ หากมีอาการขาดสุราปานกลางถึงรุนแรงและมีปัจจัยเสี่ยง ควรให้ยาแบบ loading dose ด้วยยา diazepam หรือ lorazepam รับประทานหรือฉีดทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการจะสงบ เฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งให้การดูแลประคับประคอง ค้นหาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางกาย

ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุอื่นและมีความเสี่ยงต่อการชักหรือ DTs น้อย ยังไม่มีอาการขาดสุรา หรือมีอาการขาดสุราเล็กน้อย ให้ป้องกันด้วยการประเมินด้วย CIWA-Ar หรือ AWS ทุกชั่วโมง ถ้ามีคะแนน CIWA-Ar ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หรือ AWS ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ควรให้ diazepam 5-10 มก. และประเมินทุกครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง[80]

การรักษาภาวะขาดสุราเป็นขั้นตอนเบื้องต้นของการรักษาโรคติดสุรา หลังจากที่ผู้ป่วยดีขึ้นจากภาวะขาดสุรา ควรมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ลดหรือเลิกดื่มสุรา ตามด้วยการบำบัดฟื้นฟูจิตใจและสังคมอย่างบูรณการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราร่วมมือและติดตามการรักษาให้นานที่สุด ภายใต้การดูแลของทีมพหุสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องยาวนานจนกว่าผู้ป่วยสามารถหยุดสุราได้อย่างถาวร หรือกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะขาดสุราในสถานพยาบาลหลายแห่งแล้ว มีการใช้เครื่องมือประเมินอาการขาดสุราทั้ง CIWA-Ar และ AWS แต่ก็ยังมีความหลากหลายในรูปแบบการให้ยารักษา การประเมินภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายเป็นสิ่งสำคัญแต่อาจจะทำได้ยาก และยังขาดระบบและแนวทางการรักษาแบบบูรณการในประเทศไทย เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาเฉพาะ

สำหรับผู้ป่วยเมาสุรา ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจนกว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางร่างกายจากการทะเลาะเบาะแว้ง ดังนั้น ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าสิ่งที่ควรจะพัฒนาต่อไปในประเทศไทยคือ

1. พัฒนาแนวทางการดูแลภาวะเมาสุราในสถานบริการปฐมภูมิ แบบใช้ง่ายและสะดวก มีการตรวจประเมินความเสี่ยงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน มีสถานที่ให้ผู้ป่วยเมาสุราได้พักฟื้นจนกว่าจะสร่างเมา หลังจากนั้นมีการประเมินด้วยเครื่องมือ AUDIT เพื่อคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราให้ครอบคลุมมากขึ้น และให้การบำบัดอย่างย่อ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะควบคุมการดื่ม หรือเข้าถึงระบบบริการง่ายขึ้น

2. เพิ่มการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือประเมินอาการขาดสุราให้ได้เต็มที่ในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ โดยฝึกอบรมการใช้เครื่องมือนี้จนมีความความเที่ยงตรงระหว่างผู้ใช้ และขยายการใช้แนวทางการรักษาภาวะขาดสุราให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงแนวทางการประเมินเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนทั้งโรคทางกายและทางจิตรวมถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ควรมีการประสานร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สถานพยาบาลปฐมภูมิครอบครัวและชุมชน สร้างระบบลดอันตราย (harm reduction) เช่น ที่พักพิงเพื่อให้สร่างเมา (sober up shelter) ในชุมชน หรือ outreach clinic เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุรามีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการดูแลรักษาภาวะเมาสุรา และภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก

4. ควรมีการประเมินความคุ้มค่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยขาดสุราอย่างเป็นระบบถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากยังขาดข้อมูลดังกล่าวอยู่มาก

5. ยังจำเป็นต้องมีงานวิจัยเพื่อทดสอบ “ประสิทธิภาพ” ของรูปแบบการให้ยา benzodiazepine แบบ symptom triggered regimen แบบผู้ป่วยนอก และ diazepam intravenous front loading regimen ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ในเวชปฏิบัติที่เป็นจริงตามธรรมชาติ โดยไม่ควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรักษา เพื่อจะได้คำตอบที่ตรงกับบริบทของประเทศไทย เช่น ขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษา DTs และปัจจัยทำนายการรักษา เป็นต้น

Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

อาการ	ระดับคะแนน	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
1. Perspiration (เหงื่อออก)	0 ไม่มีเหงื่อออกเลย 1 ฝ่ามือชื้นเท่านั้น 2 ฝ่ามือชื้น เม็ดเหงื่อตามใบหน้าหน้าอก 3 ร่างกายชื้นทั้งตัวจากเหงื่อ 4 เหงื่อออกมากจนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน เปียก				
2. Tremor (สั่น)	0 ไม่มีการสั่นเลย 1 มือสั่นเฉพาะเวลาจะหยิบจับของ 2 มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มือสั่นมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา				
3. Anxiety (วิตกกังวล)	0 สงบ ไม่มีความวิตกกังวลเลย 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 หวาดหวั่นและตกใจง่าย 3 วิตกกังวลและหวาดกลัว สงบนิ่งได้ยาก 4 วิตกกังวลมากจนควบคุมไม่ได้/อาการแพนิก				
4. Agitation (กระสับกระส่าย)	0 กิริยาพฤติกรรมปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย 1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง 2 ขยับตัวไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ยากที่จะให้นอนพักได้ 3 เคลื่อนไหวอย่างไม่มีเหตุผล อยู่นิ่งได้ในเวลาสั้น ๆ 4 ไม่สามารถที่จะอยู่นิ่ง เคลื่อนไหวไปมาตลอดเวลา				
5. Axilla Temperature (อุณหภูมิใต้รักแร้)	0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือต่ำกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 °C - 37.5 °C 2 อุณหภูมิ 37.6 °C - 38.0 °C 3 อุณหภูมิ 38.1 °C - 38.5 °C 4 อุณหภูมิ สูงกว่า 38.5 °C				
6. Hallucinations (ประสาทหลอน)	0 ไม่มีประสาทหลอน 1 เห็นหรือได้ยินสิ่งต่างๆ บิดเบือนไปเป็นครั้งคราว รู้ว่าไม่จริง 2 ประสาทหลอนชัดเจน เป็นเวลาสั้นๆ บอกได้ว่าไม่จริง 3 ประสาทหลอนชัดเจน ดึงกลับสู่โลกความเป็นจริงยาก 4 ประสาทหลอนมาก ไม่สามารถติดต่อกับโลกความจริงได้				
7. Orientation (การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล)	0 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ดีเต็มที่ 1 การรับรู้บุคคลและสถานที่ดี แต่มีปัญหาในการรับรู้เวลา 2 การรับรู้บุคคลดี มีการรับรู้สถานที่และเวลาเสียบ้าง 3 มีการรับรู้บุคคลเป็นบางคน ไม่รับรู้สถานที่และเวลา 4 ไม่รับรู้บุคคล สถานที่ เวลา				
คะแนนรวม AWS					

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)

อาการ/วิธีประเมิน	ระดับคะแนน
1. คลื่นไส้อาเจียน (ถาม “คุณรู้สึกคลื่นไส้หรือไม่ คุณอาเจียนหรือไม่”)	0 ไม่มีคลื่นไส้และไม่อาเจียน 1 คลื่นไส้เล็กน้อย แต่ไม่อาเจียน 4 คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไรออกมา 7 คลื่นไส้ตลอดเวลา อาเจียนบ่อยๆ
2. สั่น ให้เหยียดแขนและกางนิ้วออก (สังเกตอาการ)	0 ไม่มีอาการสั่นเลย 1 ไม่เห็นการสั่น รู้สึกได้ถ้าแตะปลายนิ้วผู้ป่วย 4 สั่นปานกลาง เมื่อผู้ป่วยเหยียดแขนทั้งสองข้าง 7 สั่นมาก แม้กระทั่งไม่ได้เหยียดแขน
3. เหงื่อออก (สังเกตอาการ)	0 ไม่เห็นว่ามีเหงื่อออกเลย 1 เหงื่อออกน้อยมาก ฝ่ามือชื้น 4 มีเม็ดเหงื่อเห็นได้ชัดเจนบนหน้าผาก 7 เหงื่อออกจนเปียกชุ่ม
4. Anxiety (ถาม “คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่” สังเกต)	0 ไม่มีความวิตกกังวล ดูสบายๆ 1 วิตกกังวลเล็กน้อย 4 วิตกกังวลปานกลาง 7 วิตกกังวลมากจนมีอาการ panic
5. กระสับกระส่าย (Agitation) (สังเกตอาการ)	0 การเคลื่อนไหวปกติ 1 มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติเล็กน้อย 4 สะดุ้งผวา กระสับกระส่ายปานกลาง 7 ขยับตัวไปหน้าถอยหลัง หรือเดินไปมาตลอดเวลา
6. Tactile disturbances (ถาม “คุณมีอาการคัน รู้สึกเหมือนเข็มแทง ปวดแสบปวดร้อน ชา หรือรู้สึกเหมือนมีแมลงไต่บนหรือใต้ผิวหนังหรือไม่”)	0 ไม่มีเลย 1 คัน รู้สึกเหมือนเข็มแทง ปวดแสบร้อน หรือชาเพียงเล็กน้อย 3 คัน รู้สึกเหมือนเข็มแทง ปวดแสบร้อน หรือชาปานกลาง 5 ประสาทหลอนอย่างรุนแรง 7 ประสาทหลอนตลอดเวลา
7. Auditory disturbances (ถาม “คุณได้ยินเสียงต่างๆ รอบตัวคุณมากขึ้นหรือไม่ เสียงนั้นระคายหูหรือไม่ ทำให้คุณกลัวหรือไม่ เสียงนั้นรบกวนคุณหรือไม่ คุณได้ยินเสียงที่ไม่มีตัวตนอยู่ตรงนั้นหรือไม่” สังเกต)	0 ไม่มี 1 เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวได้น้อยมาก 3 เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวได้ปานกลาง 5 ประสาทหลอนอย่างรุนแรง 7 ประสาทหลอนตลอดเวลา
8. Visual disturbances (ถาม “คุณเห็นแสงสว่างจ้าเกินไปหรือไม่ สีเปลี่ยนไปหรือไม่ รบกวนตาคุณไหม คุณเห็นอะไรที่รบกวนคุณไหม คุณเห็นอะไรที่คุณรู้ว่าไม่มีตัวตนอยู่ตรงนั้นหรือไม่”)	0 ไม่มี 1 รู้สึกไวต่อแสงน้อยมาก 2 รู้สึกไวต่อแสงเล็กน้อย 3 รู้สึกไวต่อแสงปานกลาง 4 ประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 5 ประสาทหลอนอย่างรุนแรง 6 ประสาทหลอนรุนแรงมาก 7 ประสาทหลอนตลอดเวลา
9. ปวดศีรษะ รู้สึกหนักในศีรษะ (ถาม “คุณรู้สึกเหมือนกับว่ามีแถบอะไรรัดพันรอบศีรษะคุณหรือไม่” ไม่รวมอาการ มึนงงหรือวิงเวียน)	0 ไม่มีเลย 1 น้อยมาก 3 ปานกลาง 4 ค่อนข้างรุนแรง 6 รุนแรงมาก 7 รุนแรงมากที่สุด
10. Orientation and clouding of sensorium (ถาม “วันนี้วันอะไร คุณกำลังอยู่ที่ไหน ฉันเป็นใคร”)	0 การรับรู้เวลาสถานที่ บุคคลดี สามารถบวกเลขเป็นชุดได้ 1 ไม่สามารถบวกเลขเป็นชุด หรือไม่แน่ใจเรื่องวันที่ 2 บอกวันที่ผิดไป น้อยกว่า 2 วันที่ในปฏิทิน 3 บอกวันที่ผิดไป มากกว่า 2 วันที่ในปฏิทิน 4 ไม่รับรู้สถานที่และหรือบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. การตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือด. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2557 [ค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2557]; ค้นจาก: http://www.thaiantialcohol.com/cms/contents/view/63.
2. Dalawari P. Ethanol Level. New York, NY: Medscape; 2014 [updated Feb 4, 2014; cited 2014 May 5]; Available from: http://emedicine.medscape.com/article/2090019-overview.
3. Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. Alcohol Clin Exp Res 2001;25:502-7.
4. Lucey MR, Hill EM, Young JP, Demo-Dananberg L, Beresford TP. The influences of age and gender on blood ethanol concentrations in healthy humans. J Stud Alcohol 1999;60: 103-10.
5. Mitchell MC, Jr., Teigen EL, Ramchandani VA. Absorption and peak blood alcohol concentration after drinking beer, wine, or spirits. Alcohol Clin Exp Res 2014; doi: 10.1111/acer.12355.
6. Roine RP, Gentry RT, Lim RT, Jr., Helkkonen E, Salaspuro M, Lieber CS. Comparison of blood alcohol concentrations after beer and whiskey. Alcohol Clin Exp Res 1993;17:709-11.
7. Ramchandani VA, Bosron WF, Li TK. Research advances in ethanol metabolism. Pathol Biol 2001;49:676-82.
8. Allen A, Hutton DA, Leonard AJ, Pearson JP, Sellers LA. The role of mucus in the protection of the gastroduodenal mucosa. Scand J Gastroenterol Suppl 1986;125:71-8.
9. Thomasson HR. Gender differences in alcohol metabolism. Physiological responses to ethanol. Recent Dev Alcohol 1995;12:163-79.
10. Mumenthaler MS, Taylor JL, O'Hara R, Yesavage JA. Gender differences in moderate drinking effects. Alcohol Res Health 1999;23:55-64.
11. Marczinski CA, Fillmore MT. Acute alcohol tolerance on subjective intoxication and simulated driving performance in binge drinkers. Psychol Addict Behav 2009;23:238-47.
12. Kalant H. Current state of knowledge about the mechanisms of alcohol tolerance. Addict Biol 1996;1:133-41.
13. Britton RS, Videla LA, Rachamin G, Okuno F, Israel Y. Effect of age on metabolic tolerance and hepatomegaly following chronic ethanol administration. Alcohol Clin Exp Res 1984;8:528-34.
14. Seth D, Haber PS, Syn WK, Diehl AM, Day CP. Pathogenesis of alcohol-induced liver disease: classical concepts and recent advances. J Gastroenterol Hepatol 2011;26: 1089-105.

15. Turati F, Galeone C, Rota M, Pelucchi C, Negri E, Bagnardi V, et al. Alcohol and liver cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Ann Oncol 2014.
16. Gao L, Weck MN, Stegmaier C, Rothenbacher D, Brenner H. Alcohol consumption and chronic atrophic gastritis: population-based study among 9,444 older adults from Germany. Int J Cancer 2009;125:2918-22.
17. Yoshida H, Mamada Y, Taniai N, Yoshioka M, Hirakata A, Kawano Y, et al. Risk factors for bleeding esophagogastric varices. J Nippon Med Sch 2013;80:252-9.
18. Latt N, Conigrave KM, Saunders J, Marshall W, Nutt D, editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. Oxford: Oxford University Press; 2009.
19. Wilsmore BR, Grunstein RR, Fransen M, Woodward M, Norton R, Ameratunga S. Sleep habits, insomnia, and daytime sleepiness in a large and healthy community-based sample of New Zealanders. J Clin Sleep Med 2013;9:559-66.
20. Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. Alcohol Clin Exp Res 2013;37:539-49.
21. Imam I. Alcohol and the central nervous system. Br J Hosp Med. 2010; 71:635-9.
22. Sadock B, Kaplan H, Sadock V, editors. Kaplan & Sadock' s Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
23. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G. Acute alcohol intoxication. Eur J Intern Med 2008;19:561-7.
24. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol 2012;47:571-6.
25. Quinn PD, Fromme K. Predictors and outcomes of variability in subjective alcohol intoxication among college students: an event-level analysis across 4 years. Alcohol Clin Exp Res 2011;35:484-95.
26. Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth ME. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. Alcohol Alcohol 1999;34:894-902.
27. Nolen-Hoeksema S, Hilt L. Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. J Gen Psychol 2006;133:357-74.
28. Hurley TD, Edenberg HJ. Genes encoding enzymes involved in ethanol metabolism. Alcohol Res 2012;34:339-44.

29. Assanangkornchai S, Noi-pha K, Saunders JB, Ratanachaiyavong S. Aldehyde dehydrogenase 2 genotypes, alcohol flushing symptoms and drinking patterns in Thai men. Psychiatry Res 2003;118:9-17.
30. Muakkassa FF, Marley RA, Dolinak J, Salvator AE, Workman MC. The relationship between psychiatric medication and course of hospital stay among intoxicated trauma patients. Eur J Emerg Med 2008;15:19-25.
31. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1994.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed, text-revised). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
34. Shpilenya LS, Muzychenko AP, Gasbarrini G, Addolorato G. Metadoxine in acute alcohol intoxication: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Alcohol Clin Exp Res 2002;26:340-6.
35. Guerrini I, Gentili C, Nelli G, Guazzelli M. A follow up study on the efficacy of metadoxine in the treatment of alcohol dependence. Subst Abuse Treat Prev Policy 2006;1:35.
36. Addolorato G, Ancona C, Capristo E, Gasbarrini G. Metadoxine in the treatment of acute and chronic alcoholism: a review. Int J Immunopathol Pharmacol 2003;16:207-14.
37. Cowan E, Su M. Ethanol intoxication in adults. (City not available): UpToDate; 2014 [cited 2014 January 30]; Available from: http://www.uptodate.com/contents/ethanol-intoxication-in-adults.
38. Fell JC, Voas RB. The effectiveness of reducing illegal blood alcohol concentration (BAC) limits for driving: evidence for lowering the limit to .05 BAC. J Safety Res 2006;37: 233-43.
39. Phillips DP, Sousa AL, Moshfegh RT. Official blame for drivers with very low blood alcohol content: there is no safe combination of drinking and driving. Inj Prev. 2014.
40. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, มธุริน คำวงศ์ปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรนินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, บรรณาธิการ. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
41. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานและสถิติ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [ค้นเมื่อ 30 มกราคม 2557]; ค้นจาก: http://www.dmh.go.th/report/report1.asp.
42. Fuller RK, Hiller-Sturmhofel S. Alcoholism treatment in the United States. an overview. Alcohol Res Health 1999;23:69-77.

43. Pietrzykowski A, Treistman S. The molecular basis of tolerance. Alcohol Res Health 2008; 31:298-309.
44. Rogawski MA. Update on the neurobiology of alcohol withdrawal seizures. Epilepsy Curr 2005;5:225-30.
45. Littleton J. Neurochemical mechanisms underlying alcohol withdrawal. Alcohol Health Res World 1998;22:13-24.
46. Hashimoto JG, Wiren KM. Neurotoxic consequences of chronic alcohol withdrawal: expression profiling reveals importance of gender over withdrawal severity. Neuropsychopharmacology 2008;33:1084-96.
47. Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. J Gen Intern Med 1996;11:410-4.
48. Fiellin DA, O'Connor PG, Holmboe ES, Horwitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. Subst Abus 2002;23:83-94.
49. Lee JH, Jang MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. J Gastroenterol Hepatol 2005;20:1833-7.
50. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. เอกสารคำสอนเรื่อง การดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
51. สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
52. Saunders JB, Yang J. Clinical protocols for detoxification in hospitals and detoxification facilities. Brisbane: Alcohol and Drug Services, Royal Brisbane Hospital and the Prince Charles Hospital Health Service District; 2002.
53. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. แบบประเมินภาวะขาดสุราและแนวทางการดูแลรักษา. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
54. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. I. Assessment and effectiveness of supportive care. J Clin Psychopharmacol 1981;1:382-89.
55. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989;84:1353-7.
56. Phillips S, Haycock C, Boyle D. Development of an alcohol withdrawal protocol: CNS collaborative exemplar. Clin Nurse Spec 2006;20:190-8.
57. Elholm B, Larsen K, Hornnes N, Zierau F, Becker U. A psychometric validation of the Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS). Alcohol Alcohol 2010;45:361-5.

58. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complication. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2010 [cited 2014 April 15]; Available from: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12995/48991/48991.pdf
59. Cooper E, Vernon J. The effectiveness of pharmacological approaches in the treatment of alcohol withdrawal syndrome (AWS): a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2013;20:601-12.
60. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011: CD008537.
61. de Millas W, Ganzer F, Kuhn S, Haasen C. Oxazepam versus clomethiazol in alcohol withdrawal treatment. Eur Addict Res 2010;16:179-84.
62. Maldonado JR, Nguyen LH, Schader EM, Brooks JO, 3rd. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. Gen Hosp Psychiatry 2012;34:611-7.
63. Daeppen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med 2002;162:1117-21.
64. Muzyk AJ, Leung JG, Nelson S, Embury ER, Jones SR. The role of diazepam loading for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in hospitalized patients. Am J Addict 2013;22:113-8.
65. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. แนวทางการลดระยะเวลาเจ็บป่วยและความพิการ - การป้องกันระดับทุติยภูมิต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. ใน: สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องแนวทางและเทคโนโลยีในการป้องกันและลดภาระโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547. หน้า 31-51.
66. Moore PW, Donovan JW, Burkhart KK, Waskin JA, Hieger MA, Adkins AR, et al. Safety and efficacy of flumazenil for reversal of iatrogenic benzodiazepine-associated delirium toxicity during treatment of alcohol withdrawal, a retrospective review at one center. J Med Toxicol 2014;10:126-32.
67. De Sousa A. The role of topiramate and other anticonvulsants in the treatment of alcohol dependence: a clinical review. CNS Neurol Disord Drug Targets 2010;9:45-9.
68. Eyer F, Schreckenberg M, Hecht D, Adorjan K, Schuster T, Felgenhauer N, et al. Carbamazepine and valproate as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study. Alcohol Alcohol 2011;46:177-84.

69. Barrons R, Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. J Clin Pharm Ther 2010;35:153-67.
70. Johnson BA, Ait-Daoud N. Topiramate in the new generation of drugs: efficacy in the treatment of alcoholic patients. Curr Pharm Des 2010;16:2103-12.
71. Stock CJ, Carpenter L, Ying J, Greene T. Gabapentin versus chlordiazepoxide for outpatient alcohol detoxification treatment. Ann Pharmacother 2013;47:961-9.
72. Martinotti G, di Nicola M, Frustaci A, Romanelli R, Tedeschi D, Guglielmo R, et al. Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi-centre, randomized, single-blind comparison trial. Addiction 2010;105:288-99.
73. Richter C, Hinzpeter A, Schmidt F, Kienast T, Preuss UW, Plenge T, et al. Levetiracetam for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a multicenter, prospective, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Psychopharmacol 2010;30:720-5.
74. Rubio G, Lopez-Munoz F, Ponce G, Pascual JM, Martinez-Gras I, Ferre F, et al. Zonisamide versus diazepam in the treatment of alcohol withdrawal syndrome. Pharmacopsychiatry 2010;43:257-62.
75. Bou Khalil R. Tizanidine for alcohol withdrawal treatment. Med Hypotheses 2011;77:548-9.
76. Muzyk AJ, Fowler JA, Norwood DK, Chilipko A. Role of alpha2-agonists in the treatment of acute alcohol withdrawal. Ann Pharmacother 2011;45:649-57.
77. Leggio L, Garbutt JC, Addolorato G. Effectiveness and safety of baclofen in the treatment of alcohol dependent patients. CNS Neurol Disord Drug Targets 2010;9:33-44.
78. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD006266.
79. Mainerova B, Prasko J, Latalova K, Axmann K, Cerna M, Horacek R, et al. Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2013.
80. Hoffman R, Weinhouse G. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. (city not available): UpToDate; 2014; [cited 2014 April 15]; Available from: http://www.uptodate.com/contents/management-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes?topickey=EM%...
81. DeBellis R, Smith BS, Choi S, Malloy M. Management of delirium tremens. J Intensive Care Med 2005;20:164-73.

บทที่ 10

จิตเภสัชบำบัด

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราด้วยยา เพื่อลดความอยากสุรา ทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ในระยะยาว หรือป้องกันการกลับไปติดซ้ำ ในบทนี้จะกล่าวถึงยามาตรฐานที่ได้รับการรับรองให้ใช้ในการรักษาโรคติดสุราโดยละเอียด ซึ่งประกอบด้วยกลไกการออกฤทธิ์ ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ วิธีบริหารยา ปฏิกิริยาระหว่างยา รวมทั้งผลงานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผลของยาเหล่านี้ นอกจากนั้น ในบทนี้ยังกล่าวถึงยาชนิดอื่นที่ยังไม่ได้รับการรับรอง เนื้อหาของบทนี้มีวัตถุประสงค์ให้จิตแพทย์และแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราได้มีข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชบำบัดที่มีการศึกษาวิจัยรองรับในปัจจุบัน เพื่อจะได้เลือกใช้สำหรับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ในกรณีที่มียาเหล่านี้ในประเทศไทย

สาระสำคัญ

- ยาที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา (อย.) ของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้รักษาโรคติดสุรา ได้แก่ ยาชนิดกิน disulfiram, naltrexone และ acamprosate และ naltrexone ชนิดฉีดออกฤทธิ์นาน 30 วัน
- ในปัจจุบันมียา nalmefene ซึ่งเป็นยาชนิดใหม่ที่ใช้ลดการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา อย่างไรก็ตาม ยานี้ยังไม่ได้รับการรับรองจาก อย. ของประเทศสหรัฐอเมริกา
- Disulfiram เป็นยายับยั้งเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) ทำให้เกิดการคั่งสะสมของ acetaldehyde ในกระแสเลือด ผู้ป่วยจึงเกิดอาการคลื่นไส้ ความดันโลหิตตก และร้อนวูบวาบเมื่อผู้ป่วยดื่มสุรา
- Naltrexone เป็น mu opioid-receptor antagonist มีประสิทธิผลในการป้องการกลับไปดื่มหนักมากกว่าการช่วยให้เลิกดื่ม
- Acamprosate ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์แน่ชัด มีประสิทธิผลเด่นในการทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา การใช้ยา acamprosate และ naltrexone ร่วมกันมีความปลอดภัย แต่ก็ไม่ได้ทำให้ผลการรักษาดีมากขึ้นกว่าการใช้ naltrexone เพียงชนิดเดียว
- Nalmefene เป็นทั้ง mu และ delta opioid-receptor antagonist และ specific kappa opioid-receptor partial agonist มีประสิทธิภาพลดการดื่มสุรา และป้องกันการกลับไปดื่มหนัก โดยกินยาเมื่อจำเป็นที่จะต้องดื่มสุรา ไม่ต้องกินทุกวัน
- ยาตัวอื่นที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลในการใช้รักษาโรคติดสุรา ได้แก่ topiramate, carbamazepine, oxcarbamazepine, galantamine, tiapride, baclofen, specific serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) (ได้แก่ fluoxetine และ sertraline), ondansetron และ atypical antipsychotic drugs (ได้แก่ quetiapine และ aripiprazole) เป็นต้น
- การรักษาด้วยยามีเป้าหมายหลายระดับ ได้แก่ เพื่อควบคุมปริมาณการดื่มสุรา ให้หยุดดื่มอย่างเด็ดขาด ป้องกันการกลับไปติดซ้ำ ลดอาการอยากดื่มสุรา หรือรักษาอาการของโรคร่วมทางจิตเวช การรักษาด้วยยาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อให้ยาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม และการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

การบำบัดรักษาโรคติดสุรา (alcohol dependence) ไม่ว่าในผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกประกอบด้วยสามขั้นตอนที่สำคัญคือ การประเมินและเตรียมความพร้อม การถอนพิษแอลกอฮอล์ (detoxification) ซึ่งได้กล่าวโดยละเอียดในบทที่ 5 และ 9 แล้ว และการบำบัดรักษาระยะยาวเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ (psycho-social rehabilitation) และป้องกันการติดซ้ำ (relapse prevention) วิธีการรักษามีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในบทนี้จะขอกล่าวเฉพาะการใช้ยาเพื่อควบคุมการดื่ม ลดความอยากสุรา ส่วนการบำบัดรักษาทางจิตสังคมจะกล่าวถึงในบทที่ 11 ต่อไป

ในปัจจุบัน มียาเพียงสามชนิดที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา (Food and Drug Administration; FDA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในการรักษาโรคติดสุรา คือ ยา disulfiram, naltrexone และ acamprosate ซึ่งแบ่งตามการออกฤทธิ์ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ยาที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ต่อร่างกายเมื่อดื่มสุรา (aversive-causing drugs) และยาที่ลดอาการอยากดื่มสุรา (anti-craving drugs) ซึ่งการใช้ยาให้ได้ผลดีต้องทำร่วมกับการให้จิตสังคมบำบัด[1,2]

ยาที่ทำให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากสุรา (Aversive-causing drugs)

Disulfiram

Disulfiram เป็นยาที่อาศัยผลอันไม่พึงประสงค์ของแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกายไปทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้ เมื่อแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายจะถูกกระบวนการเมตาบอลิซึมในขั้นแรกด้วยเอนไซม์ alcohol dehydrogenase (ADH) ได้เป็น acetaldehyde จากนั้น acetaldehyde จะถูกเปลี่ยนเป็น acetic acid ด้วยเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) ก่อนที่จะถูกกำจัดออกจากร่างกาย กลไกการออกฤทธิ์ของยา disulfiram คือการยับยั้งเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase ทำให้ acetaldehyde คั่งสะสมในกระแสเลือดหลังจากที่ผู้ป่วยดื่มสุราไปนาน 5-15 นาที และการคั่งของ acetaldehyde นี้จะคงอยู่นานหลายชั่วโมง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะแบบตุ๊บๆ หายใจขัด ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ร้อนวูบวาบ (flushing) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) วิงเวียน (dizziness) และหัวใจเต้นเร็ว อาการเป็นชั่วคราว แต่อาการอาจจะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงมาก จนอาจถึงขั้นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้[3]

Disulfiram ถูกเริ่มนำมาใช้รักษาโรคติดสุราตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2483 แต่เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาระยะยาว รวมทั้งยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่ายานี้สามารถลดอัตราการกำเริบ (relapse rate) หรือ ลดความรู้สึกอยากสุรา (craving) ลงได้ จึงทำให้ยานี้ได้รับความนิยมในการใช้น้อยลงในปัจจุบัน[4] อย่างไรก็ตาม จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า จากการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomised controlled trial; RCT) 11 โครงการในผู้ป่วยรวม 1,527 คน ซึ่งเปรียบเทียบการใช้ disulfiram แบบมีการกำกับดูแล (supervised treatment) กับยาหลอก หรือการรักษาเสริมชนิดอื่นเพื่อเลิกดื่มสุรา

หรือไม่ให้การรักษาใดๆ เลย มี 6 การศึกษาที่รายงานว่า disulfiram มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่งานวิจัยส่วนใหญ่จะรายงานประสิทธิภาพของยาในระยะสั้น มีเพียง 3 การศึกษาที่รายงานว่า disulfiram ยังมีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการลดจำนวนวันที่ดื่มสุราและยืดเวลาในการกลับมาติดซ้ำในระยะเวลา 12 เดือน[4]

นอกจากนี้ ยังมีรายงานการทบทวนงานวิจัยล่าสุดซึ่งเพิ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2557 นี้เอง ได้รวบรวมผลการศึกษาวิจัย 22 โครงการ ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ disulfiram มีอัตราความสำเร็จในการหยุดดื่มสุราได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาแบบปกปิด (blind) กับแบบเปิดเผยชื่อยา (open-label) กลับพบว่าเฉพาะการศึกษาแบบเปิดเผยชื่อยาเท่านั้นที่พบว่า disulfiram ได้ผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยา naltrexone หรือ acamprosate หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับยาใดๆ การศึกษานี้จึงสรุปว่า การทดลองยาแบบปกปิดชื่อยาอาจจะไม่เหมาะกับการทดลองยา disulfiram และจากผลการศึกษาแบบเปิดเผยชื่อยาแสดงว่าการใช้ disulfiram แบบมีการกำกับดูแลมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาด้วยยาชนิดอื่นในการหยุดดื่มสุรา[5] ยานี้จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคมดี เช่นมีครอบครัวคอยช่วยให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ และช่วยให้คำแนะนำในการติดตามการรักษาสม่ำเสมอ

รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา disulfiram ในแง่มุมต่างๆ ทางคลินิกได้แสดงไว้ในตารางที่ 10.1

ตารางที่ 10.1 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา disulfiram ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา

ข้อบ่งชี้	• ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มสุรา • ผู้ป่วยยอมรับว่าจำเป็นต้องมีสิ่งควบคุมจากภายนอก ในการควบคุมการดื่มสุราของตนเอง และมีความพร้อมที่จะรับการปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยานี้ในแต่ละวัน • มีคู่สมรส หรือสมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนที่ยินดีแนะนำและกำกับดูแลการใช้ยา • ไม่มีข้อห้ามใช้ เนื่องจากโรคทางกายหรือทางจิตเวช[6]
ข้อห้ามใช้	ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อไปนี้ • เส้นเลือดในสมองตีบแตกตัน (Stroke) • โรคของเส้นเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) • โรคหัวใจวาย (Heart failure) และโรคความดันโลหิตสูง • โรค Acute porphyria • อาการโรคจิต (Psychotic illness) เนื่องจาก disulfiram ยับยั้งเอนไซม์ที่ metabolise dopamine เป็น noradrenaline และ epinephrine จึงอาจทำให้อาการของโรคจิตกำเริบ หรือมีบุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง (severe personality disorder) • ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง • หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

ตารางที่ 10.1 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา disulfiram ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา (ต่อ)

ปฏิกิริยาระหว่างยา	• Disulfiram มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยา benzodiazepines, caffeine, phenytoin, tetrahydrocannabinol, isoniazid, barbiturates, anticoagulants (warfarin), tricyclic agents (imipramine, amitriptyline), และ aminophylline โดย disulfiram เพิ่มระดับของยาเหล่านี้ในเลือด ทำให้ผลข้างเคียงของยาดังกล่าวเพิ่มขึ้น • ยา paraldehyde ถูก metabolise ได้เป็น acetaldehyde ในตับ หากใช้ paraldehyde ร่วมกับ disulfiram จะทำให้มี acetaldehyde คั่งสะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนและอารมณ์เปลี่ยนแปลง หน้าแดงตัวแดง ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ จึงเป็นข้อห้ามใช้
ข้อควรระวัง	ควรระมัดระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่เป็น • โรคตับ • โรคทางเดินหายใจ • โรคไตวาย (Kidney failure) • โรคลมชัก • โรคเบาหวาน
วิธีการบริหารยา	• ควรเริ่มต้นให้ยา disulfiram หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อถอนพิษสุราแล้ว หรือหลังจากหยุดดื่ม 3-7 วันไปแล้ว หรืออย่างน้อยต้องหยุดดื่มสุราไปแล้ว 24 ชั่วโมง • ก่อนใช้ยา disulfiram แพทย์ต้องซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด พิจารณาถึงผลดีผลเสียจากการใช้ยา และตรวจสอบดูว่ามีข้อห้ามใช้หรือไม่ ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ จนตระหนักรู้ว่าตนเองติดสุราและยอมรับว่าตนเองควบคุมการดื่มสุราไม่ได้ จึงต้องใช้ยานี้ควบคุม • ควรอภิปรายกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลอันไม่พึงประสงค์ของยาเมื่อดื่มสุราเข้าไป และความรุนแรงของปฏิกิริยาระหว่างยา disulfiram กับแอลกอฮอล์ (disulfiram-alcohol interaction) ควรอภิปรายโดยใช้เอกสารประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเป็นอย่างดี พร้อมลงนามในข้อตกลงของการใช้ยานี้ และเน้นว่าผลของการรักษาขึ้นกับความตั้งใจของผู้ป่วย และความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้รักษาได้เมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา วิธีการดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความร่วมมือและประสิทธิผลของการรักษา[1,6] • ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น น้ำยาบ้วนปาก น้ำหอม สเปรย์ เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์ในการปรุงอาหาร • ขนาดยาที่แนะนำ 200-400 มก. ต่อวัน (1-2 เม็ด รับประทานวันละครั้ง) เริ่มให้หลังหยุดดื่มสุราไปแล้ว 3-7 วัน สามารถให้ยาได้นาน 6 เดือนถึง 1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทนยาได้ดีแม้ว่าจะดื่มสุราไปบ้าง ดังนั้นอาจเพิ่มขนาดยาได้เล็กน้อยแต่ไม่ควรเกิน 600 มก. ต่อวัน ผู้ป่วยบางคนรับประทานยาเพียงสัปดาห์ละ 2-3 วันก็เพียงพอ ซึ่งการรับประทานยาในลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสะดวกมากขึ้น

ตารางที่ 10.1 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา disulfiram ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา (ต่อ)

	• ระหว่างการใช้ยา disulfiram แพทย์ต้องติดตามสภาวะของหัวใจและการทำงานของตับเป็นระยะๆ ตาม ความรุนแรงของ disulfiram-alcohol interaction ซึ่งยังเกิดขึ้นได้นานถึง 2 สัปดาห์หลังหยุดยา[1]
ระยะเวลาในการให้ยา	• Disulfiram มีประโยชน์ในช่วง 3-6 เดือนแรกของการรักษา ไม่มีการวิจัยแบบทดลองถึงประสิทธิผลระยะยาว แต่มีรายงานผลสำเร็จของการใช้ยา disulfiram แบบมีการกำกับดูแลเป็นเวลาหลายปีในผู้ป่วยหลายราย[7,8] การพิจารณาว่าจะให้ยาเป็นเวลานานเท่าไรจึงขึ้นกับการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและแพทย์ บนพื้นฐานของอาการข้างเคียงของยา ประวัติการกลับไปติดสุราซ้ำ บริบทครอบครัวและสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ • ถ้าผู้ป่วยพลั้งเผลอไปดื่มสุรา (lapses) ควรจะงดยาไปก่อน แล้วเลือกใช้จิตสังคมบำบัดเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยอาจกลับมาใช้ยา disulfiram ได้อีกหลังจากหยุดดื่มนานอย่างน้อย 48 ชั่วโมง • เมื่อหยุดใช้ยา disulfiram เมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์จะกลับเข้าสู่ปกติภายใน 7-10 วัน (บางครั้งถึง 3 สัปดาห์) โดยร่างกายมีการสังเคราะห์เอนไซม์ aldehyde dehydrogenase ขึ้นมาใหม่ หากผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราภายใน 7 วันหลังหยุดยา อาจมีอาการข้างเคียงจาก disulfiram-alcohol interaction ได้ ดังนั้นหลังหยุดยานี้ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ[6]
การดูแลรักษาอาการข้างเคียงจากยา	• อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ง่วง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และลิ้นรับรสผิดปกติคล้ายรสโลหะหรือกระเทียม (metallic or garlic-like) • อาการที่พบได้น้อย ได้แก่ ตัวเหลืองตาเหลือง (jaundice) ตับอักเสบ (hepatitis) ซึ่งในบางคนอาจจะมีความรุนแรงจนถึงตายได้ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้หยุดกินยานี้และรีบมาพบแพทย์ถ้ามีอาการตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด • อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ ปลายประสาทมึนชา (peripheral neuropathy) อาการของโรคจิต (psychosis) สับสน ประสาทตาอักเสบ (optic neuritis) เม็ดเลือดผิดปกติ (blood dyscrasia) และผื่นแดงตามผิวหนัง • แพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ • ความรุนแรงของ disulfiram-alcohol interaction ในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ในผู้ป่วยบางคนแม้ว่าจะดื่มสุราเพียงเล็กน้อยก็มีอาการรุนแรง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยบางคนแม้จะดื่มสุราปริมาณมากก็มีอาการเพียงเล็กน้อย ในรายที่รุนแรง อาจเกิดภาวะหัวใจวาย (cardiovascular collapse) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หยุดหายใจ (respiratory depression) ชัก และตายได้[9]

ยาลดความอยากดื่มสุรา (Anti-craving Medications)

งานวิจัยต่างๆ สรุปว่า เมื่อดื่มสุราเป็นเวลานาน วงจรรางวัล (reward circuit) ในสมองจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการทนทานต่อสุรา (tolerance) ส่งผลให้ผู้ดื่มประจำมีความอยากสุราเพิ่มมากขึ้น นักวิจัยจึงพยายามพัฒนายาเพื่อไปแทรกแซงวงจรรางวัลหรือสกัดการทำให้เกิดผลทางบวกของสุรา เช่นการมีความรู้สึกสนุกสนาน มีความสุขเมื่อดื่มสุรา รวมทั้งพัฒนายาที่ลดความอยากสุรา โดยมีสมมติฐานว่ายาจะเข้าไปจับกับตัวรับ (receptors) ของสารสื่อนำประสาทในวงจรรางวัลแล้วออกฤทธิ์เป็นตัวยับยั้ง (antagonist) ฤทธิ์ทางบวกของแอลกอออล์ต่อสมอง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ naltrexone, nalmefene และ acamprosate

Naltrexone

Naltrexone เริ่มต้นผลิตเป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน เป็นยาชนิดแรกที่องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริการับรองเป็นยามาตรฐานในการรักษาโรคติดสุรา โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยแบบทดลองของ O'Malley และคณะ และ Volpicelli และคณะในปี พ.ศ. 2535[10,11] นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นในเวลาต่อมาสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา naltrxone ในการลดจำนวนวันที่ดื่มสุรา ลดอัตราการกลับไปติดซ้ำ และลดอาการอยากสุรา[12,13]

ยา naltrexone เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ μ (Mu) opioid ทำให้ระดับ dopamine ลดลง dopamine เป็นสารสื่อประสาทในบริเวณวงจรรางวัลภายในสมองที่ทำให้เกิดความเคลิ้มสุขจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นๆ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยา naltrexone แล้วดื่มสุรา ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่เคยทำให้เคลิ้มสุขสนุกสนานจะลดลง จึงช่วยให้ผู้ป่วยลดความต้องการที่จะดื่มสุราลงได้ นอกจากนี้ยา natrexone ยังมีประสิทธิผลในการลดอัตราการกลับไปติดสุราซ้ำ โดยยามีฤทธิ์ลดอาการอยากสุรา (anticraving) ลดปริมาณและความถี่ของการดื่มเมื่อเกิดการกำเริบซ้ำ ลดอัตราการกลับไปดื่มหนักและเพิ่มจำนวนวันที่ไม่ดื่มสุราให้มากขึ้น[14] จากงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์เกี่ยวกับประสิทธิผลของยา naltrexone เทียบกับยาหลอก พบว่ามีงานวิจัยที่ทดลองยานี้ทั้งหมด 24 งาน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 2,861 คน ซึ่งพบว่า naltrexone ลดความเสี่ยงของการกลับไปดื่มหนักได้มากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 36 (อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk; RR) ของการกลับไปดื่มหนักของกลุ่มที่ได้รับ naltrexone เทียบกับกลุ่มควบคุม = 0.64, 95% confidence interval (CI): 0.51, 0.82) จำนวนคนที่ต้องรักษาเพื่อให้เกิดผลบวกหนึ่งคน (number needed to treat; NNT) เท่ากับ 7 แสดงว่า naltrexone มีขนาดของประสิทธิผล (effect size) ระดับปานกลาง ในการทำให้ผู้ป่วยคงการหยุดดื่มสุราระยะสั้น และ naltrexone จะมีประสิทธิผลดีเมื่อให้ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัดอย่างเข้มข้นด้วย เช่น การให้การปรึกษา เป็นต้น[14]

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่แสดงว่าการให้ยา naltrexone เสริมกับโปรแกรมควบคุมการดื่มสุรา (controlled drinking programme) มีประสิทธิผล ในการลดจำนวนวันที่ดื่มสุรา วันที่ดื่มหนัก และความรู้สึกอยากดื่มได้มากกว่าการเข้าร่วมในโปรแกรมควบคุมการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว[15]

รายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบงานล่าสุดของยาในกลุ่ม opioid antagonist ในการรักษาโรคติดสุรา ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีงานวิจัยแบบทดลองที่ทดสอบประสิทธิผลของ naltrexone ถึง 50 โครงการในผู้ป่วยรวม 7,793 คน สรุปว่า naltrexone ลดความเสี่ยงของการดื่มหนักได้ถึงร้อยละ 83 ของความเสี่ยงในกลุ่มควบคุม (RR=0.83, 95% CI: 0.76, 0.90) และลดจำนวนวันที่ดื่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 4 (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม (mean difference) เท่ากับ -3.89, 95% CI: -5.75, -2.04) นอกจากนี้ ยังพบว่า naltrexone มีประสิทธิผลเหนือกว่ายาหลอกในด้านการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ปริมาณสุราที่ดื่ม และค่า gamma-glutamyltransferase ผลข้างเคียงที่สำคัญของยา naltrexone ได้แก่ อาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ และอาการง่วงในเวลากลางวัน ผลการทบทวนแสดงว่า naltrexone เป็นยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาผู้ติดสุรา ถึงแม้ว่าขนาดของผลการรักษาอาจจะไม่สูงนักก็ตาม[16]

นอกจากจะมียา naltrexone ในรูปแบบยาเม็ดสำหรับรับประทานแล้ว ยังมียา naltrexone แบบออกฤทธิ์ระยะยาว (naltrexone extended release) ในรูปแบบยาฉีดเข้ากล้าม (intramuscular depot) ซึ่งถูกพัฒนามาเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยา naltrexone แบบออกฤทธิ์ระยะยาวในรูปแบบยาฉีดเข้ากล้าม (intramuscular depot) สองขนาด คือ 380 มก. และ 190 มก. กับยาหลอก โดยฉีดเดือนละ 1 เข็มเป็นระยะเวลา 6 เดือน ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัดแบบเข้มข้นน้อย (low-intensity psychosocial intervention) 12 ครั้ง ผลการศึกษานี้แสดงว่า ยาฉีด naltrexone แบบออกฤทธิ์ระยะยาวได้ผลดีและมีความปลอดภัยสูง รวมทั้งผู้ป่วยยอมรับการใช้ยาในรูปแบบนี้[17]

ผลการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่สรุปว่า ยา naltrexone มีประสิทธิภาพในการป้องการกลับไปดื่มหนัก (heavy drinking) มากกว่าการช่วยให้เลิกดื่ม (abstinence) จึงใช้เป็นยาป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคติดสุรา หรือการกลับไปดื่มสุราอย่างหนักอีก มากกว่าการใช้เป็นยารักษาเพื่อให้เลิกดื่มอย่างถาวร[18,19]

รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา naltrexone ในแง่มุมต่างๆ ทางคลินิกได้แสดงไว้ในตารางที่ 10.2

ตารางที่ 10.2 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา naltrexone ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา

ข้อบ่งชี้	• ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มสุรา และสุขภาพกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (medically stable)[6]
ข้อห้ามใช้	ผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้ • ใช้สารเสพติดชนิด opioids หรือต้องใช้ยาแก้ปวดที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น (เช่น codeine, morphine, oxycodone, methadone) • ภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน (acute hepatitis) หรือมีภาวะตับวายรุนแรง (severe liver failure) กรณีที่มีเอนไซม์ตับสูงไม่เกินห้าเท่าของค่าปกติ อาจให้ยานี้ได้ด้วยความระมัดระวัง • ประวัติแพ้ยา naltrexone • ภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคติดสุรารุนแรง เนื่องจาก ยา naltrexone อาจเพิ่มความรู้สึกซึมเศร้า และยามีประสิทธิผลไม่ค่อยดีนักในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย[20,21] • หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เนื่องจากยังไม่มีผลวิจัยสนับสนุนความปลอดภัยในการใช้ยาในประชากรกลุ่มนี้
ปฏิกิริยาระหว่างยา	ยา naltrexone ทำให้เกิดภาวะขาดสารฝิ่น (opioid withdrawal) ในผู้ที่ยังคงใช้หรือติดสารเสพติดกลุ่มฝิ่น (opioid dependence) เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ในการจับกับตัวรับ mu opioid แบบยับยั้ง (opioid antagonist) อยู่ได้นาน จึงมีปฏิกิริยากับยาที่มีอนุพันธุ์ของฝิ่น หากผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดและจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดที่มีอนุพันธุ์ของฝิ่น จำเป็นต้องหยุดยา naltrexone ก่อนเป็นเวลาอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง ยา naltrexone ไม่เปลี่ยนแปลงการดูดซึมหรือเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่กำลังใช้ยานี้จึงสามารถดื่มสุราได้ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้หลังจากดื่มสุราเข้าไปขณะที่ใช้ยานี้อยู่ สามารถใช้ยา naltrexone ร่วมกับยาต้านเศร้าได้อย่างปลอดภัย และยังไม่มีรายงานชัดเจนถึงปฏิกิริยาระหว่างยานี้กับยาอื่นๆ แต่ไม่ควรใช้ยา naltrexone นี้ร่วมกับยาที่มีพิษต่อตับ เช่น disulfiram[21]
วิธีการบริหารยา	ยา naltrexone อยู่ในรูปยาเม็ดขนาด 50 มก ขนาดที่ใช้ 50 มก. ต่อวัน รับประทานพร้อมอาหาร อาจเริ่มต้นให้ครึ่งเม็ด (25 มก.ต่อวัน) เป็นเวลาหลายวัน แล้วค่อยเพิ่มเป็น 1 เม็ดหลังจากอาการข้างเคียงลดลง ยา naltrexone แบบออกฤทธิ์ระยะยาว อยู่ในรูปแบบยาฉีด มีสองขนาด คือ 380 มก. และ 190 มก. ใช้ฉีดเข้ากล้าม เดือนละ 1 เข็ม

ตารางที่ 10.2 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา naltrexone ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา (ต่อ)

ระยะเวลาในการให้ยา	ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้ยายังไม่ทราบชัดเจน ส่วนใหญ่ให้ช่วง 3-6 เดือนแรกของการรักษา การตัดสินใจว่าจะให้ยานานเท่าไร ขึ้นกับผู้ป่วยและแพทย์ตัดสินใจร่วมกันบนพื้นฐานของอาการข้างเคียงของยา ประวัติการกลับไปติดซ้ำ บริบทครอบครัวและสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ระหว่างการใช้ยา naltrexone แพทย์ต้องติดตามภาวะสุขภาพจิต ตรวจร่างกายและการทำงานของตับเป็นระยะ ถ้าผู้ป่วยพลั้งเผลอไปดื่มสุรา ยังคงให้ยาต่อได้ และใช้จิตสังคมบำบัดเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่อง ไม่มีรายงานเกี่ยวกับการติดยา naltrexone เมื่อใช้เป็นเวลานานๆ ถ้าหยุดยาก็ไม่มีอาการถอนยา และหลังจากหยุดยาผู้ป่วยควรได้รับจิตสังคมบำบัดต่อเนื่อง[6,22]
การดูแลรักษาอาการข้างเคียงจากยา	ผู้ป่วนส่วนใหญ่มักทนยา naltrexone ได้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย หงุดหงิด วิตกกังวล นอนไม่หลับ อาเจียน พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ใช้ยา อาการเหล่านี้ส่วนมากหายได้เองในเวลาหลายวัน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าหมอง (dysphoria) จากการใช้ยา naltrexone ได้[21] ขั้นตอนในการดูแลรักษาอาการข้างเคียงของยา naltrexone มีดังนี้ • ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและระยะเวลาที่มีอาการซึ่งจะเกิดขึ้นไม่นานมาก • ให้ยาพร้อมอาหาร โดยอาจแบ่งให้เป็นวันละ 2 ครั้ง • เริ่มต้นให้ยาขนาดต่ำ เช่น 25 มก. ต่อวันเป็นเวลาหลายวัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น • เมื่อต้องการหยุดยา ให้ค่อยๆ ถอนยาออกทีละน้อยในเวลา 3-4 วันก่อนจะหยุดยา • ให้ยา naltrexone หลังจากผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างน้อย 3-5 วัน เพื่อให้แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของภาวะขาดสุรา

Acamprosate

Acamprosate เป็นยาอีกชนิดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อลดอาการอยากสุรา แม้ว่านักวิจัยในประเทศแถบทวีปยุโรปได้ทำการศึกษายาชนิดนี้มาเป็นเวลานาน แต่ยา acamprosate ก็ไม่ค่อยแพร่หลายนักในประเทศสหรัฐอเมริกา กลไกที่แท้จริงของยานี้ก็ยังไม่กระจ่างชัดเจน แต่เชื่อว่ายา acamprosate ออกฤทธิ์ที่ตัวรับ NMDA glutamate receptors และ GABA receptors รวมทั้งมีผลต่อสารสื่อประสาทตัวอื่นๆ ด้วย โดยจะเห็นผลหลังจากใช้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ จากรายงานการทบทวนงานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม 24 งานในผู้ป่วยรวม 6,915 คน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก acamprosate สามารถลดความเสี่ยงของการดื่มสุราลงได้ 0.86 เท่าของกลุ่มควบคุม (95% CI: 0.81, 0.91; NNT

9.09; 95% CI: 6.66, 14.28) และเพิ่มระยะเวลาในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ได้รับยา acamprosate มีจำนวนวันที่หยุดดื่มสะสมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกเฉลี่ย 10.94 วัน (95% CI: 5.08, 16.81) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในตัวแปรอื่นๆ ที่เป็นผลลัพธ์จากการรักษา (เช่น gamma-glutamyltransferase และจำนวนวันที่ดื่มหนัก) ผลข้างเคียงที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา acamprosate มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีเพียงอาการท้องเสียเท่านั้น การศึกษานี้จึงสรุปว่า acamprosate เป็นยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาผู้ติดสุราเพื่อให้หยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อถอนพิษสุราแล้ว[23]

นอกจากนี้ ยังมีผู้พยายามศึกษาว่าการรักษาด้วย acamprosate ได้ผลแตกต่างกันหรือไม่ระหว่างผู้ป่วยหญิงกับชาย จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์ พบว่า มีงานวิจัย 22 ชิ้นใน 18 ประเทศในทวีปยุโรป รวมจำนวนผู้ป่วยหญิง 1,317 คนและชาย 4,794 คน พบว่ายา acamprosate มีประสิทธิผลไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยหญิงกับชาย โดยยา acamprosate เพิ่มอัตราการหยุดดื่มในผู้ป่วยติดสุราได้มากเป็นสองเท่าของกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (odds ratio ของอัตราการหยุดดื่มเท่ากับ 1.9; 95% CI: 1.6, 2.2, p<.001) และ odds ratio ของอัตราการไม่กลับไปดื่มหนักเท่ากับ 1.9 (95% CI: 1.6, 2.3, p<.001) รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่จนครบกระบวนการรักษาและร่วมมือกับการรับประทานยามากกว่ากลุ่มยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)[24]

ในระหว่างปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2547 มีโครงการวิจัยขนาดใหญ่และใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่สลับซับซ้อนมาก ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ชื่อโครงการ The Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions Project (COMBINE Project) เพื่อประเมินประสิทธิผลของยา naltrexone และ acamprosate และการใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกัน เปรียบเทียบกับการใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด หรือพฤติกรรมบำบัดเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยทั้งหมด 1,383 คนจากศูนย์วิจัย 11 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยแบ่งออกเป็น 9 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลานาน 16 สัปดาห์ โดยผู้ป่วย 8 กลุ่มได้รับการดูแลรักษาแบบ medical management (MM) จำนวน 9 ครั้ง ซึ่งเป็นการให้ความรู้ (psychoeduction) ซึ่งสามารถทำได้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเสริมการร่วมมือกับการกินยา (medication adherence) และการหยุดดื่ม รวมทั้งการสนับสนุนให้ไปร่วมกลุ่มบำบัดในชุมชน เช่น กลุ่ม Alcoholics Anonymous เป็นต้น ผู้ป่วย 4 ใน 8 กลุ่มนี้ได้รับการบำบัดแบบเข้มข้น ซึ่งเรียกว่า combined behavioral intervention (CBI) ครั้งละ 50 นาที จำนวน 20 ครั้ง โดย CBI ได้บูรณการทั้งเทคนิกของการนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavioral therapy; CBT), 12-step facilitation การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interview; MI) และระบบสนับสนุนจากภายนอกโครงการ ผู้ป่วยทั้ง 8 กลุ่มนี้ได้รับยาชนิดใดชนิดหนึ่ง (naltrexone 100 มก. ต่อวัน หรือ acamprosate 3 กรัมต่อวัน) หรือยาทั้งสองชนิด หรือยาหลอกร่วมหรือไม่ร่วมกับ CBI ส่วนกลุ่มที่ 9 ได้รับ CBI เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้กินยาเลย เพื่อที่จะทดสอบผลของการกินยาหลอก (placebo effect)

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินผลการรักษาในระยะเวลาหนึ่งปีหลังการรักษา ผลการศึกษาของโครงการนี้พบว่า

- ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีอัตราของวันที่ไม่ดื่มสุราเพิ่มขึ้นมากหลังได้รับการรักษา จากร้อยละ 25 ก่อนการศึกษาเป็นร้อยละ 73 หลังการศึกษา
- ในกลุ่มที่ได้รับยา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับ naltrexone หรือ CBI มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มน้อยที่สุด ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับ naltrexone โดยไม่มี CBI มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มสูงที่สุด และผู้ป่วยที่ได้รับ CBI ร่วมกับยาหลอก หรือ CBI ร่วมกับ naltrexone มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มอยู่ในช่วงกลาง แสดงว่า CBI ไม่ได้ช่วยให้ผลของยา naltrexone ดีเพิ่มขึ้นเลย
- ผลของยา acamprosate เพียงตัวเดียว หรือ acamprosate ร่วมกับ naltrexone หรือ acamprosate ร่วมกับ CBI หรือ acamprosate ร่วมกับทั้ง naltrexone และ CBI ไม่ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ acamprosate เลย
- ผู้ป่วยที่ได้รับ CBI โดยไม่ได้รับยาใดๆ หรือ MM มีจำนวนวันที่หยุดดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับ MM หรือกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับ MM และ CBI
- หนึ่งปีหลังจากการรักษา ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีร้อยละของวันที่หยุดดื่มลดลง และไม่พบความแตกต่างของร้อยละดังกล่าวระหว่างกลุ่ม
- อัตราของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างรุนแรงไม่ได้แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

การศึกษานี้สรุปว่า การใช้ naltrexone ร่วมกับ acamprosate มีความปลอดภัยแต่ก็ไม่ได้ทำให้ผลการรักษาดีมากขึ้นกว่าการใช้ naltrexone เพียงชนิดเดียว หรือการให้ยา naltrexone ร่วมกับการทำพฤติกรรมบำบัด[25]

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ศูนย์บำบัดสามแห่งในประเทศออสเตรเลียที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของ naltrexone (50 มก. ต่อวัน) กับ acamprosate (1,998 มก. ต่อวัน) กับการบำบัดแบบย่อเพื่อเสริมความร่วมมือในการรักษา (brief manualized compliance therapy) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสุรา 169 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการมี 94 ราย ส่วนใหญ่มีผลการรักษาดีขึ้นทั้งในด้านปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ความรุนแรงของอาการติดและอยากสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ใช้ naltrexone ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและติดสุราขั้นไม่รุนแรง แต่ไม่พบประสิทธิผลของการรักษาในกลุ่มที่ใช้ acamprosate[26]

ผลการศึกษาต่างๆ สรุปได้ว่าทั้ง naltrexone และ acamprosate ต่างได้ผลดีในการรักษาโรคติดสุราเมื่อใช้ร่วมกับจิตสังคมบำบัด โดย naltrexone มีประสิทธิผลเด่นในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนักหรือควบคุมการดื่ม ในขณะที่ acamprosate จะมีประสิทธิผลเด่นในการทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา การใช้ยาทั้งสองตัวร่วมกันมีความปลอดภัย แต่ก็ไม่ได้ทำให้ผลการรักษาดีมากขึ้นกว่าการใช้ naltrexone เพียงชนิดเดียว[2]

รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา acamprosate ในแง่มุมต่างๆ ทางคลินิกได้แสดงไว้ในตารางที่ 10.3

ตารางที่ 10.3 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา acamprosate ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา

ข้อบ่งชี้	• ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มสุรา ไม่ใช่เพียงต้องการจะลดการดื่มลง[23,24] ยินดีร่วมมือรับประทานยาตามแพทย์สั่ง[27] และสุขภาพกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (medically stable)[6]
ข้อห้ามใช้	• ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา acamprosate • ผู้ป่วยที่มีภาวะตับวายรุนแรง (severe liver failure) หรือไตเสื่อม (renal insufficiency) (creatinine clearance น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 มล. ต่อนาที) • หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เนื่องจากยังไม่มีผลวิจัยสนับสนุนความปลอดภัยในการใช้ยาในประชากรกลุ่มนี้[6,22]
ปฏิกิริยาระหว่างยา	• ยา acamprosate ไม่มีปฏิกิยากับแอลกอฮอล์ • แคลเซียมซึ่งเป็นองค์ประกอบของยา acamprosate อาจทำให้ยา tetracycline ไม่ออกฤทธิ์ (inactive)[6]
วิธีการบริหารยา	• ควรเริ่มให้ยาหลังจากการดื่มสุราครั้งสุดท้าย 3-7 วัน หรือหลังหายจากภาวะขาดสุรา อย่างไรก็ตาม แพทย์สามารถให้ยานี้ในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราได้อย่างปลอดภัย แต่การใช้ยา acamprosate ระหว่างถอนพิษสุราไม่ได้ช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นในด้านการคงอยู่ในการรักษา อาการขาดสุรา การดื่มสุรา และขนาดยา benzodiazepine ที่ใช้[28] • ก่อนให้ยา acamprosate แพทย์ควรซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินดูว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคตับเรื้อรังหรือตับวาย หรือโรคไตหรือไม่ (ยานี้เกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 90 ถูกขับออกทางไต) • หลังจากทราบผลการประเมินทางร่างกายแล้วว่าไม่มีข้อห้ามใช้ แพทย์ควรเริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายและแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติของยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงเกี่ยวกับการลดอาการอยากสุรา นัดติดตามผลการรักษาทุกสัปดาห์ในช่วงแรกเพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักถอนตัวจากการรักษา • ขนาดยาบรรจุ 333 มก. ต่อเม็ด ขนาดยาที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ 1,998 มก. ต่อวัน รับประทานพร้อมอาหารครั้งละ 2 เม็ดวันละ 3 ครั้ง รวมเป็น 6 เม็ดต่อวัน ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กก. ให้ลดขนาดยาลงเหลือ 1,332 มก. ต่อวัน รับประทาน 4 เม็ดต่อวัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง คือ 2 เม็ดเช้า 1 เม็ดกลางวัน และ 1 เม็ดพร้อมอาหารเย็น[22]

ตารางที่ 10.3 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา acamprosate ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา (ต่อ)

ระยะเวลาในการให้ยา	• ระยะเวลาที่เหมาะสมคือในช่วง 3-6 เดือนแรกของการรักษา แต่การพิจารณาว่าจะให้ยานานเท่าไร ขึ้นกับผู้ป่วยและแพทย์ตัดสินใจร่วมกัน บนพื้นฐานของอาการข้างเคียงของยา ประวัติการกลับไปติดซ้ำ บริบทครอบครัวและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ
แวดล้อม	• ระหว่างการใช้ยา acamprosate แพทย์ต้องติดตามภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยด้านสิ่งตรวจร่างกายและการทำงานของตับและไตเป็นระยะ • ถ้าผู้ป่วยพลั้งเผลอไปดื่มสุรา ก็ยังคงใช้ยาต่อไปได้ และใช้จิตสังคมบำบัดเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยานี้ต้องรับประทานบ่อยครั้งและต้องใช้ยานาน ผู้ป่วยบางรายรู้สึกยุ่งยากและไม่อยากรับประทานยา แพทย์อาจปรับวิธีบริหารยาได้เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีรายงานเกี่ยวกับการติดยา acamprosate เมื่อใช้เป็นเวลานานๆ ถ้าหยุดยาก็ไม่มีอาการถอนยา และหลังจากหยุดยาผู้ป่วยควรได้รับจิตสังคมบำบัดต่อเนื่อง
การดูแลรักษาอาการข้างเคียงจากยา	ผู้ป่วนส่วนใหญ่มักทนยา acamprosate ได้ดี อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดคือ ท้องเสีย และง่วงซึม ซึ่งมักหายได้เองในเวลาไม่กี่วัน อาการที่พบไม่บ่อยนักคือปวดท้องแบบไม่รุนแรง ผื่นแดง รู้สึกยุบยิบเหมือนเข็มตำตามแขนขา (paresthesiae) ความต้องการทางเพศลดลง และสับสน แพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้[6]

Nalmefene

Nalmefene เป็นยาชนิดใหม่ที่เพิ่งถูกนำมาใช้ในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยเปลี่ยนจากแนวคิดเดิมที่มุ่งเป้าหมายการรักษาในการทำให้ผู้ป่วยหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้นานที่สุดมาเป็นการลดปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ โดยการให้ยาเมื่อมีความต้องการจะควบคุมการดื่ม หรือเรียกว่า “as-needed prescription” ดังนั้นผู้ป่วยโรคติดสุราที่ยังไม่สามารถเลิกดื่มได้ แต่อยากลดปริมาณการดื่มสุราลงจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ยาชนิดนี้

จากรายงานผลการศึกษาประสิทธิผลของยา nalmefene ซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2556 โดย Mann และคณะ ให้ยา nalmefene 18 มก. รับประทานตามต้องการเปรียบเทียบกับยาหลอกเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ในอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคติดสุรา 604 ราย (กลุ่มที่ได้รับยาหลอก 289 คน กลุ่มที่ได้รับ nalmefene 290 คน) ในประเทศเยอรมัน ฟินแลนด์ สวีเดนและออสเตรีย อาสาสมัครมีวันที่ดื่มหนัก

6 วันขึ้นไป และดื่มมากกว่าระดับการดื่มแบบเสี่ยงปานกลางตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกในเวลา 4 สัปดาห์ก่อนการคัดกรองเข้าสู่การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ณ เวลา 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับ nalmefene มีจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ดื่มน้อยกว่า 2.3 วัน 95% CI: -3.8, -0.8; p=0.0021) และปริมาณสุราที่ดื่มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย (ดื่มน้อยกว่า 11.0 กรัมต่อวัน 95% CI: -16.8, -5.1; p=0.0003) ผลการตรวจการทำงานของตับ และการประเมินภาพรวมทางคลินิก (clinical global impression) ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับยา nalmefene มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก ณ เวลา 24 สัปดาห์[29]

หลังจากนั้น Gual และคณะได้ศึกษาในประเทศเบลเยี่ยม สาธารณรัฐเชค ฝรั่งเศส อิตาลี โปแลนด์ โปรตุเกส และสเปน มีอาสาสมัคร 718 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้ยา nalmefene 18 มก. ต่อวัน จำนวน 335 คน และกลุ่มที่ได้ยาหลอก 332 คน พบว่า ในช่วงเวลา 6 เดือน กลุ่มที่ได้ยา nalmefene มีจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 1.7 วันต่อเดือน (95% CI: -3.1, -0.4; p=0.012) การวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดดื่มก่อนที่จะถูกสุ่มแบ่งกลุ่มจะมีผลการรักษาด้วย nalmefene ดีกว่ากลุ่มที่หยุดดื่มไปเองก่อนหน้านั้น[30]

ต่อมา Wim van den Brink และคณะได้นำผลการศึกษาของทั้งสองโครงการนี้มาวิเคราะห์ผลรวมเฉพาะผู้ที่มีผลคัดกรองว่าเป็นผู้ดื่มหนัก (ผู้ชายดื่มมากกว่า 60 กรัมต่อวัน ผู้หญิงมากกว่า 40 กรัมต่อวัน) ได้ผู้ป่วยรวมของสองโครงการ 667 คน (ยาหลอก 332 คน nalmefene 335 คน) พบว่า nalmefene ลดจำนวนวันที่ดื่มหนักได้ดีกว่ายาหลอก 3.2 วัน (95% CI: -4.8, -1.6, p<.0001) และลดปริมาณสุราทั้งหมดที่ดื่มลงได้มากกว่ายาหลอก 14.3 กรัมต่อวัน (95% CI: -20.8, -7.8, p<.0001)[31]

นอกจากนี้ Wim van den Brink และคณะยังรายงานการศึกษาประสิทธิผลของยา nalmefene โดยใช้ยาขนาด 18 มก. ต่อวัน เทียบกับยาหลอก ในประเทศแถบยุโรปรวมถึงสหราชอาณาจักร รัสเซีย และยูเครน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 675 คน (กลุ่มที่ได้ยา nalmefene 509 คน กลุ่มได้ยาหลอก 166 คน) อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปด้วย ติดตามผลการรักษาทุกเดือน ระยะเวลาที่ให้ยา 52 สัปดาห์ และติดตามความปลอดภัยหลังหยุดยาอีก 4 สัปดาห์รวมเป็น 56 สัปดาห์ พบว่า ในสัปดาห์ที่ 24 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนวันดื่มหนักและค่าเฉลี่ยของปริมาณสุราทั้งหมดที่ดื่มในแต่ละวัน แต่ในสัปดาห์ที่ 52 กลุ่มที่ได้ยา nalmefene มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก 1.6 วัน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.017) ค่าเฉลี่ยของปริมาณสุราทั้งหมดที่ดื่มในแต่ละวันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอก 6.5 กรัมต่อวันซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.036) ในเดือนที่ 13 กลุ่มที่ได้ยา nalmefene เท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงจาก 15 เป็น 3 วันต่อเดือน และค่าเฉลี่ยของปริมาณสุราทั้งหมดที่ดื่มในแต่ละวันลดลงจาก 75 เป็น 16 กรัมต่อวัน[32]

ผลการศึกษาทั้งสามโครงการนี้สรุปว่า การรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราด้วยยา nalmefene แบบกินตามความต้องการ มีประโยชน์ในประชากรที่เป็นผู้ดื่มหนัก โดยทำให้จำนวนวันที่ดื่มหนัก และปริมาณสุราที่ดื่มลดลงในเดือนที่หกและเดือนที่ 13 ยา nalmefene จึงเป็นทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุรา[33] นอกจากนี้ ยังมีรายงานการทบทวนวรรณกรรมฉบับล่าสุดซึ่งเพิ่งตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2557 นี้เองเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา nalmefene จากผลงานวิจัย 7 ฉบับ มีอาสาสมัครทั้งสิ้น 2,121 คน พบว่ายา nalmefene ช่วยลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดจำนวนวันที่ดื่มสุรา และลดปริมาณสุราที่ดื่มในแต่ละวัน[34] อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่า ถึงแม้ว่ายา nalmefene จะมีประสิทธิผลในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนักหรือปริมาณสุราที่ดื่มลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่ปริมาณที่ลดลงก็เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เพียง 0.6 ถึง 1.4 หน่วยดื่มต่อวัน ซึ่งอาจจะไม่มีความหมายนักในทางคลินิก เมื่อเทียบกับราคายาที่แพงมากกว่าราคายา naltrexone การใช้ยาชนิดนี้จึงควรพิจารณาประโยชน์และราคาอย่างระมัดระวัง[35]

กลไกการออกฤทธิ์ของยา nalmefene

Nalmefene เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับ opioid แบบยับยั้งการทำงาน (opioid receptor antagonist) ลักษณะโครงสร้างคล้ายกับ naltrexone แต่ดีกว่าตรงที่ไม่มีผลเสียต่อตับเมื่อใช้ยาในขนาดสูง มีชีวะปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) สูงกว่า naltrexone (ร้อยละ 40) เมื่อให้ด้วยการรับประทาน เริ่มออกฤทธิ์ช้ากว่า (slower onset) แต่ระยะเวลาการออกฤทธิ์นานกว่า naltrexone ค่าครึ่งชีวิตของยาเฉลี่ยประมาณ 13.4 ชั่วโมง nalmefene มีลักษณะเภสัชจลนศาสตร์แบบเส้นตรง (linear pharmacokinetics) สามารถครอบครองตัวรับ (receptor occupancy) ได้ถึงร้อยละ 87-100 ภายใน 2 ชั่วโมง และร้อยละ 83-100 ยังคงครอบครองอยู่นานถึง 26 ชั่วโมง แล้วจึงลดลงเหลือร้อยละ 48.4-72.0 ใน 50 ชั่วโมงซึ่งเป็นช่วงที่ระดับยาในเลือดต่ำมาก แสดงว่ายาจับกับ opioid receptors แล้วค่อยๆ ปล่อยออกอย่างช้าๆ (slow dissociation of drug) nalmefene จับกับ mu (μ)-opioid receptor ได้ดีกว่า naltrexone รวมทั้งยังออกฤทธิ์ยับยั้ง delta (δ) และจับกับ kappa (κ) opioid receptors ได้ดีกว่าอีกด้วย ซึ่งตัวรับดังกล่าวเชื่อว่ามีผลในการเสริมแรงขับภายในให้ดื่มสุรา nalmefene จึงจัดว่าเป็น “ตัวยับยั้งครอบจักรวาล” (“universal antagonist”)[36,37]

(Beta-endorphin จับกับ μ และ δ opioid receptors ส่วน enkephalin จับกับ δ opioid receptors และ dynorphin จับกับ κ opioid receptors โดยเฉพาะ[38,39] μ และ κ opioid receptors ของเซลล์ประสาทอยู่ใน gray matter ของ spinal cord, limbic system, hippocampus, thalamus, ventral striatum และ brain stem[39,40] ส่วน δ opioid receptors ของเซลล์ประสาทส่วนใหญ่อยู่ใน GABAergic neurons ซึ่งอยู่ใน gray matter ของ telencephalon และ hippocampus[41])

แอลกอฮอล์มีผลในการกระตุ้นการหลั่งของ beta-endorphin, enkephalin และ dynorphin โดยการจับกับ opioid receptors เหล่านี้ที่ nucleus accumbens ซึ่งมีผลต่อการหลั่ง dopamine ในวงจรรางวัล การดื่มสุราจึงทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข สนุกสนาน คลายเครียด ซึ่งเป็นผลทางบวก

ของแอลกอฮอล์ที่ผู้ดื่มต้องการ เมื่อดื่มไปนานๆ แล้วหยุดดื่ม ผู้ดื่มจะมีอาการอยากสุรา ซึ่งเกิดจากการมีระดับ dopamine ต่ำที่วงจรนี้ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราและดื่มปริมาณมากขึ้น

ยา nalmefene เมื่อให้รับประทานก่อนดื่มสุรา 1 ชั่วโมงหรือพร้อมสุรา จะไปแย่งจับกับ opioid receptors ถึงแม้ว่าแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นการหลั่ง endogenous opioids แต่ endogenous opioids เหล่านี้ก็จะไม่สามารถจับกับ opioid receptors ได้ ทำให้ไม่ไปเพิ่มการหลั่ง dopamine ในวงจรรางวัล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับผลทางบวกจากการดื่มสุราอีก ถึงแม้ว่าจะดื่มปริมาณมากก็ตาม ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถลดปริมาณการดื่มสุราลงได้ ผลทางอ้อมที่ได้ คือช่วยลดอันตรายจากพิษสุราเพราะดื่มปริมาณน้อยลง[42]

ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคติดสุรา

นอกจากยามาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว ยังมียาอื่นๆ ซึ่งถึงแม้จะยังไม่มีการรับรองโดยองค์การอาหารและยา แต่ก็มีการศึกษาถึงประสิทธิผลในการรักษาโรคติดสุราในระยะยาว (ตารางที่ 10.4) เช่น ยาต้านเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ serotonin ชนิด 3 ($5\text{-}HT_3$ antagonist) ยากันชัก ยา gammahydroxybutyric acid (GHB) และยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ต่อไปนี้จะกล่าวถึงยาเหล่านี้โดยละเอียด

ตารางที่ 10.4 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา nalmefene ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา

ข้อบ่งชี้	ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคติดสุราและมีพฤติกรรมดื่มหนัก คือในผู้ชายดื่ม 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไปภายใน 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า 14 หน่วยมาตรฐานต่อสัปดาห์ ผู้หญิงดื่ม 4 หน่วยมาตรฐานขึ้นไปภายใน 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า 7 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์
วิธีการบริหารยา	ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งในวันที่ต้องการจะดื่มสุรา หรือมีความเสี่ยงที่จะต้องดื่มสุรา เช่น ไปงานเลี้ยงสังสรรค์ โดยรับประทานยาก่อนไปงาน 1-2 ชั่วโมง หากไม่สามารถทำได้ ก็ให้รับประทานยาให้เร็วที่สุดก่อนที่จะดื่มสุรา ข้อดีของยาคือ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยาทุกวัน ถ้าวันไหนไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องดื่มสุราก็ไม่ต้องรับประทานยา ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวก ไม่เป็นภาระที่จะต้องรับประทายยาทุกวัน อีกทั้งเมื่อรับประทานยาไปแล้ว สามารถดื่มสุราได้โดยไม่มีผลข้างเคียงรุนแรง นอกจากนี้ยังช่วยลดปริมาณสุราที่ดื่มให้น้อยลง เพราะถึงแม้จะดื่มสุรามากก็ไม่ได้รู้สึกมีความสุขเหมือนเดิม และช่วยลดความอยากสุราได้ด้วย

ตารางที่ 10.4 ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการบริหารยา nalmefene ผลข้างเคียงและวิธีการดูแลรักษา (ต่อ)

	ควรให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจหรือพฤติกรรมบำบัดชนิดอื่นควบคู่ไปกับการใช้ยาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมืออย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา
ปฏิกิริยาระหว่างยา	**ปฏิกิริยาหลัก (Major)** Nalmefene มีปฏิกิริยาหลักกับยาสองตัวคือ droperidol และ droperidol ผสม Fantanyl การใช้ยาดังกล่าวร่วมกับ nalmefene จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเต้นของหัวใจไม่เป็นจังหวะเนื่องจาก QT interval prolongation ซึ่งอาจถึงขั้นรุนแรงเป็น torsade de pointes แล้วเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ nalmefene ร่วมกับยาสองตัวนี้เป็นอันขาด ต้องส่งตรวจคลื่นหัวใจเป็นระยะพร้อมกับตรวจหาระดับแมกนีเซียม และโปแตสเซียมในเลือด พร้อมปรับขนาดยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์ทันที หากมีอาการวิงเวียนเฉียบพลัน เป็นลม ตัวเบาหวิว หายใจไม่สะดวก หัวใจเต้นแรงและเร็ว หรือมีอาการอ่อนแรง ง่วงซึม สับสน ปวดกล้ามเนื้อหรือเป็นตะคริว คลื่นไส้อาเจียน **ปฏิกิริยาปานกลาง (Moderate)** Nalmefene มีปฏิกิริยาปานกลางกับยาสี่ชนิดคือ glimepiride, glimepiride ผสม pioglitazone, glimepiride ผสม rosiglitazone และ levomethadyl acetate การใช้ยา glimepiride ร่วมกับ nalmefene จะเพิ่มฤทธิ์ยา glimepiride ในการลดน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ เกิดอาการปวดศีรษะวิงเวียน เหงื่อออกหิวมาก สับสน กังวล กระสับกระส่าย ต้องส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมปรับขนาดยา การใช้ยา levomethadyl acetate ซึ่งเป็นยาแก้ปวดอย่างแรงร่วมกับ nalmefene จะเพิ่มการเกิดอาการ opioid withdrawal syndrome ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก หาวบ่อย ขนลุก น้ำตาไหล น้ำมูลไหล กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เป็นต้น ควรแนะนำและปรับขนาดยา **ปฏิกิริยาเล็กน้อย (Minor)** Nalmefene มีปฏิกิริยาเล็กน้อยกับยา flumazenil ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก[43]
อาการข้างเคียง	อาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยา nalmefene คือ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูง[33]

ยาที่ออกฤทธิ์ผ่านระบบ serotonin

ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

งานวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีระดับของ serotonin (5-HT) ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคติดสุรา serotonin มีบทบาทเกี่ยวข้องกับ dopaminergic function ในวงจรรางวัลในสมอง[44] ดังนั้น ยาที่ไปเพิ่ม serotonin ที่จุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทจึงได้รับความสนใจถูกนำมาทดลองใช้ในการรักษาโรคติดสุรา[45] มีงานศึกษาหลายงานที่ทดสอบประสิทธิผลของยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ในผู้ติดสุราทั้งที่เป็นโรคซึมเศร้าและไม่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ตัวอย่างของการศึกษาแบบสุ่มแบ่งกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุมที่ทดสอบประสิทธิผลของยาในกลุ่มนี้ในการรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ได้แก่ การใช้ fluoxetine ในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 31 คน เมื่อรักษาเป็นเวลา 1 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้ยานี้มีอาการซึมเศร้าน้อยลง และดื่มสุราน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก[46]

มีการศึกษาประสิทธิผลของยา sertraline ในผู้ป่วยติดสุราหลายโครงการ เช่น การศึกษาหนึ่งใช้ sertraline ขนาด 200 มก. ต่อวัน เทียบกับยาหลอก เป็นเวลา 14 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มผู้ติดสุราที่ไม่มีโรคซึมเศร้าสามารถลดการดื่มสุราลง ส่วนกลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย setraline กลับไม่ช่วยลดการดื่มสุราและอาการซึมเศร้า[47] แต่มีอีกการศึกษาหนึ่งในผู้ป่วยติดสุราร่วมกับโรคซึมเศร้า 82 คน เปรียบเทียบระหว่างการใช้ sertraline กับยาหลอกร่วมกับ CBT นาน 12 สัปดาห์ กลับพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหญิงที่ได้ sertraline มีอาการซึมเศร้าลดลง และการดื่มสุราต่อวันลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มยาหลอก โดยการดื่มสุราที่น้อยลงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้น[48] และจากอีกการศึกษาหนึ่ง ใช้ sertraline 200 มก. ต่อวัน หรือ naltrexone 100 มก. ต่อวัน หรือใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกัน เปรียบเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 170 คน ติดตามการรักษานาน 14 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งสี่กลุ่มได้รับ CBT ทุกสัปดาห์ร่วมด้วย ผลวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้ยาสองชนิดร่วมกัน มีอัตราหยุดดื่มมากกว่า และมีช่วงเวลาปลอดสุราก่อนกลับไปดื่มหนักซ้ำยาวนานกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ naltrexone หรือ sertraline หรือยาหลอกเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับยาสองชนิดร่วมกันมีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อจบโครงการอีกด้วย[49]

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของยา citalopram 40 มก. ต่อวัน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการซึมเศร้าเพศชาย 16 คน หญิง 15 คน เปรียบเทียบกับการให้ยาหลอก เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้ citalopram สามารถลดปริมาณการดื่มสุราลงได้ แต่ผู้ชายสามารถลดปริมาณสุราที่ดื่มลงได้มากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[50]

นอกจากโรคซึมเศร้าแล้ว มีการศึกษาประสิทธิผลของยากลุ่ม SSRIs นี้ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีโรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และโรคอื่นในกลุ่มโรควิตกกังวล พบว่า sertraline (150 มก. ต่อวัน) ช่วยลดอาการ PTSD ได้แต่ไม่มีผลต่ออาการติดสุรา ผู้ป่วยที่มีโรคติดสุราไม่รุนแรงและโรค PTSD เกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อย (early-onset PTSD) ที่ได้รับยา sertraline มีจำนวนวันที่ดื่มสุราลด

ลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มที่เป็น PTSD ในช่วงอายุมากและมีอาการของโรคติดสุรารุนแรงกลับได้ผลการรักษาไม่ดีกว่ากลุ่มที่รับยาหลอก[51] นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคติดสุราที่หยุดดื่มสุราไปแล้วที่มีโรค agoraphobia หรือ social phobia ร่วมด้วย 47 คน โดยให้จิตสังคมบำบัดแบบเข้มข้นเพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำร่วมกับการให้ยากลุ่ม SSRIs หนึ่งชนิดเพื่อรักษาอาการวิตกกังวล และ CBT ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 32 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมการรักษาภาวะวิตกกังวลช่วยลดอาการวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน แต่ก็ไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับมาติดสุราซ้ำได้เลย[52] ผลสรุปจากการศึกษาทั้งสองงานนี้คือ การรักษาที่ให้ร่วมมีผลเฉพาะต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วยเท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราหรืออาการของโรคติดสุราดีขึ้นมากนัก

ผลการศึกษาทั้งหมดนี้แสดงว่ายาต้านเศร้ากลุ่มนี้น่าจะมีประโยชน์ในการรักษาภาวะโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล แต่ผลในการรักษาโรคติดสุรายังไม่ชัดเจน และผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้นที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ซึ่งอาจจะเกิดจากความแตกต่างของยีนและการแสดงออกของยีน (genotypic and phenotypic variations) ระหว่างคนที่เป็นโรคติดสุราที่มีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยที่เป็นตัวกำหนดการตอบสนองต่อยา[45]

ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ serotonin ชนิด 3 (5-HT_3 antagonist)

ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ serotonin ชนิด 3 (5-HT_3 antagonist) เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีผลการศึกษาค่อนข้างสนับสนุนประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุรา ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ที่มีการศึกษาวิจัยหลายงาน ในผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ ondansetron

ตัวอย่างของการศึกษาประสิทธิผลของ ondansetron ได้แก่ การศึกษาของ Johnson และคณะในผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราตั้งแต่อายุน้อย (early onset alcoholics; EOA) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ ondansetron ในขนาดต่างๆ ดังนี้ 1 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม 4 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม และ 16 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ให้ยาวันละ 2 ครั้ง เปรียบเทียบกับยาหลอก ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 25 ปี และมีประวัติโรคติดสุราในครอบครัว จำนวน 125 คน กับผู้ป่วยโรคติดสุราชนิดเริ่มเป็นเมื่ออายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป (late onset alcoholics; LOA) จำนวน 128 คน ติดตามทุกสัปดาห์จนครบ 12 สัปดาห์ พบว่า ondansetron ในขนาด 4 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยโรคติดสุราชนิด EOA ให้ผลลดอาการอยากสุรา จำนวนวันดื่มและปริมาณสุราที่ดื่มได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในทางตรงข้าม ondansetron ในขนาด 1 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมได้ผลในผู้ป่วยโรคติดสุราชนิด LOA โดยอาการอยากสุราที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการลดการดื่ม และเพิ่มการหยุดดื่ม[53,54] เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kranzer และคณะในผู้ป่วยโรคติดสุราชนิดเริ่มเป็นเมื่ออายุมาก 20 คน กับผู้ป่วยโรคติดสุราชนิดเริ่มป็นเมื่ออายุน้อย 20 คน โดยให้ ondansetron ในขนาด 4 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราชนิดเริ่มเป็นเมื่ออายุน้อย สามารถลดปริมาณที่ดื่ม

สุราต่อวัน และลดปัญหาที่สัมพันธ์กับสุราได้ดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราชนิดเริ่มเป็นเมื่ออายุมากอย่างมีนัยสำคัญ[55]

จากผลการศึกษาที่พบความแตกต่างของการตอบสนองต่อยา ondansetron ในผู้ติดสุรากลุ่มต่างๆ ทำให้เกิดความพยายามที่จะค้นหายีนที่จะเป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพถึงการตอบสนองต่อการรักษา จึงพบว่าผู้ติดสุราที่มี genotypes ของ HTR3A และ HTR3B แตกต่างกันจะตอบสนองต่อการรักษาด้วย ondansetron ได้แตกต่างกัน[56] ชนิดของ serotonin transporter gene จึงช่วยทำนายการตอบสนองต่อการรักษาด้วย ondansetron[57] ซึ่งการค้นพบนี้นับเป็นความก้าวหน้าอย่างมากในด้านเภสัชบำบัดของโรคติดสุรา

ยาชนิดอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic system

นอกจากยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI และ ondansetron แล้ว นักวิจัยยังได้พยายามทดลองใช้ยาชนิดอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic system ในการรักษาโรคติดสุรา ยาในกลุ่มนี้ที่ถูกนำมาใช้ได้แก่ buspirone ซึ่งเป็นยาคลายกังวล (anxiolytic) ออกฤทธิ์เป็น 5-HT(1A) partial agonist แต่ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีโรควิตกกังวลร่วมด้วย พบว่ายานี้ช่วยลดอาการวิตกกังวลและอาการอื่นๆ ทางจิตเวชได้ดี แต่ไม่ได้ช่วยลดการดื่มสุรา เนื่องจาก buspirone ไม่มีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ จึงเหมาะสำหรับใช้เป็นยาเสริมในการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย[58] นอกจากนี้ยังมีการทดลองใช้ ยา ritanserin และ trazodone ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม serotonergic แต่ผลการศึกษาก็ไม่สนับสนุนประสิทธิผลในการป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำในผู้ป่วยโรคติดสุราเช่นกัน[45] แต่ trazodone ช่วยลดอาการนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย วิตกกังวล เบื่อหน่าย และซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคติดสุราในระหว่างการรักษาเพื่อถอนพิษสุรา[59]

ยากันชัก (Anticonvulsants)

Topiramate เป็นยากันชักที่มีงานวิจัยรองรับมากที่สุด สำหรับใช้ในการรักษาโรคติดสุรา โดย Johnson และคณะได้ทำการทดลองแบบที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2546 ในผู้ป่วยโรคติดสุรา 250 คน ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งถูกสุ่มแบ่งให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับ topiramate 25-300 มก. ต่อวันโดยปรับขนาดขึ้นเรื่อยๆ อีกครึ่งหนึ่งได้รับยาหลอกร่วมกับการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา เป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ topiramate ดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก 2.88 หน่วยดื่มต่อวัน (95% CI: -4.50, -1.27) มีจำนวนวันที่ดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 27.6 และมีวันที่ไม่ดื่มสุรามากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 26.2 นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับ topiramate ยังมีความรู้สึกอยากดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุม มีคุณภาพชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ดีขึ้น และผลกระทบทางลบจากการดื่มสุราน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้จึงเป็นงานแรกที่แสดงว่า topiramate น่าจะมี

ประสิทธิผลในการรักษาผู้ติดสุราโดยเสริมไปกับการดูแลรักษาตามปกติที่ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา[60,61]

หลังจากนั้นมีรายงานผลการศึกษาของ topiramate ในผู้ป่วยติดสุราชายและหญิง 371 คนในศูนย์การรักษา 17 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า หากจัดให้กลุ่มที่ออกจากการศึกษากลางคันให้เป็นกลุ่มที่กลับมาดื่มอีกในระดับที่เท่ากับตอนก่อนรักษา ในสัปดาห์ที่ 14 ยา topiramate มีประสิทธิผลดีกว่ายาหลอกในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก รวมทั้งตัวแปรด้านพฤติกรรมการดื่มอื่นๆ ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยในกลุ่มที่ได้รับยา topiramate ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย การรับรู้รสผิดเปลี่ยนไป เบื่ออาหาร และสมาธิบกพร่อง[62] การศึกษานี้จึงช่วยสนับสนุนประสิทธิผลของยา topiramate ในการรักษาผู้ติดสุราในประชากรศึกษาจำนวนมากขึ้นในศูนย์การรักษาหลายแห่ง

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาแบบ naturalistic, randomized และ open-label เปรียบเทียบ topiramate กับ naltrexone ในผู้ติดสุรา 182 คนซึ่งดื่มอย่างหนักในช่วงหนึ่งเดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา พบว่า เมื่อประเมินผล ณ เวลา 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับ topiramate 200 มก. ต่อวัน มีคะแนนของแบบวัดต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกอยากดื่มและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ naltrexone ผู้ป่วยในกลุ่ม topiramate ยังคงการหยุดดื่ม หรือดื่มแบบพอประมาณโดยไม่มีปัญหาได้มากกว่ากลุ่ม naltrexone อีกด้วย[63]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยโดย Likhitsathian และคณะกลับไม่พบความแตกต่างของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ระยะเวลาปลอดสุราไปจนถึงวันที่เริ่มดื่มหนักใหม่อีก รวมทั้งผลการรักษาอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยโรคติดสุรา 53 คนที่ได้รับ topiramate 100-300 มก. ต่อวัน กับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกอีก 53 คนในการศึกษาแบบควบคุมที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม แต่เมื่อนักวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลแบบ sensitivity analysis ก็พบแนวโน้มว่า topiramate อาจจะมีประสิทธิผลในการรักษาผู้ติดสุรา ซึ่งคงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยต่อไป[64]

ในงานทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของยากันชักในการรักษาโรคติดสุราในฐานข้อมูล Cochrane Library ฉบับล่าสุด โดย Pani และคณะซึ่งเพิ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2557 นี้เอง จากการสืบค้นผลงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525-2556 พบงานวิจัยที่มีคุณภาพดีซึ่งนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 26 งาน เป็นงานวิจัยทดลองประสิทธิผลของยา topiramate 10 งาน gabapention 5 งาน valproate 3 งาน levetiracetam 2 งาน oxcarbamazepine 2 งาน และเป็นของยา carbamazepine, zonisamide, pregabalin และ tiagabin อีกอย่างละหนึ่งงาน มีจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 2,641 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย อายุเฉลี่ย 44 ปี เป็นการทดลองเปรียบเทียบกับยาหลอก 17 งาน เปรียบเทียบกับยาอื่น 7 งาน และเปรียบเทียบกับการไม่ใช้ยาใดๆ อีก 2 งาน ระยะเวลาศึกษาเฉลี่ย 17 สัปดาห์ (ระหว่าง 4 ถึง 52 สัปดาห์) ทำการศึกษาทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแถบทวีปยุโรป อเมริกาใต้ อินเดียและไทย ระเบียบวิธีวิจัยมีความหลากหลายทั้งวิธีการศึกษา และเครื่องมือประเมินผลการศึกษา คุณภาพของงานวิจัยส่วนใหญ่จัดอยู่ระดับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า จากงานวิจัย 16 งานที่นำผลมาวิเคราะห์รวม

มีอาสาสมัครรวม 1,675 คนเข้าร่วมโครงการ อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มถอนตัวออกจากโครงการจำนวนมากแต่ไม่แตกต่างกัน (risk ratio (RR) = 0.94, 95% CI: 0.74, 1.19) ในจำนวนนี้ มีงานวิจัย 8 งาน ซึ่งมีอาสาสมัครรวม 634 คน ที่พบว่ากลุ่มที่ใช้ยากันชักมีอัตราการคงสภาพหยุดดื่มอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.21 เท่า (RR = 1.21, 95% CI: 0.97, 1.52) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในงานวิจัยอีก 11 งาน ซึ่งมีอาสาสมัครรวม 1,126 คน พบว่ากลุ่มที่ใช้ยากันชักมีจำนวนวันดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.49 วัน (ความแตกต่างเฉลี่ย = -1.49, 95% CI: -2.32, -0.65) นักวิจัยจึงสรุปว่า ยังมีข้อมูลสนับสนุนประสิทธิผลของยากันชักในการรักษาโรคติดสุราไม่เพียงพอ[65]

ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs)

Kishi และคณะได้รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์ เพื่อศึกษาประโยชน์ของยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยโรคติดสุราที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทหรือโรคอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย จากงานวิจัยที่รวบรวมจนถึงปี พ.ศ. 2555 ได้ทั้งหมด 13 งาน จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 1,593 คน เป็นยา amisulpride 1 งานที่มีอาสาสมัคร 37 คน aripiprazole 2 งานที่มีอาสาสมัคร 163 คน flupenthixol decanoate 1 งานที่มีอาสาสมัคร 142 คน olanzapine 2 งานที่มีอาสาสมัคร 62 คน quetiapine 4 งานที่มีอาสาสมัคร 174 คน และ tiapride 3 งานที่มีอาสาสมัคร 212 คน การทดลองทั้งหมดนี้เปรียบเทียบกับยาหลอก รวมอาสาสมัครที่ได้รับยาหลอก 803 คน พบว่าไม่มียาต้านโรคจิตชนิดใดเหนือกว่ายาหลอกในด้านการป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคติดสุรา (pooled RR = 1.05; 95% CI: 0.95, 1.16; P=0.38 จากการศึกษา 9 โครงการ รวมอาสาสมัคร 1,405 คน) จำนวนวันที่ดื่มหนักไม่แตกต่างกัน (p=0.15) อาการอยากสุราไม่แตกต่างกัน (p=0.82) มีเพียงรายงานของยา aripiprazole เท่านั้นที่ได้ผลเหนือกว่ายาหลอกในแง่ของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่า (p<0.00001) แต่อัตราการถอนตัวออกจากการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และพบอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น ปากแห้ง เจริญอาหาร ง่วงซึม ในกลุ่มที่ได้ยาต้านโรคจิต[66] ข้อสรุปจากการศึกษานี้คือ ยาต้านโรคจิตไม่ได้มีประสิทธิผลดีกว่ายาหลอกในการทำให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม ดื่มน้อยลง หรือลดความรู้สึกอยากดื่มสุรา

Gammahydroxybutyric acid (GHB)

GHB เป็น short fatty acid ซึ่งเป็นสารสื่อนำประสาทที่มีอยู่ตามปกติในร่างกาย มีหน้าที่เกี่ยวกับ neuromodulation และ neurotransmission กลไกการออกฤทธิ์ของ GHB ยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่ายานี้ออกฤทธิ์คล้ายแอลกอฮอล์ในระบบประสาทส่วนกลางในการเป็น GABA agonist ซึ่งมีผลต่อสารสื่อนำประสาทในสมองส่วน mesolimbic system โดยเพิ่ม dopamine, serotonin และ GABA ในสมอง ช่วยให้หลับได้เร็วและอารมณ์เคลิ้มสุข GHB ลดอาการอยากสุราได้ด้วย จึงถูกนำมาใช้รักษา

ผู้ป่วยโรคติดสุรา ในงานทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของ GHB 50 มก. ในการรักษาภาวะขาดสุราและเพิ่มอัตราการหยุดดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุราในฐานข้อมูล Cochrane Library มีงานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม 13 งาน โดย 11 งานทำในประเทศอิตาลี พบว่า GHB ได้ผลดีกว่ายาหลอกในการรักษาภาวะขาดสุรา และป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาถอนพิษแล้ว ณ เวลาสามเดือนหลังการรักษา เมื่อเทียบกับ naltrexone และ disulfiram ยา GHB ให้ผลดีกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากให้ GHB ร่วมกับ naltrexone หรือ escitalopram ก็จะยิ่งได้ผลดีกว่าในด้านอัตราการหยุดดื่มต่อเนื่องนาน 3 เดือน ถึง 1 ปี ผลข้างเคียงของ GHB ไม่แตกต่างจาก benzodiazepines, naltrexone และ disulfiram อย่างไรก็ตาม นักวิจัยสรุปว่าหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนประสิทธิผลของยา GHB สำหรับป้องกันการกำเริบซ้ำ ยังไม่เพียงพอ เพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษายังน้อยเกินไป และควรระวังความเสี่ยงต่อการติดยา GHB โดยควรใช้ GHB พร้อมกับมีระบบเฝ้าระวังและจิตสังคมบำบัดด้วย[67]

Baclofen

Baclofen เป็นยาลดอาการเกร็ง (anti-spastic drug) ที่ใช้รักษาโรคทางระบบประสาท baclofen ออกฤทธิ์เป็น gamma-amino-butyric-acid-B ($GABA_B$) receptor agonist โดยตรง[68] ยานี้ถูกเริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อไม่นานมานี้ จากงานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม 3 รายงาน ได้แสดงถึงประสิทธิผลของยาขนาด 30 มก.ต่อวัน ในการลดความอยากสุรา ลดความกังวล ป้องกันการกำเริบซ้ำ ช่วยให้หยุดดื่มสุราได้นาน และลดอาการขาดสุราได้ด้วย ทั้งสามผลงานนี้มาจากนักวิจัยชาวอิตาเลียนกลุ่มเดียวกัน[69-71] แต่มีงานวิจัยอีกงานหนึ่งที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างออกไปในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ผลต่างกันกับผลการวิจัยสามงานแรกนี้[72]

อย่างไรก็ตาม มีรายงานของแพทย์ชาวฝรั่งเศสซึ่งป่วยเป็นโรคติดสุราที่ใช้ยา baclofen บำบัดตนเองด้วยขนาดยาที่สูงถึง 120-270 มก. ต่อวัน แล้วพบว่าอาการอยากสุราลดลงและสามารถหยุดดื่มสุราเป็นเวลานาน[73] รายงานนี้ได้แพร่หลายไปในประเทศฝรั่งเศส อีกทั้งยังมีงานวิจัยทดลองแบบเปิดสนับสนุนผลของยาไปในทางเดียวกัน ซึ่งแสดงว่า ยา baclofen มีผลข้างเคียงน้อย และปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งร่วมด้วย ประเทศฝรั่งเศสจึงสนับสนุนการใช้ยา baclofen สำหรับรักษาโรคติดสุรา[74] โดย Dupouy และคณะได้ศึกษาอุบัติการณ์ของการใช้ยา baclofen สำหรับการรักษาโรคติดสุราตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2554 พบว่ามีการใช้ยานี้ในผู้ป่วย 676 คนในตลอดเวลาห้าปีนั้น คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้น 2.9 เท่าต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2550 มีการใช้ 0.09/1000 คน-ปี และปี พ.ศ. 2554 มีอุบัติการณ์ 0.26/1000 คน-ปี ครึ่งหนึ่งใช้ยานาน (ค่ามัธยฐาน) 143.5 วัน (พิสัย 74.0 ถึง 377.0 วัน) ขนาดยาที่ใช้ต่อวันเป็นค่ามัธยฐาน 24.4 มก. (พิสัย 14.8 ถึง 39.5 มก.)[75]

มีงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่รวบรวมงานวิจัยแบบทดลองเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา baclofen เมื่อเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยโรคติดสุรา จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้สามในสี่งานรวมอาสาสมัคร 203 คน พบว่า จากงาน 2 งานของ Addolorato และคณะซึ่งมีอาสาสมัครเป็นโรคติดสุรารุนแรง กลุ่มที่ได้รับ baclofen มีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่า และค่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[69,71] ส่วนอีกงานหนึ่งของ Garbutt และคณะในผู้ป่วยติดสุราที่เป็นผู้ป่วยนอกและได้รับยา baclofen รักษาร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคล พบว่าผลการรักษาไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม[72] จึงสรุปว่าหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของ baclofen สำหรับรักษาโรคติดสุรายังไม่เพียงพอ เนื่องจากผลการวิจัยแบบทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ให้ผลแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมทางกายรุนแรง รวมถึงโรคลมชักและโรคจิตเวชต่างถูกคัดออกจากโครงการวิจัยทำให้ขยายผลได้ยาก และยังมีคำถามเกี่ยวกับขนาดยาที่เหมาะสมและระยะเวลาที่ให้ จึงจำเป็นต้องมีงานวิจัยเพิ่มขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของยาต่อไป[76,77]

ตัวอย่างยา ขนาดยา กลไกการออกฤทธิ์ และข้อบ่งชี้ของยาชนิดต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคติดสุราได้แสดงไว้ในตารางที่ 10.5

แนวทางการใช้ยาเพื่อรักษาโรคติดสุราในเวชปฏิบัติ

จากที่กล่าวมาแล้วในบทนี้ จะเห็นว่าเภสัชบำบัดมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ติดสุรา โดยมีเป้าหมายการรักษาหลายประการ เช่นเพื่อควบคุมการดื่มให้อยู่ในระดับที่ไม่มากเกินไป เพื่อให้หยุดดื่มอย่างเด็ดขาด เพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ เพื่อลดอาการอยากดื่มสุรา หรือเพื่อรักษาอาการของโรคจิตเวชอื่นๆ ที่เป็นร่วม การรักษาด้วยยาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อให้ยาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา แพทย์ผู้รักษาควรจะติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยติดสุรามักมีปัญหาในการร่วมมือกับการกินยา การไม่ร่วมมือกับการรักษาอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอย่างหนักซ้ำ มีผลข้างเคียงจากการกินยา รู้สึกเป็นตราบาปที่ต้องใช้ยา กังวลต่อความปลอดภัยหรือผลข้างเคียงของยา หรือรู้สึกว่าการใช้ยาไม่ได้ทำให้เกิดผลทางบวกกับตนเอง ในการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยยา ผู้รักษาจึงควรพยายามเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

- สำรวจความคิดความเข้าใจและความกังวลของผู้ป่วยต่อการใช้ยา และใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความนึกคิดเพื่อแก้ความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการใช้ยา
- ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยถึงประโยชน์ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามความเป็นจริง

ตารางที่ 10.5 ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคติดสุราเพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

ชื่อกลุ่มยา	ตัวอย่างชื่อยา ขนาดยา/วัน	กลไกการออกฤทธิ์	ข้อบ่งชี้
SSRIs	Fluoxetine 20-40 มก. Sertraline 200 มก. Citalopram 40 มก.	ยับยั้ง serotonin transporter	ผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วย
Serotonin antagonist	Ondansetron 1-4 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง	ยับยั้ง 5-HT_3 receptors ซึ่งจะไปลด dopaminergic activities ทำให้ลด rewarding effect ของสุรา	ลดอาการอยากสุรา
Anti-anxiety drugs	Buspirone 15-30 มก.	Serotonin 1A partial agonist	ผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วย
GHB	GHB 50 มก. ต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว แบ่งให้ 3 เวลา	ทำให้เกิด reward ที่ mesolimbic system	ป้องกันอาการขาดสุรา ลดอาการอยากสุรา
Anticonvul-sants	Topiramate 150-400 มก. Gabapentin 600-1500 มก. Carbamazepine 600 มก. Oxcarbamazepine 600-1,800 มก. Zonisamide 500 มก. Levetiracetam 500-2,000 มก. Pregabalin 150-450 มก. Tiagabine 15-20 มก.	- เพิ่ม GABA-mediated neurotransmission - กดการหลั่ง glutamate - ยับยั้ง calcium channels - ลด alcohol induced dopamine release ใน nucleus accumbens	ป้องกันอาการขาดสุรา ลดอาการอยากสุรา
Skeletal muscle relaxant	Baclofen 15-40 มก.	$GABA_B$ antagonist	รักษาอาการขาดสุรา ลดอาการอยากสุรา ผู้ป่วยติดสุราระดับปานกลาง-รุนแรงและมีโรคตับแข็ง
Anti-depressants	Trazodone 50-200 มก.	Serotonin (5-HT_2) antagonist และ reuptake inhibitor	รักษาอาการนอนไม่หลับหลังถอนพิษสุรา

- ใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อไม่ดีของการใช้ยา
- ให้เอกสารความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อให้เอากลับไปอ่านที่บ้าน
- เลือกใช้วิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับเป้าหมายของการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การบำบัดที่ช่วยเสริมสร้างทักษะในการจัดการปัญหา หรือสถานการณ์เสี่ยงอาจจะเหมาะกับผู้ป่วยที่ได้รับยาบางชนิดที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ หรือการบำบัดแบบประคับประคองอาจจะเหมาะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงการหยุดดื่มต่อไป
- ติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามนัด ก็ควรจะติดตามและเชิญให้ผู้ป่วยกลับมารักษาอย่างต่อเนื่อง
- การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการให้ความรู้และข้อมูลแก่ครอบครัว ก็มีส่วนช่วยเป็นอย่างมากให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา และทำให้ผลการรักษาดีขึ้น
- อาจหาเครื่องช่วยเตือนผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ลืมกินยา เช่น มีปฏิทินการกินยาและการมารับการรักษา กล่องบรรจุยาตามมื้อที่กิน หรือการปรับมื้อยาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น

เนื่องจาก ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอที่จะบอกว่ายาชนิดใดเหมาะสมกับผู้ป่วยคนใด การเลือกใช้ยาจึงควรขึ้นกับ

- ข้อมูลทางวิชาการที่มีอยู่ เช่น acamprosate และ disulfiram มักจะได้ผลดีในคนที่ต้องการเลิกดื่ม ส่วน naltrexone และ nalmefene น่าจะเหมาะสมกับผู้ที่ต้องการรักษาเพื่อควบคุมการดื่มเท่านั้น แต่ยังไม่ต้องการที่จะเลิกดื่มอย่างเด็ดขาด
- ปัจจัยเฉพาะตัวของผู้ป่วย เช่นผลข้างเคียงจากการใช้ยา ประวัติการรับยามาก่อนในอดีต เป้าหมายการรักษา ความสามารถที่จะร่วมมือกับการรักษาและกินยาตามกำหนด และโรคทางร่างกายหรือจิตเวชที่เป็นร่วม
- เศรษฐฐานะและแหล่งช่วยเหลือเกื้อหนุน ราคาของยาหลายชนิดอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการใช้ในผู้ป่วยบางราย การรักษาด้วยยา disulfiram จะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลที่จะคอยช่วยกำกับติดตามการใช้ยาและการดื่มสุราของผู้ป่วย[6,22]

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

แม้ว่าจะมีรายงานประสิทธิผลของยาทั้ง naltrexone, nalmefene และ acamprosate ทั่วโลก แต่ในประเทศไทยยังไม่มียาดังกล่าวจำหน่าย มีเพียง disulfiram ชนิดเดียว ซึ่งเป็นยาที่ใช้ยากและมีอันตรายหากผู้ป่วยพลั้งเผลอไปดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ดื่มหนักและติดสุรารุนแรงหรือมีภาวะโรคร่วมซึ่งเป็นข้อห้ามใช้ ถึงแม้จะมีการศึกษาประสิทธิผลของยากันชักชนิด topiramate ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำในผู้ติดสุราไทย แต่ผลการศึกษาไม่สนับสนุนประสิทธิผลของยาดังกล่าว ซึ่งอาจจะเนื่องจากขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอ และเครื่องมือวัดไม่ไวพอ ดังนั้น ผู้นิพนธ์จึงมีความเห็นว่าสิ่งที่ควรจะพัฒนาต่อไปในประเทศไทยในด้านการดูแลรักษาด้วยยาในผู้ติดสุราไทย คือ

- ควรมีนโยบายให้นำยา naltrexone, nalmefene และ acamprosate เข้ามาใช้ในสถานพยาบาล และศึกษาประสิทธิผลในคนไทยว่าแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศอย่างไร
- ในขณะที่ยังไม่มียามาตรฐานใช้ ก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องเลือกใช้ยา topiramate, SSRIs, หรือ baclofen มาใช้ก่อน และเก็บรวบรวมข้อมูลติดตามผลระยะยาว เพื่อดูประสิทธิภาพของยาดังกล่าวในแง่อัตราการกลับไปดื่มหนัก อัตรากำเริบซ้ำ จำนวนวันดื่มหนัก จำนวนวันหยุดดื่ม รวมถึงอัตราการหยุดดื่มต่อเนื่องระยะยาว
- พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามการใช้ยาและอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา รวมถึงคู่มือแนะนำการใช้ยารักษาโรคติดสุรา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและการใช้ยาอย่างปลอดภัยตลอดการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Addolorato G, Armuzzi A, Gasbarrini G, De Lorenzi G, Ancona C, Abenavoli L, et al. Pharmacological approaches to the management of alcohol addiction. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2002;6:89-97.
2. Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. Curr Opin Psychiatry 2007;20:222-7.
3. Wright C, Moore RD. Disulfiram treatment of alcoholism. Am J Med 1990;88:647-55.
4. Jorgensen CH, Pedersen B, Tonnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. Alcohol Clin Exp Res 2011;35:1749-58.
5. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. PLoS One 2014;9:e87366.
6. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: The University of Sydney; 2009.
7. Mutschler J, Dirican G, Gutzeit A, Grosshans M. Safety and efficacy of long-term disulfiram aftercare. Clin Neuropharmacol 2011;34:195-8.
8. Krampe H, Stawicki S, Wagner T, Bartels C, Aust C, Ruther E, et al. Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7 years after outpatient treatment: impact of alcohol deterrents on outcome. Alcohol Clin Exp Res 2006;30:86-95.
9. Proude E, Lopatko O, Lintzeris N, Haber P. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. Sydney: The University of Sydney; 2009.
10. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. a controlled study. Arch Gen Psychiatry 1992;49:881-7.
11. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 1992;49:876-80.
12. Miller PM, Book SW, Stewart SH. Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. Int J Psychiatry Med 2011;42:227-66.
13. Chick J, Anton R, Checinski K, Croop R, Drummond DC, Farmer R, et al. A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. Alcohol Alcohol 2000;35:587-93.
14. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol 2005;8:267-80.

15. Rubio G, Manzanares J, Lopez-Munoz F, Alamo C, Ponce G, Jimenez-Arriero MA, et al. Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. J Subst Abuse Treat 2002; 23:361-6.
16. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD001867.
17. Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, Gastfriend DR, Pettinati HM, Silverman BL, et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:1617-25.
18. Pettinati HM, O'Brien CP, Rabinowitz AR, Wortman SP, Oslin DW, Kampman KM, et al. The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking. J Clin Psychopharmacol 2006;26:610-25.
19. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? Addiction 2013;108:275-93.
20. Berg BJ, Pettinati HM, Volpicelli JR. A risk-benefit assessment of naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Drug Saf 1996;15:274-82.
21. Garbutt JC. Efficacy and tolerability of naltrexone in the management of alcohol dependence. Curr Pharm Des 2010;16:2091-7.
22. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide, updated 2005 version, NIH Publication No. 07-3769. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health & Human Services; 2007.
23. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD004332.
24. Mason BJ, Lehert P. Acamprosate for alcohol dependence: a sex-specific meta-analysis based on individual patient data. Alcohol Clin Exp Res 2012;36:497-508.
25. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA 2006;295:2003-17.
26. Morley KC, Teesson M, Reid SC, Sannibale C, Thomson C, Phung N, et al. Naltrexone versus acamprosate in the treatment of alcohol dependence: A multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Addiction 2006;101:1451-62.
27. Reid SC, Teesson M, Sannibale C, Matsuda M, Haber PS. The efficacy of compliance

therapy in pharmacotherapy for alcohol dependence: a randomized controlled trial. J Stud Alcohol 2005; 66:833-41.

28. Boothby LA, Doering PL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. Clin Ther 2005;27:695-714.
29. Mann K, Bladstrom A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. Biol Psychiatry 2013;73:706-13.
30. Gual A, He Y, Torup L, van den Brink W, Mann K. A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. Eur Neuropsychopharmacol 2013;23:1432-42.
31. van den Brink W, Aubin HJ, Bladstrom A, Torup L, Gual A, Mann K. Efficacy of as-needed nalmefene in alcohol-dependent patients with at least a high drinking risk level: results from a subgroup analysis of two randomized controlled 6-month studies. Alcohol Alcohol 2013;48:570-8.
32. van den Brink W, Sorensen P, Torup L, Mann K, Gual A. Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: a 1-year, randomised controlled study. J Psychopharmacol 2014; doi: 10.1177/0269881114527362.
33. Keating GM. Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence. CNS Drugs 2013;27:761-72.
34. Soyka M. Nalmefene for the treatment of alcohol dependence: a current update. Int J Neuropsychopharmacol 2014;17:675-84.
35. Spence D. Bad medicine: nalmefene in alcohol misuse. BMJ 2014;348:g1531.
36. Nealey KA, Smith AW, Davis SM, Smith DG, Walker BM. Kappa-opioid receptors are implicated in the increased potency of intra-accumbens nalmefene in ethanol-dependent rats. Neuropharmacology 2011;61:35-42.
37. Walker BM, Koob GF. Pharmacological evidence for a motivational role of kappa-opioid systems in ethanol dependence. Neuropsychopharmacology 2008;33:643-52.
38. Kuhar MJ, Pert CB, Snyder SH. Regional distribution of opiate receptor binding in monkey and human brain. Nature 1973;245:447-50.
39. Koob G. Neurobiology of addiction. Focus 2011;9:55-65.
40. Hiller JM, Zhang Y, Bing G, Gioannini TL, Stone EA, Simon EJ. Immunohistochemical localization of mu-opioid receptors in rat brain using antibodies generated against a peptide sequence present in a purified mu-opioid binding protein. Neuroscience 1994;62:829-41.

41. Erbs E, Faget L, Scherrer G, Kessler P, Hentsch D, Vonesch JL, et al. Distribution of delta opioid receptor-expressing neurons in the mouse hippocampus. Neuroscience 2012; 221:203-13.
42. Hillemacher T, Heberlein A, Muschler MA, Bleich S, Frieling H. Opioid modulators for alcohol dependence. Expert Opin Investig Drugs 2011;20:1073-86.
43. Drugs.com. Nalmefene drug interactions. (City not available): Drugs.com; 2014 [cited 2014 May 5]; Available from: http://www.drugs.com/drug-interactions/nalmefene.html.
44. Johnson BA. Role of the serotonergic system in the neurobiology of alcoholism: implications for treatment. CNS Drugs 2004;18:1105-18.
45. Kenna GA. Medications acting on the serotonergic system for the treatment of alcohol dependent patients. Curr Pharm Des 2010;16:2126-35.
46. Cornelius JR, Salloum IM, Haskett RF, Daley DC, Cornelius MD, Thase ME, et al. Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics: a 1-year follow-up study. Addict Behav 2000;25:307-10.
47. Pettinati HM, Volpicelli JR, Luck G, Kranzler HR, Rukstalis MR, Cnaan A. Double-blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol 2001; 21:143-53.
48. Moak DH, Anton RF, Latham PK, Voronin KE, Waid RL, Durazo-Arvizu R. Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: results of a placebo-controlled trial. J Clin Psychopharmacol 2003;23:553-62.
49. Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, et al. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. Am J Psychiatry 2010;167:668-75.
50. Naranjo CA, Knoke DM, Bremner KE. Variations in response to citalopram in men and women with alcohol dependence. J Psychiatry Neurosci 2000;25:269-75.
51. Brady KT, Sonne S, Anton RF, Randall CL, Back SE, Simpson K. Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. Alcohol Clin Exp Res 2005;29:395-401.
52. Schade A, Marquenie LA, van Balkom AJ, Koeter MW, de Beurs E, van den Brink W, et al. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. Alcohol Clin Exp Res 2005;29:794-800.
53. Johnson BA, Roache JD, Ait-Daoud N, Zanca NA, Velazquez M. Ondansetron reduces the craving of biologically predisposed alcoholics. Psychopharmacology 2002;160: 408-13.

54. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial. JAMA 2000;284:963-71.
55. Kranzler HR, Pierucci-Lagha A, Feinn R, Hernandez-Avila C. Effects of ondansetron in early- versus late-onset alcoholics: a prospective, open-label study. Alcohol Clin Exp Res 2003;27:1150-5.
56. Johnson BA, Seneviratne C, Wang XQ, Ait-Daoud N, Li MD. Determination of genotype combinations that can predict the outcome of the treatment of alcohol dependence using the 5-HT(3) antagonist ondansetron. Am J Psychiatry 2013;170:1020-31.
57. Johnson BA, Ait-Daoud N, Seneviratne C, Roache JD, Javors MA, Wang XQ, et al. Pharmacogenetic approach at the serotonin transporter gene as a method of reducing the severity of alcohol drinking. Am J Psychiatry 2011;168:265-75.
58. Malec TS, Malec EA, Dongier M. Efficacy of buspirone in alcohol dependence: a review. Alcohol Clin Exp Res 1996;20:853-8.
59. Kolla BP, Mansukhani MP, Schneekloth T. Pharmacological treatment of insomnia in alcohol recovery: a systematic review. Alcohol Alcohol 2011;46:578-85.
60. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. Lancet 2003;361:1677-85.
61. Johnson BA, Ait-Daoud N, Akhtar FZ, Ma JZ. Oral topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2004;61:905-12.
62. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K, et al. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. JAMA 2007;298:1641-51.
63. Florez G, Saiz PA, Garcia-Portilla P, Alvarez S, Nogueiras L, Bobes J. Topiramate for the treatment of alcohol dependence: comparison with naltrexone. Eur Addict Res 2011; 17:29-36.
64. Likhitsathian S, Uttawichai K, Booncharoen H, Wittayanookulluk A, Angkurawaranon C, Srisurapanont M. Topiramate treatment for alcoholic outpatients recently receiving residential treatment programs: a 12-week, randomized, placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend 2013;133:440-6.
65. Pani PP, Trogu E, Pacini M, Maremmani I. Anticonvulsants for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2014;2:CD008544.

66. Kishi T, Sevy S, Chekuri R, Correll CU. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry 2013; 74:e642-54.
67. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD006266.
68. Davidoff RA. Antispasticity drugs: mechanisms of action. Ann Neurol 1985;17:107-16.
69. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Bedogni G, Caputo F, et al. Dose-response effect of baclofen in reducing daily alcohol intake in alcohol dependence: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Alcohol Alcohol 2011;46: 312-7.
70. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. Lancet 2007;370: 1915-22.
71. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Domenicali M, Bernardi M, Janiri L, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. Alcohol Alcohol 2002;37:504-8.
72. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Alcohol Clin Exp Res 2010;34:1849-57.
73. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. Alcohol Alcohol 2005;40:147-50.
74. Gorsane MA, Kebir O, Hache G, Blecha L, Aubin HJ, Reynaud M, et al. Is baclofen a revolutionary medication in alcohol addiction management? Review and recent updates. Subst Abus 2012;33:336-49.
75. Dupouy J, Fournier JP, Jouanjus E, Palmaro A, Poutrain JC, Oustric S, et al. Baclofen for alcohol dependence in France: incidence of treated patients and prescription patterns--a cohort study. Eur Neuropsychopharmacol 2014;24:192-9.
76. Muzyk AJ, Rivelli SK, Gagliardi JP. Defining the role of baclofen for the treatment of alcohol dependence: a systematic review of the evidence. CNS Drugs 2012;26:69-78.
77. Brennan JL, Leung JG, Gagliardi JP, Rivelli SK, Muzyk AJ. Clinical effectiveness of baclofen for the treatment of alcohol dependence: a review. Clin Pharmacol 2013;5:99-107.

บทที่ 11

จิตสังคมบำบัด

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงแนวทางการบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด การเสริมพลังโดยชุมชน คู่สมรสและครอบครัวบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นสภาพทางจิตวิญญาณ กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม การบำบัดตามหลักสิบสองขั้นตอน และการพัฒนาจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย เนื้อหาในบทนี้มีวัตถุประสงค์ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการจิตสังคมบำบัด มีความรู้ความเข้าใจในหลักการและหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาแบบนี้ เพื่อจะได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในชุมชนในประเทศไทย

สาระสำคัญ

- จิตสังคมบำบัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ติดสุรา จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีอาการดีขึ้นได้ในตลอดโปรแกรมการรักษาซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงถอนพิษสุรา ช่วงเพิ่งหยุดดื่มในหนึ่งเดือนแรก (early remission) และช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่การบำบัดหรือยังไม่ยอมรับการบำบัด จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป
- จิตสังคมบำบัดที่มีหลักฐานงานวิจัยสนับสนุนมากที่สุด มี 3 ชนิดคือ การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI, MET) ความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (CBT) การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (TSF) ส่วนจิตสังคมบำบัดชนิดอื่นๆ ที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ พฤติกรรมบำบัดโดยใช้รูปแบบ contingency magagement การเสริมพลังโดยชุมชน (CRA) การเสริมพลังโดยชุมชนและการฝึกหัดครอบครัว (CRAFT) พฤติกรรมบำบัดในคู่สมรส (BCT) multisystemic therapy (MST) multidimensional family therapy (MDFT) ชุมชนบำบัด (TC) การจัดการรายกรณี และกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (AA) เป็นต้น
- รูปแบบของจิตสังคมบำบัดที่ได้จากงานวิจัยในโครงการ Project MATCH ในประเทศสหรัฐอเมริกาคือ CBT, MET และ TSF ส่วนในโครงการ The United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT) ประเทศสหราชอาณาจักร ได้พัฒนารูปแบบการรักษาที่เรียกว่า social behavior and network therapy ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้วิธีทั้งปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนการเลิกดื่มและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ ของตน ผลการรักษาของทั้งสองโครงการ พบว่าจิตสังคมบำบัดทุกรูปแบบที่ใช้ในโครงการสามารถลดปริมาณการดื่มสุราลงได้มาก แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย ได้แก่ brief interventtion (BI), MI, MET, CBT, TSF, Phramongkutklao (PMK) model, TC, กลุ่ม AA และการบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถีพุทธ) มีงานวิจัยทดสอบประสิทธิผลของ BI, MI, MET พบว่าได้ผลดี ส่วนรูปแบบอื่น มีเพียงรายงานผลการดำเนินงานซึ่งอยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ

ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าในด้านเภสัชบำบัดมากมายในปัจจุบัน จิตสังคมบำบัดก็ยังจัดว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา เนื่องจากการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ติดสุราคือ การผสมผสานการบำบัดด้วยยาร่วมกับจิตสังคมบำบัด ในขณะที่การบำบัดด้วยยาช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษสุรา และลดอาการอยากยา รวมถึงอาการทางจิตเวช จิตสังคมบำบัดจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตน และเสริมทักษะทางบวกในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพมากขึ้น[1] ในปัจจุบันมีงานวิจัยทดลองทางคลินิกจำนวนมากที่ได้พัฒนาแนวทางจิตสังคมบำบัดเพื่อใช้ร่วมกับเภสัชบำบัดในการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา การบำบัดส่วนมากเป็นการผสมผสานแนวคิดของพฤติกรรมบำบัด การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การบำบัดครอบครัว กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการเสริมพลังจากชุมชน รูปแบบการบำบัดมีทั้งแบบที่ทำเป็นกลุ่มและรายบุคคล และมีตั้งแต่การจัดการแบบสั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาไปจนถึงการบำบัดแบบเข้มข้นเฉพาะตัว ซึ่งการศึกษาต่างๆ มักแสดงว่าการบำบัดทุกรูปแบบทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อผู้ป่วยโรคติดสุราโดยขึ้นกับชนิดของการรักษาและบริบทของการศึกษา[2]

ชนิดของจิตสังคมบำบัด

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการของจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราขึ้นมาหลายรูปแบบ ซึ่งผู้รักษาสามารถเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหา ระยะและบริบทของการบำบัดรักษาของผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา ดังนี้

- **ระยะหลังการคัดกรองทันที** ดังได้กล่าวรายละเอียดในบทที่ 8 แล้ว ว่าการบำบัดแบบย่อ (brief Interventions; BI) เป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราที่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย ซึ่งยังไม่เป็นผู้ติดสุรา เป็นการบำบัดที่ควรให้กับผู้ป่วยที่คัดกรองแล้วพบว่ามีภาวะดังกล่าวทันที ณ จุดที่ทำการคัดกรอง
- **ระยะแรกหลังจากการรักษาเพื่อถอนพิษสุรา** สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราหลังจากที่ผ่านพ้นระยะที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง ซึ่งเป็นช่วงแรกของการหยุดดื่ม (early remission) ผู้รักษาอาจจะทำการสัมภาษณ์หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI หรือ motivational enhancement therapy; MET) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และเกาะยึดกับการบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (adherence) นอกจากนี้ ในระยะนี้อาจจะใช้การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม หรือความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavioral therapy; CBT) และการป้องกันการเสพติดซ้ำ (relapse prevention; RP) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างหลากหลาย ประกอบด้วย การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโดยสื่อต่างๆ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษารายกลุ่ม และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

- **ระยะฟื้นฟูทางจิตสังคม (Psychosocial rehabilitation)** ในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับโปรแกรมการบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบต่างๆ แบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกลางวัน (day hospital program) หรือในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (residential program) ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้หากใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จึงต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดจากสุราและสารเสพติด วิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม (individual or group counseling) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (twelve-step facilitation; TSF) พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapies) การบำบัดพฤติกรรมชีวิตคู่ (behavioral couple Tharapy) และการดูแลรายกรณี (case management) หรือการบำบัดแบบผสมผสาน (integrated treatment) ซึ่งรวมเทคนิกการบำบัดหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน และจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสถานพยาบาลตติยภูมิ ศูนย์บริการบำบัดรักษาสารเสพติด (addiction treatment center)
- **ระยะกลับสู่ชุมชน** ในระยะนี้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนแล้ว อาจจะได้รับการบำบัดในชุมชนซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมขนในการควบคุมการบริโภคและจำหน่ายสุราในชุมชน (community reinforcement approach; CRA) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมสุราในพื้นที่พร้อมกับการฝึกอบรมครอบครัว (community reinforcement approach and family training; CRAFT) การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous; AA) เป็นต้น

มีโครงการวิจัยขนาดใหญ่สองโครงการที่ศึกษาประสิทธิผลของวิธีการจิตสังคมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ โครงการ Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity (Project MATCH) ในประเทศสหรัฐอเมริกา และโครงการ UK Alcohol Treatment trial ในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งทั้งสองโครงการนี้ได้รับการอ้างอิงถึงอย่างต่อเนื่องในบทความวิชาการต่างๆ และเป็นต้นกำเนิดของบทความตีพิมพ์จำนวนมากเกี่ยวกับประสิทธิผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของจิตสังคมบำบัด ต่อไปนี้จะกล่าวถึงโครงการทั้งสองนี้พอสังเขป

Project MATCH

Project Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity (Project MATCH) เป็นโครงการวิจัยขนาดใหญ่ทำในศูนย์การรักษา 9 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มงานในปี พ.ศ. 2532 ใช้เวลาศึกษานานถึง 8 ปี ได้รับทุนวิจัย 27 ล้านเหรียญสหรัฐ จาก National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบจิตสังคมบำบัดที่เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะของผู้ป่วยโรคติดสุราแต่ละราย ในโครงการนี้ ได้พัฒนาวิธีการจิตสังคมบำบัดขึ้นมา 3 รูปแบบ สำหรับการรักษาผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอก คือ

1) Cognitive behavior coping skills therapy (CBT) เป็นการบำบัดรายบุคคล 12 ครั้ง เน้นการจัดการกับแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองที่บิดเบือนไปในทางลบ หรือตำหนิตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความภาคภูมิใจตนเองต่ำ
2) Motivational enhancement therapy (MET) เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล 4 ครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ สร้างพลังความเข้มแข็งภายใน และมีความพร้อมที่จะเลิกดื่มสุรา
3) Twelve-step facilitation therapy (TSF) เป็นรูปแบบการประชุมกลุ่มใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุราได้แล้วมารวมตัวกันและยึดหลักปรัชญาของกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม แล้วเชิญผู้ป่วยที่เพิ่งหยุดดื่มสุรามาเข้าร่วมประชุม เป็นลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการบำบัดรูปแบบที่ 3 นี้ถูกสอดแทรกไปกับการบำบัดอีกสองรูปแบบ[3]

ผลวิจัยของโครงการนี้สรุปว่าวิธีการของจิตสังคมบำบัดทั้ง 3 รูปแบบมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ได้รับ CBT และ TSF ร้อยละ 41 หยุดดื่มสุราหรือดื่มลดลงโดยไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับ MET ซึ่งมีความเข้มข้นของการรักษาน้อยกว่าก็ได้ผลการรักษาใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 28)[3] แสดงว่าผลการศึกษาไม่ตอบวัตถุประสงค์หลักที่ตั้งไว้ว่า รูปแบบการรักษาแบบใดเหมาะสม (match) กับผู้ป่วยประเภทใด

ในการวิเคราะห์ผลการบำบัดระยะสามปีของโครงการนี้ นักวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธสูงมีผลการรักษาดีที่สุดเมื่อใช้ MET ส่วนผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธต่ำจะตอบสนองต่อการบำบัดด้วยวิธี TSF และ CBT ได้ดีกว่าวิธี MET ผู้ป่วยที่มีเครือข่ายทางสังคมสนับสนุนดีจะตอบสนองต่อการบำบัดแบบ TSF มากกว่าแบบ MET เมื่อติดตามไปถึงสามปี มีผู้หยุดดื่มได้ถึงร้อยละ 30 ปัจจัยที่ทำนายผลการรักษาได้ดีที่สุด คือ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และสมรรถนะแห่งตน (self efficacy) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการบำบัด ได้แก่ เครือข่ายสนับสนุนการหยุดดื่ม ประสบการณ์ในการดื่ม เพศ ความรุนแรงของภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และบุคลิกภาพชนิด antisocial[4] โครงการนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์เป็นอย่างมากว่าไม่สามารถตอบคำถามวิจัยตามที่ตั้งไว้ได้ เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดใดๆ) จึงไม่สามารถตอบได้ว่าผลลัพธ์ที่ได้เกิดจากการบำบัดโดยตรง หรือเป็นเพราะผู้ป่วยโรคติดสุราบางคนหยุดดื่มไปเองตามธรรมชาติ นักบำบัดในโครงการนี้เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสำหรับการบำบัดในโครงการนี้ ซึ่งต่างจากผู้ให้การปรึกษาในสถานพยาบาลทั่วไป การขยายผลการวิจัยจึงทำได้ยาก นอกจากนี้ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ในการวิจัย คือการลดลงของความถี่และความรุนแรงของการดื่มสุรา ซึ่งขัดแย้งกับหลักการของการบำบัดแบบ TSF ที่มีเป้าหมายเพื่อการเลิกดื่ม (abstinence) เท่านั้น[5]

ในปี พ.ศ. 2548 Cutler และ Fishbain ได้นำข้อมูลของโครงการนี้มาวิเคราะห์ใหม่ ในกลุ่มตัวอย่าง 1,726 คน พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากการบำบัดทั้งสามรูปแบบโดยตรงมีเพียงร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 9 (ค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 3) เมื่อวัดด้วยตัวแปรผลลัพธ์หลักของการบำบัดคือ ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) และจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันที่ดื่ม (drinks per drinking day) ผู้ป่วยกลุ่มที่ออกจากการศึกษาไปทันทีก่อนที่จะได้รับการบำบัด มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 72 ในช่วงติดตามผล ผู้ป่วยกลุ่มที่ออกจากการศึกษาไปหลังจากได้รับการบำบัดในสัปดาห์แรกเท่านั้นก็มีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 64 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาจนครบ 12 ครั้งมีร้อยละของวันที่หยุดดื่มเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 86 และผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐานต่อวันที่ดื่มเท่ากับ 7.6, 7.3 และ 3.2 แสดงว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพียงครั้งเดียวกลับมีผลการรักษาแย่กว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดเลย และผลการรักษาส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ในสัปดาห์แรก โดยร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น หลังจากสัปดาห์แรก Cutler และ Fishbain จึงสรุปจากผลการวิเคราะห์นี้ว่าการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดีขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกของการศึกษาอาจจะเกิดจากอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการนี้เป็นผู้ที่พร้อมจะลดการดื่มของตนเองลงอยู่แล้ว และผู้ที่พร้อมจะลดการดื่มลงก็เป็นผู้ที่ยินดีจะคงอยู่ในการศึกษาจนครบกำหนด[6]

นอกจากนี้ Cisler และคณะได้วิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนการรักษาระหว่าง CBT 12 ครั้งกับ MET 4 ครั้ง และ TSF 12 ครั้ง ในช่วงเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ จากทั้งเก้าศูนย์การรักษา โดยคิดจากต้นทุนค่าใช้จ่ายของกระบวนการรักษา ค่าบริหารจัดการ ค่าฝึกอบรมและค่าที่ปรึกษา นำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ยต้นทุนการให้บริการต่อชั่วโมงที่พบผู้ป่วย (contact hour) และต้นทุนของการให้บริการต่ออาสาสมัครหนึ่งคน พบว่า MET มีค่าเฉลี่ยต้นทุนการให้บริการต่อครั้งสูงสุด (498 ดอลลาร์สหรัฐ) มากกว่า CBT (198 ดอลลาร์สหรัฐ) และ TSF (253 ดอลลาร์สหรัฐ) ถึงกว่า 2 เท่า แต่ MET มีค่าเฉลี่ยต้นทุนของการให้บริการต่ออาสาสมัครหนึ่งคน (1,700 ดอลลาร์สหรัฐ) ถูกกว่า CBT (1,901 ดอลลาร์สหรัฐ) และ TSF (1,969 ดอลลาร์สหรัฐ) และเมื่อนำค่าต้นทุนดังกล่าวไปคิดใหม่ในการให้บำบัดแก่ผู้ป่วยในคลินิกจริงทั้งเก้าแห่ง พบว่า MET มีต้นทุนของการรักษาต่อผู้ป่วยหนึ่งคนเท่ากับ 512 ดอลลาร์สหรัฐ TSF เท่ากับ 750 ดอลลาร์สหรัฐ และ CBT เท่ากับ 788 ดอลลาร์สหรัฐ ถ้าเลือกทำ MET จึงประหยัดเงินได้ 238 ดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 32) เมื่อเทียบกับ TSF และ 276 ดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 35) เมื่อเทียบกับ CBT[7] หากเลือกวิธีการบำบัดได้เหมาะสมกับผู้ป่วย MET จะมีแนวโน้มในการประหยัดเงินได้มากกว่า CBT และ TSF แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช หรือมีปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมน้อย กลับพบว่าการบำบัดแบบ CBT และ TSF มีต้นทุนถูกกว่า MET ดังนั้น ปัจจัยทำนายผลการรักษาจึงมีส่วนสำคัญในการเพิ่มโอกาสในการประหยัดเงินค่าบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา[8]

The United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT)

UK Alcohol Treatment Trial (UKATT) เป็นโครงการขนาดใหญ่อีกโครงการหนึ่งในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งทำในเวลาใกล้เคียงกับ Project MATCH เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา รูปแบบจิตสังคมบำบัดนี้เรียกว่า social behavior and network therapy ซึ่งเป็นการบำบัดโดยใช้ทั้งวิธีการปรับเปลี่ยนแนวความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนการเลิกดื่มและพฤติกรรมอื่นๆ ศึกษาในหน่วยบำบัด 7 หน่วยใน 5 สถาบัน ซึ่งรวมถึงศูนย์บริการทางสังคมและศูนย์บริการสุขภาพภายใต้ National Health Service (NHS) ด้วย โครงการนี้เป็นการทดลองแบบที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม มีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ MET ซึ่งเป็นการรักษาที่ยอมรับแล้วว่าเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่าง 742 คน ร้อยละ 93 สามารถติดตามผลการบำบัดในเวลา 3 เดือนได้ และร้อยละ 83 ติดตามในระยะ 12 เดือนได้ ตัวชี้วัดผลการบำบัด คือ ร้อยละของจำนวนวันที่ไม่ดื่ม จำนวนหน่วยดื่มต่อวันที่ดื่ม ค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามชื่อ Alcohol Problems Questionnaire และ Leeds Dependence Questionnaire ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มลดปริมาณการดื่มลงมาก แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Project MATCH[9] อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมองว่าการรักษาทั้งสองรูปแบบเป็นประโยชน์ และจากการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ก็พบว่าการบำบัดทั้งสองรูปแบบช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางสังคมและการเกิดคดีความทางกฎหมายได้ถึง 5 เท่า เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ต้นทุนเฉลี่ยของ social behavior and network therapy มีค่าเท่ากับ 221 ปอนด์ (เทียบเท่า 385 ดอลลาร์สหรัฐ หรือ 320 ยูโร) ซึ่งแพงกว่า MET ที่มีต้นทุนเพียง 129 ปอนด์ หากหนึ่งปีที่ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (quality-adjusted life year; QALY) มีมูลค่า 30,000 ปอนด์ ก็หมายความว่า MET มีโอกาสที่จะมีต้นทุน-ประสิทธิภาพมากกว่า social therapy ร้อยละ 58 หรือกล่าวในทางกลับกันว่า social therapy มีโอกาสที่จะมีต้นทุน-ประสิทธิภาพมากกว่า MET ร้อยละ 42[10] ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งสองรูปแบบสามารถลดปริมาณการดื่มสุราได้และปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องได้อย่างมาก

ต่อไปนี้จะกล่าวถึงวิธีบำบัดทางจิตสังคมบางรูปแบบที่ได้รับความนิยมในการใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา และมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิผลจำนวนมาก

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

แนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบัน คือ แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[11] และถูกจัดว่าเป็นรูปแบบการรักษาที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนประสิทธิผลเป็นอันดับสอง รองลงมาจากการบำบัดแบบย่อ ในการทบทวนการบำบัดรักษาของโครงการ Mesa Grande[12] ซึ่งได้กล่าวรายละเอียดไปแล้วในบทที่ 7 นอกจากนี้ยังเป็นรูปแบบการบำบัดที่มักถูกใช้เป็นการรักษามาตรฐานสำหรับกลุ่มควบคุมในการศึกษาทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของวิธีการบำบัดรักษารูปแบบอื่นๆ[13]

วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจถูกพัฒนาโดย William R. Miller มีชื่อเรียกในภาษาอังกฤษสองชื่อ คือ motivational interviewing (MI) (การสัมภาษณ์จูงใจ) และ motivational enhancement therapy (MET) (การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ) โดย MI เป็นชื่อที่เกิดขึ้นมาก่อน ต่อมาเมื่อมีการนำเทคนิคของ MI มาใช้ใน Project MATCH นักวิจัยได้พัฒนาวิธีการบำบัดที่เป็นระบบมากขึ้นและเรียกชื่อการบำบัดว่า MET รวมทั้งเขียนเป็นคู่มือปฏิบัติการสำหรับผู้บำบัดใน Project MATCH[14]

การบำบัดแบบ MI หรือ MET เป็นแนวทางการให้การปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered counseling) โดยอิงตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) เป็นการสนทนา (change talk) เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายใน ขับเคลื่อนศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองออกมาใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self perception theory) ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้พูดคุยกับตนเอง (self talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (self motivational statement; SMS) ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวก (positivism) ในการปรับเปลี่ยนตนเอง เมื่อผู้ป่วยพูดถึงข้อความที่ดีกับตนเองเช่นนี้ ผู้ป่วยก็จะคิดถึงข้อดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น[14]

สมมติฐานหลักของ MI คือผู้ดื่มสุราจนเกิดปัญหาสุขภาพ มักมีความขัดแย้งอยู่ภายในใจ ขาดแรงจูงใจ ปฏิเสธปัญหา และต่อต้านการรักษา ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของเขาได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเห็นข้อขัดแย้งและเป็นคนพูดออกมาเอง ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิกในการลดแรงต้าน รับฟังอย่างตั้งใจเข้าใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดออกมาเองเพื่อให้เห็นถึงความคิดที่ขัดแย้งกัน ความลังเลใจ แล้วเกิดแรงจูงใจภายในจนพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดต้องเข้าใจองค์ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente[15] ดังได้กล่าวรายละเอียดแล้วในบทที่ 5

จิตวิญญาณ (spirit) ของ MI มีสามข้อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ MI มีประสิทธิผล ได้แก่

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดเป็นแบบการทำงานร่วมกัน (collaborative) ไม่ใช่ผู้บำบัดยิ่งใหญ่เหนือกว่า (authoritarian)

2. การบำบัดเป็นการกระตุ้นแรงจูงใจที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้วให้ปรากฏออกมา ไม่ใช่เป็นการ “ติดตั้ง” แรงจูงใจลงไปให้ผู้ป่วย

3. ให้เกียรติความเป็นตัวตนของผู้ป่วย (autonomy)[16,17]

หลักการของ MI หรือ MET เริ่มต้นด้วยข้ออนุมานว่า ความรับผิดชอบและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ บทบาทของผู้บำบัดคือ การสร้างชุดเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจภายใน เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเอง ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายใน เสริมแรงจูงใจให้คงอยู่ มีความมุ่งมั่นมานะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ หลักการนี้มี 5 ข้อ ซึ่งเขียนเป็นตัวย่อภาษาอังกฤษได้ว่า DARES ได้แก่ การสร้างความขัดแย้ง (Develop discrepancy) หลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid argumentation) หมุนไปกับแรงต้านทาน (Roll with resistance) แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) และเสริมสมรรถนะแห่งตน (Support self-efficacy) ดังรายละเอียดต่อไปนี้[11]

- **การสร้างความขัดแย้ง** ผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น โดยพูดคุยถึงเป้าหมายชีวิตหรือคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยและพูดคุยถึงผลกระทบที่เกิดตามมาจากการดื่มสุรา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงความแตกต่างนี้ จะเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะเริ่มเปิดใจมากขึ้น ร่วมมือในการอภิปรายมากขึ้น พยายามคิดหาทางเพื่อลดความแตกต่างนี้และกลับมาสู่อารมณ์ที่สุขสงบสมดุล ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะลังเลใจและเคลื่อนต่อไปยังระยะตัดสินใจได้ในเวลาไม่นาน
- **หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง** ผู้บำบัดควรหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย การโต้แย้งมักทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้กลไกทางจิตเดิมๆ เพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เช่น ปฏิเสธความจริง (denial) โทษสิ่งอื่น (projection) หาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) มองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) เป็นต้น กลไกทางจิตดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอาจจะเกิดขึ้นได้ถ้าผู้บำบัดดำเนินกระบวนการให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความลังเลใจและความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (ambivalence and discrepancy) ได้ไม่ดี ผู้ป่วยจะถอยกลับไปใช้กลไกปกป้องตนเอง เพื่อลดความไม่สบายใจ แต่ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มหรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ผู้บำบัดจึงไม่ควรพยายามบังคับให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัยโดยการโต้เถียงหรือพิสูจน์หาข้อเท็จจริง แต่ผู้บำบัดควรจะใช้เทคนิกที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นผลกระทบจากการดื่มสุราจากประสบการณ์ตรงของเขาเอง และเริ่มที่จะลดความสำคัญของการดื่มสุราที่ผู้ป่วยเคยมองว่ามีประโยชน์มากต่อเขา ถ้าผู้บำบัดดำเนินกระบวนการได้ดี จะเห็นการโต้เถียงเกิดขึ้นภายในความคิดของผู้ป่วยเอง ไม่ใช่กับผู้บำบัด

- **หมุนไปกับแรงต้านทาน** การจัดการแรงต่อต้านของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นคุณลักษณะของการบำบัดชนิดนี้ วิธีจัดการแรงต่อต้านไม่ควรใช้การเผชิญหน้าโดยตรงแต่ควรเป็นการคล้อยตามหรือหมุนไปกับแรงต้าน รับฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (reflective listening) มากกว่าการใช้วิธีการเผชิญหน้า (confrontation) กับผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วย ให้มีวิธีคิดใหม่เกี่ยวกับปัญหาการดื่ม โดยใช้วิธีแบบเชิญชวนไม่ใช่การยัดเยียด ผู้บำบัดควรมองเห็นความลังเลใจของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่ใช่พยาธิสภาพ และเปิดใจกว้าง การแก้ปัญหาเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยคิดค้นขึ้นมาเอง ไม่ใช่มาจากผู้บำบัดแนะนำ ผู้บำบัดรอคอยหรือใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหันกลับไปมองด้วยความเข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ก็ไม่ยากเกินไปหากมีความตั้งใจจริง ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกและกำหนดเป้าหมายตัวเองได้อย่างอิสระ เน้นว่าความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงเป็นของผู้ป่วยเอง
- **แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ** ผู้บำบัดควรค้นหาและทำความเข้าใจถึงการรับรู้และเหตุผลของการมีพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ป่วย และแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัดและพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- **สนับสนุนสมรรถนะแห่งตน** คนทั่วไปเมื่อเผชิญปัญหารุนแรงและมีผู้แนะนำให้แก้ปัญหาแต่ไม่มีความหวังว่าจะสำเร็จ การเปลี่ยนแปลงย่อมไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าคนๆ นั้นรับรู้ว่าตนมีความสามารถ เคยทำได้สำเร็จมาก่อน การเปลี่ยนแปลงก็จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้บำบัดใช้เทคนิกส่งเสริมศักยภาพในตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพภายในตนเองที่มีอยู่จากประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมา ใช้เทคนิกคำพูดยืนยัน (affirmative statements) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและคิดในแง่ดี รู้สึกว่ามีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ให้ลดหรือเลิกดื่มได้สำเร็จหรือ “เราทำได้” ผู้ป่วยก็จะตัดสินใจเข้าสู่ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เทคนิกในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 5 วิธีการ รวมเป็นตัวย่อว่า OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การรับฟังเพื่อสะท้อนความคิด (Reflective listening) การยืนยันรับรอง (Affirmation) และการสรุปความ (Summarization) ดังรายละเอียดนี้[18]

- **การใช้คำถามปลายเปิด** ผู้บำบัดตั้งคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดมากขึ้นเหมือนพูดให้ตนเองฟัง ได้พูดถึงรายละเอียดมากขึ้น และผู้บำบัดจะได้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นเช่นกัน คำถามที่ใช้เริ่มจากการขออนุญาตพูดคุยถึงประสบการณ์การใช้สารเสพติดและผลกระทบที่ได้รับซึ่งเป็นเรื่องส่วนบุคคล อาจจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่อยากเปิดเผย จากนั้นใช้คำถามถึงความต้องการของผู้ป่วย ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ใช้คำถามที่กระตุ้นให้

ผู้ป่วยมองเห็นความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นหรือต้องการจะเป็น กับสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังกระทำหรือเป็นอยู่ เช่น “อยากเป็นพ่อที่ดีของลูก แต่ดื่มสุรา กลิ่นตัวเหม็นจนลูกเบือนหน้าหนี” “อยากผอมแต่ชอบกินของจุกจิก” ใช้คำถามกระตุ้นให้เห็นความคิดสองด้านของตนเองระหว่างการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัจจุบันเลย กับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นหากเปลี่ยนแปลงได้จริง และให้กำลังใจว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยาก แต่ไม่เกินความสามารถและความพยายามของผู้ป่วย ใช้คำถามกระตุ้นให้มองไปข้างหน้า เพื่อให้เห็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ ไม่ใช่มองเห็นแต่ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

- **การรับฟังเพื่อสะท้อนความคิด** ผู้บำบัดฟังอย่างตั้งใจและตั้งสมมติฐานในใจว่าผู้ป่วยกำลังสื่อสารอะไร แล้วผู้บำบัดสะท้อนสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหรือรู้สึกกลับมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สิ่งที่เป็นความขัดแย้งภายในใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายออกมา และเกิดความตระหนักรู้ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง นอกจากนี้ การสะท้อนความของผู้บำบัดเป็นการทบทวนความถูกต้อง (validating) ว่าผู้บำบัดเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยคิด รู้สึก หรือได้กระทำแล้ว ตัวอย่าง เช่น “...แสดงว่าคุณกำลังสงสัยว่าสิ่งที่ทำลงไปมันอาจจะเป็นผลเสียตามมา”
- **การยืนยันรับรอง** เป็นคำพูดหรือท่าทางที่แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้บำบัดมองเห็นศักยภาพของผู้ป่วย และรับรู้จุดแข็ง ความมุ่งมั่นพยายาม และความสำเร็จที่เคยเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อยหรือเรื่องยิ่งใหญ่ ผู้บำบัดควรตอบสนองด้วยคำชื่นชมอย่างจริงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างคำพูดที่แสดงการยืนยันรับรอง “คุณจัดการกับสถานการณ์ตอนนั้นได้ดีมากเลย”
- **การสรุปความ** ผู้บำบัดสรุปความเพื่อให้ผู้ป่วยคิดและกล่าวข้อความที่จูงใจตนเองออกมาเป็นช่วงๆ ตลอดการสนทนา ทำให้เกิดแรงจูงใจภายใน ขับเคลื่อนศักยภาพที่มีในตัวเองออกมาใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากยิ่งขึ้น

กระบวนการบำบัดแบบ MET แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ[14] คือ

ระยะที่ 1: การให้สุขศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education and feedback) เป็นระยะเริ่มต้นของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนเอง เป็นการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change talk) ผู้บำบัดนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาสะท้อนกลับ (feedback) ใช้เทคนิก OARS และกลยุทธ์ในการจูงใจต่างๆ เช่น การสร้างความขัดแย้งภายใน และสมดุลการตัดสินใจ รวมทั้งให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม เพื่อช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนจากขั้นที่ 1 ไปเป็นขั้นที่ 3 คือ ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่ 2: เสริมคำมั่นสัญญา (Commitment strengthening) เป็นระยะที่สองของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (commitment talk) และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง (change plan) ผู้บำบัดช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนไปสู่ขั้นที่ 4 คือ ลงมือแก้ไขตนเอง

ระยะที่ 3: ติดตามต่อไป (Follow through) เป็นระยะสุดท้ายของการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง ทบทวนเป้าหมาย แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความมั่นคงของแรงจูงใจ และสร้างการจูงใจใหม่ในกรณีที่แรงจูงใจถดถอยไป

MET เหมาะสำหรับผู้ป่วยนอก ใช้เวลาไม่มากและทำไม่กี่ครั้ง มีหลักการและเหตุผลสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย ผู้บำบัดมีบทบาทคล้อยตามผ่อนปรนมากกว่าชี้นำกำกับ ข้อสำคัญคือ ผู้บำบัดต้องมีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือ จริงใจและเข้าใจจิตใจผู้อื่น นักบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET therapist) ต้องเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างดี เพราะนักบำบัดจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่วงล้อของการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มแรกผู้ป่วยอยู่ในระยะเพิกเฉย (precontemplation) ปฏิเสธปัญหา ผู้บำบัดเริ่มสร้างแรงจูงใจ ขับเคลื่อนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลง (contemplation) ผู้บำบัดดำเนินกระบวนการต่อเพื่อขับเคลื่อนไปจนถึงระยะตัดสินใจ (determination) อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 11.1

MET จึงให้ความสำคัญทั้ง 3 ระยะนี้ เพราะ MET มีวัตถุประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาอย่างจริงจังใน 2 หัวข้อที่สำคัญคือ

(1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยส่งผลกระทบ (ทั้งด้านดีและไม่ดี) ต่อตัวเขาเองมากน้อยเพียงใด โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาอย่างละเอียดหาเหตุผลที่สนับสนุนและคัดค้านจากประสบการณ์การดื่มสุราที่ผ่านมา จนเกิดมุมมองใหม่และอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม เป็นจุดสำคัญของการขับเคลื่อนจากระยะลังเลใจสู่ระยะตัดสินใจ

(2) ผู้ป่วยที่อยู่ระยะลังเลใจได้มีโอกาสพิจารณาถึงความเป็นไปได้ สิ่งที่ต้องลงทุนและประโยชน์ที่จะได้รับหากต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ป่วยได้คิดว่าตนเองจะทำได้หรือไม่ และการเปลี่ยนแปลงนี้จะกระทบวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไร ในระยะตัดสิน ผู้ป่วยตัดสินใจแล้วที่จะเปลี่ยนแปลงจึงเริ่มลงมือกระทำ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มต้นลงมือกระทำคือประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยที่เคยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรามาแล้วแต่ไม่สำเร็จก็จะเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ ผู้บำบัดควรให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ขับเคลื่อนสู่วงล้อการเปลี่ยนแปลงในระยะต่อไป

ตารางที่ 11.1 เทคนิกการบำบัดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของผู้ป่วย[19]

ระยะของการเปลี่ยนแปลง	เทคนิกการบำบัด	กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
ขั้นไม่พร้อม (Not ready) ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองติดสุรา จึงไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลง มักเกิดในช่วงเริ่มต้นของการดื่ม ผู้ป่วยรับรู้เพียงผลดีจากการดื่ม	ให้ข้อมูล (information) และการสะท้อนข้อมูลกลับ (feedback) เพื่อให้เห็นผลเสียจากการดื่ม	**ขั้นที่ 1:** Create a sense of urgency โดยผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาทบทวนปัญหา นำขึ้นสู่จิตสำนึก เกิดการตระหนักรู้ (consciousness raising)
ขั้นเริ่มเตรียมความพร้อม (Getting ready) ผู้ป่วยเริ่มมีประสบการณ์กับผลเสียของการดื่มสุราบ้างแต่ยังเห็นว่าการดื่มสุรายังมีประโยชน์มากกว่าโทษ และรู้สึกว่าตนเองยังสามารถควบคุมการดื่มได้	ให้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีและข้อเสีย (pros and cons) ของการดื่ม และข้อดีและข้อเสียของการหยุดดื่ม	**ขั้นที่ 2:** Creating the guiding coalition ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมมือกันคิดหาหนทางแก้ปัญหา โดยการทบทวนสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายนอก (environmental reevaluation) จุดแข็งของผู้ป่วย โอกาสพัฒนา เป้าหมายสู่ความสำเร็จ **ขั้นที่ 3:** Developing a change vision นักบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้นทำให้ผู้ป่วยแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและทำได้ มุ่งประเด็นสำคัญ สื่อสารออกมาได้อย่างเข้าใจ ยืดหยุ่น เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความในใจ เห็นอนาคตตัดสินใจได้ ก็จะเกิดความโล่งใจ (dramatic relief)
ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจัง หรือขั้นพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (Ready to change) ผู้ป่วยได้เผชิญกับโทษภัยของการดื่มสุราอย่างรุนแรงและตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจัง	พูดคุยถึงวิธีการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้เลือกหนทางโดยอิสระ ส่งเสริมความรับผิดชอบ และให้เห็นศักยภาพของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง	**ขั้นที่ 4:** Communicating the vision for buy-in ให้ผู้ป่วยได้สื่อสารออกมาให้ผู้บำบัดและคนอื่นรู้มากขึ้นว่าเป้าหมายที่ต้องการนี้จะมีวิธีการใดบ้างที่ต้องทำตามลำดับก่อนหลัง ได้ปลดปล่อยตนเองจากสังคม (social liberation) รู้สึกเป็นอิสระ **ขั้นที่ 5:** Empowering broad-based action ขจัดปัญหาและอุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายไม่สำเร็จ โดยให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองใหม่ซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้เข้าใจและเห็นผลกระทบจากการดื่มสุราที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน เห็นความพยายามที่ผ่านมา เห็นอุปสรรค ช่วยกันคิดว่าจะจัดการอุปสรรคนี้ได้อย่างไร สามารถตัดสินใจในการเปลี่ยน

ตารางที่ 11.1 เทคนิกการบำบัดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของผู้ป่วย[19] (ต่อ)

ระยะของการเปลี่ยนแปลง	เทคนิกการบำบัด	กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
		แปลงพฤติกรรมได้อย่างมั่นใจ สามารถปลดปล่อยตนเอง (self liberation) กล้าเปิดใจแสดงตัวตน
ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติหรือหยุดดื่มไปแล้วในช่วง 6 เดือนแรก พฤติกรรมหยุดดื่มยังไม่มั่นคง	ส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจและความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา (compliance and adherence) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อรรถประโยชน์จากวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก	**ขั้นที่ 6:** Generating short-term wins กำหนดเป้าหมายใกล้ๆ ทำได้สำเร็จโดยง่าย ทำเป็นขั้นตอน ตั้งเป้าหมาย 6 เดือน 1 ปี 18 เดือน เช่น การมาเข้ากลุ่มสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นแบบร่วมด้วยช่วยกัน (helping relationship) กล้าเผชิญและแก้ไขภาวะเงื่อนไขต่างๆ (counter conditioning) ชื่นชมความสำเร็จ จัดการสมดุลชีวิตใหม่อย่างมีความสุข (reinforcement management) ควบคุมสิ่งเร้าที่เป็นชนวนกระตุ้นให้กลับไปดื่ม (stimulus control) เช่น สถานการณ์เสี่ยง อารมณ์ทางลบ และความเครียด
ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ผู้ป่วยหยุดดื่มมาได้ระยะหนึ่ง นานประมาณ 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมหยุดดื่มเริ่มมีความมั่นคงระดับหนึ่ง	ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มได้นาน มีวิถีดำรงชีวิตที่สมดุลแบบใหม่	**ขั้นที่ 7:** Don't let up ช่วยให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงและประโยชน์ที่ได้ แล้วผู้บำบัดค่อยๆ เสริมกิจกรรมเพื่อให้เปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้นเรื่อยๆ **ขั้นที่ 8:** Incorporating change into culture ตอกย้ำพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ให้ทำอยู่เรื่อยๆ สอดคล้องกับวัฒนธรรมสังคมที่อยู่ ทำจนเป็นกิจวัตรต่อเนื่อง
6. ขั้นกลับไปติดสุราซ้ำ (Relapse) ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราหนักอีกครั้งจนติด ผู้ป่วยเองมักรู้สึกผิด ขาดความมั่นใจ คิดว่าตนเองคงไม่สามารถเลิกดื่มได้	สร้างความหวังและกำลังใจให้การประคับประคองด้านจิตใจ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยังคงเห็นศักยภาพภายในของตนเอง ว่ายังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับเข้าสู่วงจรการเปลี่ยนแปลงตนเองอีกครั้ง	**ขั้นที่ 7:** Don't let Up ช่วยให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงและประโยชน์ที่ได้ แล้วผู้บำบัดค่อยๆ เสริมกิจกรรมเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้นเรื่อยๆ **ขั้นที่ 8:** Incorporating change into culture ตอกย้ำพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ให้ทำอยู่เรื่อยๆ สอดคล้องกับวัฒนธรรมสังคมที่อยู่ ทำจนเป็นกิจวัตรต่อเนื่อง

เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจเทคนิคของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้นิพนธ์ได้แสดงตัวอย่างคำพูดที่ใช้ในการบำบัดแบบนี้ พร้อมคำอธิบายเหตุผลของการใช้คำพูดเหล่านี้ไว้ดังนี้[18]

เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพด้วยการขออนุญาตสัมภาษณ์ เป็นการสื่อถึงการให้เกียรติผู้ป่วย และผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยากคุยถึงการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ไม่ได้เกิดจากการถูกชักจูงแกมบังคับให้เปลี่ยนแปลง

- จากรายงานทางการแพทย์พบว่าคุณมีโรคตับอักเสบที่เกิดจากพิษสุรา คุณจะว่าอะไรไหมถ้าเราจะมาคุยกันเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณ”

ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้เกิดความอยากที่จะเปลี่ยนแปลง การพูดคุยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต้องสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดออกมาด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญถ้ามีการเปลี่ยนแปลง หลักการคือชวนให้ผู้ป่วยมองเห็นความขัดแย้งในตนเอง “discrepancies” หรือความห่างไกลระหว่างจุดหมายที่ต้องการกับพฤติกรรมที่ทำอยู่ โดยผู้บำบัดไม่ควรใช้วิธีการ confrontation

- คุณอยากเห็นอะไรที่ต่างไปจากปัจจุบันที่เป็นอยู่บ้าง อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคุณจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง จะเกิดอะไรขึ้นถ้าหากคุณไม่เปลี่ยนแปลงอะไรเลย คุณอยากให้อะไรดีๆ เกิดขึ้นบ้างหากคุณไม่ดื่มสุรา ชีวิตอีก 3 ปีข้างหน้าจะเป็นอย่างไรถ้าคุณหยุดดื่มสุรา

ใช้คำถามปลายเปิด ค้นหาปัญหาอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอาจจะต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง แต่คิดว่าเป็นเรื่องยาก ผู้บำบัดควรให้กำลังใจ สนับสนุนให้สู้ ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค

- ถ้าคุณตัดสินใจที่จะหยุดดื่ม คุณคิดว่าจะต้องทำอย่างไรบ้าง ในอดีตคุณเคยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงแต่ประสบกับปัญหาอุปสรรค อยากให้ผม/ดิฉันช่วยเหลืออะไรบ้าง เพื่อให้คุณสามารถชนะอุปสรรคเหล่านั้น

ใช้คำถามที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดเห็นสองด้านที่แตกต่างกัน ถ้าผู้ป่วยแสดงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงน้อยมาก การถามเช่นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรยายถึงผลที่จะตามมา เห็นความแตกต่างระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- สมมติว่าคุณยังคงดื่มสุราต่อไป คุณคิดว่าจะเกิดอะไรที่แย่ที่สุดขึ้นได้ คุณลองจินตนาการดูว่า หากคุณหยุดดื่มสุราได้ จะมีอะไรที่ดีที่สุด เกิดขึ้นกับคุณบ้าง

ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้เห็นภาพอนาค ใช้คำถามที่ช่วยให้เห็นความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายกับการกระทำในปัจจุบัน คิดถึงอนาคตว่าเพื่อจะไม่ให้เกิดปัญหานั้น ผู้ป่วยจะต้องทำอะไรในสถานการณ์ปัจจุบัน

- ถ้าคุณหยุดดื่มสุราตอนนี้ ชีวิตในวันข้างหน้าหรืออีก 1-2 ปีของคุณจะเป็นอย่างไรบ้าง

ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้เกิดการพิจารณาผลกระทบทั้งสองด้าน จากการเปลี่ยนและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมทั้งใช้เทคนิกการฟังเพื่อสะท้อนความคิด และสมดุลการตัดสินใจ (decision balancing) ซึ่งเป็นวิธีการใช้ได้ตลอดการรักษา โดยการให้ผู้ป่วยเขียนเป็นตารางสี่ช่อง แล้วเขียนข้อดีและข้อไม่ค่อยดีของการดื่มสุรา และข้อดีและข้อไม่ค่อยดีของการหยุดดื่มสุราลงไปในตาราง ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา ควรเริ่มต้นด้วยการคิดถึงข้อดีของการดื่มสุราก่อน และสิ่งที่ต้องลงทุน (สิ่งที่ต้องแลกหรือเสียไป) ถ้าหยุดดื่มสุรา หลังจากผู้ป่วยได้บอกทั้งข้อดีและข้อไม่ค่อยดีของการดื่มสุราและการหยุดดื่มแล้ว ผู้บำบัดควรสะท้อนข้อมูลกลับหรือสรุปประเด็นสำคัญอย่างตั้งใจเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเห็นความขัดแย้งภายใน

- คุณช่วยบอกข้อดีของการดื่มสุราว่ามีอะไรบ้าง ในทางตรงข้ามเหมือนเหรียญก็มีสองด้าน ลองบอกข้อไม่ค่อยดีของการดื่มสุราว่ามีอะไรบ้าง
- ดูเหมือนว่าครั้งแรกที่คุณเริ่มดื่มสุรา คุณได้รับผลดีจากการดื่มเช่น สนุก คลายเครียด กล้าพูด นอนหลับง่าย แต่ตอนนี้กลับกลายเป็นว่า ผลกระทบจากการดื่มสุราในทางเสียหายมีมากขึ้น เช่น สุขภาพทรุดโทรม ทะเลาะกับภรรยาและลูกบ่อยครั้ง เงินทองไม่พอใช้ ทำงานผิดพลาดบ่อยครั้ง จนบางครั้งคุณเคยคิดที่จะเลิกดื่มไหม และถ้าคุณหยุดดื่มชีวิตคุณจะเป็นอย่างไรในอนาคต
- มองด้านหนึ่งคุณมีอาการไอและหายใจไม่สะดวก แต่มองอีกด้านหนึ่งคุณบอกว่าบุหรี่ไม่ได้ก่อปัญหาใดๆ กับตัวคุณ แล้วคุณคิดว่าอาการไอและหายใจไม่สะดวก เกิดจากอะไร

อาจใช้ therapeutic paradox เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจในพฤติกรรมของตนเอง และคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง การใช้ therapeutic paradoxical statements เป็นเทคนิกที่ผู้บำบัดใช้สำนวนตรงกันข้ามกับสิ่งที่ต้องการพูดกับผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ทันคาดคิดมาก่อน (เป็นสำนวนคล้ายการประชด) โดยหวังว่าหลังจากผู้ป่วยได้ยินประโยคดังกล่าวจะเกิดการถกเถียงหาคำตอบที่ถูกต้องมายืนยันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีนี้อาจจะมีความเสี่ยงเกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่เถียงแต่กลับยอมรับคำพูดของผู้บำบัด และไม่ตระหนักรู้ความจริง แม้ผู้ป่วยจะ

มาตามนัดสม่ำเสมอแต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ อีกประการหนึ่งสำนวนแบบนี้มีผลกระทบในทางลบต่อผู้ป่วย ดังนั้น ผู้บำบัดจึงต้องพึงระวังน้ำเสียงและท่าทีเพื่อไม่ให้เข้าใจผิดว่าผู้บำบัดพูดประชด ทำนองเดียวกันควรต้องมีการเตรียมผู้ป่วยมาก่อน หรืออาจมีช่วงพักการรักษาถ้าหากผู้ป่วยยังไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง แล้วค่อยนัดกลับมาใหม่

- คุณมารักษาที่นี่ได้นาน... เดือนกว่าแล้ว แต่ตอนนี้คุณก็ยังคงดื่มหนักทุกวัน ผม/ดิฉันคิดว่าเวลานี้ อาจไม่ใช่เวลาที่เหมาะสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของคุณกระมัง (โดยหวังว่าผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการเปลี่ยนแปลงจะตอบสนองว่า “ไม่นะครับ ผมต้องการเปลี่ยนแปลงจริงๆ ตอนนี้มันเพิ่งเป็นเพียงการเริ่มต้นเท่านั้น”)

ค้นหาเหตุผลของความล่าช้าของการเปลี่ยนแปลง อาจชวนให้ผู้ป่วยคิดถึงภาพที่ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาแล้วต้องดื่มสุราก่อนที่จะทำสิ่งอื่นใด เพื่อช่วยให้เขาตระหนักรู้ว่า เขายังไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ

- คิดอะไรอยู่ อยากจะพูดอะไรเกี่ยวกับการบำบัดครั้งนี้และครั้งหน้าไหม

ใช้คำพูดที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเห็นศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเอง การใช้คำพูดที่สนับสนุนยืนยันความสามารถที่เขามีอยู่ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง เพราะผู้ป่วยส่วนมากขาดความมั่นใจ และไม่เชื่อว่าตนเองจะเปลี่ยนแปลงได้ อาจใช้เครื่องมือประกอบ เช่น ไม้บรรทัดวัดความพร้อม (readiness to change ruler) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บำบัด ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเห็นความสำคัญของเป้าหมายที่วางไว้และคาดคิดว่าจะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด เป็นเสียงสะท้อนของผู้ป่วยเองที่ช่วยตอกย้ำว่าตัวเขาต้องการและรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลง

- คุณช่วยประเมินความสำคัญของเป้าหมาย (ความมั่นใจว่าเป็นไปได้) ที่คุณตั้งไว้คือ หยุดดื่มอย่างน้อย 1 ปี จากแบบประเมินความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง โดยให้ค่าคะแนน 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยน 10 หมายถึงพร้อมแล้ว
- คุณลองให้ค่าคะแนนความพร้อมที่จะหยุดดื่มสุราในตอนนี้
- ถ้าผู้ป่วยตอบว่า 5 ให้ถามต่อว่า เมื่อ 6 เดือนก่อนคุณให้คะแนนเท่าไร ถ้าผู้ป่วยตอบว่า 2 ผู้บำบัดตอบสนองว่า “ดูเหมือนว่า คุณได้ผ่านประสบการณ์จากไม่พร้อมมาเป็นพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เห็นได้จากค่าคะแนนเมื่อ 6 เดือนก่อนเป็น 2 แต่ตอนนี้เป็น 5 คุณรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงนี้
- คุณจะทำอะไรบ้างคะเพื่อให้ความมั่นใจของคุณเพิ่มขึ้นจากค่าคะแนน 5 เป็น 8

หากผู้ป่วยให้คะแนนต่ำในช่วงแรก และให้คะแนนสูงขึ้นในครั้งต่อมา ผู้บำบัดควรถามว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร แล้วรู้สึกอย่างไรต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- ดูเหมือนว่าคุณได้พยายามอย่างมากที่จะหยุดดื่มสุรา มีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง มันเกิดขึ้นได้อย่างไร
- สัปดาห์ก่อน คุณเคยบอกว่าไม่แน่ใจว่าจะหยุดดื่มสุราได้แม้เพียงสัปดาห์เดียว แต่คุณก็สามารถหยุดดื่มได้ตลอดสองสัปดาห์ที่ผ่านมา บอกผม/ดิฉันหน่อยว่าคุณทำได้อย่างไร

ใช้เทคนิกการยืนยันรับรอง ตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา และสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นจุดแข็ง ความสำเร็จ และความพยายามที่เคยมีมาก่อน คำพูดที่ปลอบประโลม ชื่นชมยินดีของผู้บำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าผู้บำบัดได้รู้และเห็นสิ่งที่ผู้ป่วยทำหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น การชื่นชมต้องทำด้วยความจริงใจ ไม่ยกยอจนเกินไป คำชื่นชมจากผู้บำบัดจะช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้

- เท่าที่คุณเล่ามา เห็นชัดว่าคุณได้พยายามทำหลายอย่างเพื่อควบคุมการดื่มสุราของคุณ อาทิ เช่น (พูดคำที่ผู้ป่วยได้บอกกล่าวมาแล้วถึงความกล้าหาญ จุดแข็ง ความมุ่งมั่นพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม)
- ระหว่างที่คุณจัดการสถานการณ์ต่างๆ คุณได้แสดงให้เห็นหลายอย่าง เช่น (ความเข้มแข็ง ความอดทน ความมุ่งมั่น ความพยายาม เป็นต้น เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาก่อนหน้านี้ และเป็นจุดแข็งหรือขุมทรัพย์ภายในผู้ป่วยที่ผู้บำบัดเห็น)

การให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (advice/feedback) เป็นเทคนิกที่มีความสำคัญมากเพราะบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้คำแนะนำง่ายๆ เช่น “คุณควรที่จะหยุดดื่มสุราได้แล้วเพราะตับเริ่มแข็งแล้ว” ไม่ค่อยได้ผลเพราะคนส่วนมากไม่ชอบให้คนอื่นมาบอกว่าควรทำอย่างนี้อย่างนั้น แต่ชอบให้มีทางเลือกหลายทางและตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง การให้คำแนะนำควรทำด้วยท่าทีเป็นกลาง ไม่มีอคติหรือตัดสินถูกผิด มีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ควรเป็นข้อมูลใหม่ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง

อาจใช้ข้อมูลเชิงระบาดวิทยามาประกอบการเปรียบเทียบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นว่าตนเองดื่มมากหรือน้อยกว่าคนทั่วไป และควรให้ข้อมูลสะท้อนกลับที่ตรงกับข้อมูลเฉพาะตัวของผู้ป่วย เมื่อผู้บำบัดถามผู้ป่วยว่ามีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสุราต่อสุขภาพและสังคมมากเพียงใด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตอบว่ารู้ไม่มาก ผู้บำบัดอาจเพิ่มข้อมูลความรู้ที่เป็นจริงจากหลักฐานที่ปรากฏทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้เอกสารแผ่นพับที่เตรียมไว้ช่วยอธิบาย สิ่งสำคัญคือ ควรเน้นการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่สิ่งที่ดีมีประโยชน์ เช่นการหยุดดื่มสุราแม้เพียงวันเดียวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีกับร่างกายอย่างไร อย่างไรก็ตาม ควรระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยบางคนไม่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จึงไม่อยากฟังหรือฟังอย่างไม่เต็มใจ แกล้งยอมรับง่ายๆ เพื่อให้เสร็จเร็วขึ้น

- จากสถิติการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทยในรอบหนึ่งปี พบว่าคนไทยร้อยละ... ดื่มสุรา
- คุณจะว่าอะไรไหม ถ้าเราจะใช้เวลาเพียงสองสามนาที เพื่อคุยกันเกี่ยวกับการดื่มสุรา.... คุณรู้อะไรเกี่ยวกับสุราและผลกระทบต่อสุขภาพ.....คุณสนใจอยากรู้อะไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุราและผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่ (แล้วค่อยแจกเอกสารหรือแผ่นพับความรู้ที่เตรียมมาให้)
- ผม/ดิฉันรับทราบข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุราของคุณ ลองเปรียบเทียบกับกราฟอันนี้ซึ่งแสดงปริมาณสุราที่คนไทยทั่วไปดื่มกัน คุณลองดูว่าคุณจัดอยู่ในกลุ่มไหน
- จากแบบคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่คุณได้ทำไว้แล้ว คุณได้คะแนน 16 ถ้าแปลผลตามค่าคะแนน (แสดงภาพระดับค่าคะแนนสัมพันธ์กับความเสี่ยง) คุณคิดว่าคุณจัดอยู่ในกลุ่มไหน

สรุปสุดท้าย เป็นการสรุปประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงอย่างเป็นเหตุและผลในสิ่งที่ผู้ป่วยได้พูดออกมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความลังเลใจของผู้ป่วย พร้อมกับการขับเคลื่อนแรงจูงใจจากระยะลังเลสู่ความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดต้องตั้งใจฟังอย่างมากว่าผู้ป่วยพูดอะไรบ้างตลอดการสัมภาษณ์ แล้วสรุปใจความทั้งหมด และนำไปสู่ประเด็นที่จะพูดคุยต่อในครั้งหน้า

- ดูเหมือนว่า คุณกังวลกับพฤติกรรมการดื่มสุราของคุณเนื่องจากสุขภาพของคุณแย่ลง เงินทองไม่พอใช้ และครอบครัวไม่มีความสุข และมีโอกาสเสี่ยงต่อการหย่าร้าง คุณเคยคิดที่จะเลิกดื่มแต่เพื่อนที่ทำงานเขาก็ดื่มกันหมด ซึ่งดูเหมือนว่ามันเป็นเรื่องยากที่จะเลิกดื่มสุรา ตอนนี้คุณได้ตระหนักรู้ผลเสียของสุรามากกว่าผลดี ซึ่งทำให้คุณตัดสินใจได้ว่าจะหยุดดื่มมัน

Rubak และคณะทบทวนงานวิจัยแบบทดลองที่ศึกษาประสิทธิผลของ MI ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหรือโรคต่างๆ ทั้งหมด 72 งานและทำมหวิเคราะห์ พบว่า MI ทำให้ค่าดัชนีมวลกาย ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิต ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และปริมาณการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดย MI มีขนาดของผลการรักษา (effect size) เมื่อวัดจากหน่วยดื่มมาตรฐานเฉลี่ยจากการศึกษาต่างๆ เท่ากับ 14.64 (95% CI: 13.73, 15.55) ซึ่งแสดงว่า MI มีประสิทธิผลเหนือกว่าการให้คำแนะนำแบบที่ใช้กันอยู่ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก[20] แต่ขนาดของผลการรักษาของ MI ลดลงจาก 0.77 หลังสิ้นสุดระยะสั้นของการรักษาเป็น 0.30 เมื่อติดตามไป 1 ปี โดยประสิทธิผลมีความแตกต่างกันในระหว่างประเภทของผู้บำบัด ประชากรผู้รับบริการ หรือสถานที่ให้บริการ[21] การทบทวนนี้ยืนยันถึงประสิทธิภาพของ MI ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพรวมทั้งการดื่มสุรา

นอกจากนี้ Smedslund และคณะยังได้รวบรวมงานวิจัยแบบทดลองทั้งหมด 59 งาน รวมอาสาสมัครทั้งสิ้น 13,342 คน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่ได้รับ MI กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า MI มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการรักษาทันที (standard mean difference; SMD: 0.79, 95% CI: 0.48, 1.09) แต่ผลลดลงเรื่อยๆ ตามเวลาของการติดตาม (SMD: 0.38, 95% CI: 0.10, 0.66 สำหรับการติดตามระยะกลาง และ SMD: 0.15, 95% CI: 0.04, 0.25 สำหรับการติดตามระยะสั้น) เมื่อติดตามระยะยาว ไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD: 0.06, 95% CI: -0.16, 0.28) ซึ่งแสดงว่า MI มีประสิทธิผลชัดเจนในระยะแรกหลังการบำบัด แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่คงอยู่นาน[22]

การบำบัดแบบ MET ใน Project MATCH มีจำนวนชั่วโมงการบำบัดเป็นรายบุคคลทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะ 12 สัปดาห์ ได้แก่สัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 แต่ละครั้งจะมีการวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breath test) เพื่อให้แน่ใจว่าหยุดดื่มจริง หากผู้ป่วยกลับไปดื่มอีกในระหว่างช่วงของการบำบัด ก็จะปรับชั่วโมงการบำบัดใหม่ (rescheduling the session) ในการบำบัด 2 ครั้งแรก อาจมีคู่สมรสหรือคนสำคัญของผู้ป่วยร่วมอยู่ด้วย กระบวนการบำบัดทั้งหมดสิ้นสุดใน 90 วัน กระบวนการบำบัดประกอบด้วย[14]

- การบำบัดครั้งที่ 1 (สัปดาห์แรก)
  - การป้อนข้อมูลสะท้อนกลับเชิงโครงสร้าง และการให้ความรู้เกี่ยวกับผลการตรวจประเมินปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่ม อาการแสดงที่สัมพันธ์กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม พิจารณาการตัดสินใจและการวางแผนสำหรับอนาคต
  - สร้างแรงจูงใจเพื่อเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง หรือเสริมแรงจูงใจให้คงการเปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างต่อเนื่อง

- การบำบัดครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)
  - o เสริมแรงจูงใจให้เพิ่มมากขึ้น จัดการให้ความตั้งใจมุ่งมั่นตกผลึก เกิดการตกลงให้คำมั่นสัญญากับตนเองอย่างแน่วแน่
- การบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 (สัปดาห์ที่ 6 และ 12)
  - o ผู้บำบัดติดตามตรวจสอบและให้กำลังใจสนับสนุนความก้าวหน้า

ในประเทศไทยได้มีการนำหลักการนี้มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา และได้มีการทดสอบประสิทธิภาพของ MI และ MET ในบริบทของระบบสุขภาพไทย โดยทำการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ดังการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ป่วยในที่ติดสุราของโรงพยาบาลลำพูน ของ วิวัฒน์ เชวงชัยยง และคณะ[23] การศึกษาของสายรัตน์ นกน้อย และคณะเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มสุราโดยใช้เทคนิกการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ[24,25] และการศึกษาของ อรัญญา แพจุ้ย และคณะที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ MI ในผู้ป่วยติดสุรา[26] ผลการศึกษาทั้งสามโครงการ พบว่า MI มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการดื่มลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ดรุณี ภู่ขาวและคณะยังได้พัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราแบบผสมผสานหลักการและเทคนิกของ MI ความนึกคิด-พฤติกรรมบำบัด และปรัชญาพุทธศาสนา เรียกว่า Buddhism-motivational interviewing-cognitive behavioral Therapy (BUMI-CBT) โดยให้การบำบัดรายกลุ่ม ครั้งละ 3 ชั่วโมง วันละครั้งเป็นเวลา 5 วัน พบว่า BUMI-CBT มีประสิทธิภาพสามารถลดปริมาณการดื่มลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติของสถานบำบัด[27] สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ ได้ศึกษาผลของการบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 2 สัปดาห์ในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการที่คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 22 คน ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการบำบัดโดยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 7 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ติดสุราได้[28]

การป้องกันการกลับติดซ้ำ (Relapse prevention)

การป้องกันการกลับติดซ้ำ (Relapse prevention; RP) เป็นโปรแกรมฝึกการรู้จักควบคุมตนเองโดยวิธีการสอนให้ผู้ป่วยที่พยายามจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้เรียนรู้วิธีระมัดระวังตนเอง และวิธีจัดการกับปัญหาที่เป็นสถานการณ์เสี่ยงสูงได้ดี[29] “Relapse prevention” เป็นคำที่ถูกใช้สับสนค่อนข้างมากในเอกสารวิชาการต่างๆ โดยนัยยะหนึ่ง คำนี้เป็นขั้นตอนการรักษาขั้นตอนหนึ่งที่ให้กับผู้ป่วยทุกคนหลัง

จากผ่านการรักษาเพื่อถอนพิษสุราแล้ว เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ[30] อีกนัยยะหนึ่ง คำนี้หมายถึงวิธีการรักษาแบบหนึ่งซึ่งอิงตามแนวคิดการปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring หรือ cognitive retraining) โดยไม่ใช้วิธีพฤติกรรมบำบัดร่วมด้วยมากนัก ในบางการศึกษาใช้คำนี้เมื่อหมายถึง การบำบัดเสริม (booster session) หรือการดูแลหลังการรักษา (aftercare)[13] ส่วนวิธีการบำบัดแบบ “Relapse prevention” ดั้งเดิมถูกพัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของ Marlatt และ Gordon ในปี พ.ศ. 2528[29] โดยมีแนวคิดสำคัญคือ

1. โมเดลสีเทา (The gray model) เป็นการมองแบบแผนของการกลับไปติดสุราซ้ำในมุมใหม่ว่าในกระบวนการเปลี่ยนแปลง (transitional process) ย่อมมีการพลั้งเผลอ (slip or lapse) เกิดขึ้นได้ก่อนที่จะไปถึงการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (abstinence) เสมือนการเปลี่ยนจากขั้วสีขาวหรือการหยุดใช้สารเสพติด ไปยังขั้วสีดำหรือการกลับไปติดซ้ำจนควบคุมการดื่มไม่ได้ ซึ่งต้องผ่านเส้นทางที่เป็นสีเทา หรือการพลั้งเผลอกลับไปดื่มอีกได้เสมอ การพลั้งเผลอกลับไปดื่มอีกมักเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการติดตามการรักษาหลังจากหยุดดื่มสุราได้ระยะหนึ่ง เราเชื่อว่าคนทุกคนมีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง (sense of perceived self-control) หากหยุดดื่มได้นานขึ้น ความรู้สึกของการควบคุมตนเองได้จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงสูง ความรู้สึกเสียการควบคุมตนเองอาจจะเกิดขึ้นได้บ้าง ทำให้เกิดการพลั้งเผลอกลับไปดื่มอีก

2. สถานการณ์เสี่ยง (High risk situations) เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ หรือการเผชิญกับตัวกระตุ้นหรือชนวน (cue or trigger) ทำให้เกิดอาการอยากดื่มสุรา สถานการณ์เสี่ยงสูงแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

(1) สภาวะอารมณ์ทางลบ (Negative emotional state) พบได้ในผู้กลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 35 สภาวะอารมณ์เหล่านี้ ได้แก่ อารมณ์คับข้องใจ โกรธ ผิดหวัง เสียใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย เหงา เป็นต้น

(2) ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal conflict) พบได้ในผู้กลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 16 ส่วนใหญ่มักเป็นความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ทำให้มีการโต้เถียงหรือตำหนิต่อว่าซึ่งกันและกัน เช่นคู่สมรส เพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว หรือนายจ้าง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

(3) แรงกดดันทางสังคม (Social pressure) พบได้ในผู้กลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 20 ตัวอย่างของแรงกดดันจากสังคม เช่น เวลาไปงานเลี้ยงที่คนในงานต่างดื่มสุราและชักชวนผู้ป่วยให้ดื่มฉลองในงานด้วย

สถานการณ์เสี่ยงทั้ง 3 กลุ่มนี้พบได้บ่อยมาก แต่หากผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวที่ดี แก้ไขสถานการณ์ได้โดยไม่หวนกลับไปดื่มซ้ำ ก็ทำให้โอกาสที่จะกลับไปติดซ้ำน้อยลง มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยขาดทักษะการปรับตัวที่ดี มีแต่ความกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง ร่วมกับการคาดหวังผลทางบวกหรือประโยชน์ของ

การดื่มสุรา และไม่เชื่อมั่นตนเอง รู้สึกว่าช่วยตัวเองไม่ได้จึงยอมปล่อยตัวไปตามสถานการณ์นั้น ดังนั้น ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยทุกคน คือ ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง และฝึกทักษะในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ เหล่านั้น

3. กระบวนการกลับไปติดซ้ำ (Relapse process) เกิดจากการที่ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำและไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ ร่วมกับคาดหวังถึงผลทางบวกจากการดื่มสุรา ทำให้หวนกลับไปดื่มซ้ำ และเกิดปฏิกิริยาจากการละเมิดความตั้งใจในการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (abstinence violation effect : AVE) ได้แก่ มีความรู้สึกผิด ความเชื่อมั่นและความเคารพนับถือตนเองลดน้อยลง ความอยากดื่ม (craving) เพิ่มมากขึ้น หากยังคงดื่มซ้ำอีก ในที่สุดก็จะกลับไปติดซ้ำ ดังนั้นข้อแนะนำในกรณีนี้ คือ ผู้ป่วยควรฝึกให้รู้เท่าทันและโต้แย้งความคิดคาดหวังผลทางบวกจากการดื่มสุรา จัดการกับอาการอยากดื่มและปฏิกิริยา AVE หาทางออกที่เหมาะสมและสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

4. วิถีชีวิตประจำวันที่สมดุล (Balanced daily life-style) เป็นการป้องกันการกลับติดซ้ำแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดตารางชีวิต ผ่อนคลายความเครียด สร้างสุขอนามัยในการนอน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ผ่องใส สุขสงบโดยการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นต้น

RP เป็นแนวทางที่มีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการหยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง (maintenance phase) หรือช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม มีประสิทธิผลเหนือกว่าการไม่ได้รับการรักษาใดๆ สามารถลดความรุนแรงของการกลับไปติดซ้ำได้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดที่มีระดับความบกพร่องสูง บุคลากรสุขภาพสามารถนำเสนอ RP แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้สุขศึกษา การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยโดยสื่อต่างๆ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษารายกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น และยังผสมผสาน RP เข้ากับรูปแบบการบำบัดต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง[13]

ความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดในการรักษาโรคติดสารเสพติดเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา โดยมีสมมติฐานว่า การติดสารเสพติดเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อน แนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับการมองเห็นความสามารถในตนเอง (self-efficacy) การคาดหวังผลของสารเสพติด (outcome expectancies) ความเชื่อเกี่ยวกับเหตุของการใช้สาร (attribution of causality) และกระบวนการตัดสินใจ (decision making process) ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางบำบัดที่เรียกว่า “ความนึกคิดและพฤติกรรมบำบัด” หรือ cognitive-behavioral therapy (CBT)[31]

CBT สำหรับผู้ติดสุราหรือสารเสพติดถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของกระบวนการกลับไปติดซ้ำและการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (RP) ของ Marlatt โดยมีโครงสร้างและระเบียบวิธีการบำบัดที่ชัดเจน ผสมผสานการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) และการบำบัดเพื่อปรับพฤติกรรม (behavior therapy) เข้าด้วยกัน สามารถให้การบำบัดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มได้โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้การบำบัด

ตัวอย่างของการใช้ CBT ในผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ การใช้ CBT ใน Project MATCH ซึ่งเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลมุ่งเน้นที่การฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและทักษะการจัดการตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เนื้อหาโดยรวมมี 22 หัวข้อ แบ่งเป็นเนื้อหาแกนหลัก 8 หัวข้อที่ผู้ป่วยทุกคนได้รับเหมือนกัน และเนื้อหาแบบเลือก 14 หัวข้อ ให้เลือกใช้เพียง 4 หัวข้อตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เทคนิกที่ใช้มีทั้งแบบฝึกหัดสำหรับการแก้ปัญหา (problem solving exercise) การใช้บทบาทสมมติ (role play) การทำการบ้าน (homework assignments) แต่ละชั่วโมงของการบำบัดมีการติดตามความก้าวหน้าและเพิ่มทักษะใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาเข้าไปในสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้เผชิญมา โดยมีผู้บำบัดให้การปรึกษา เป้าหมายของการบำบัด คือ การเพิ่มทักษะต่างๆ ในการทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้นานและไม่หวนกลับไปดื่มสุราอีก ผู้ป่วยจะต้องคิดและระบุสถานการณ์เสี่ยงสูงไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยภายใน เช่น ความคิดและอารมณ์ทางลบที่อาจทำให้กลับไปดื่มสุราอีก เมื่อระบุได้แล้วผู้ป่วยจึงเริ่มพัฒนาทักษะที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น ผู้ป่วยทุกคนจะถูกสอนทักษะพื้นฐานในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงสูงที่พบได้บ่อย[32]

บทบาทของผู้ป่วยในการบำบัดแบบ CBT คือผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมอย่างมาก (active participation) เพราะเชื่อว่าการเรียนรู้ทักษะใหม่ในด้านการควบคุมตนเองไม่ว่าจะเป็นความคิดหรือการกระทำเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบตนเอง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจนเป็นความเคยชินจะถูกแทนที่ด้วยพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งถูกควบคุมโดยกระบวนการความคิดที่มีการตระหนักรู้และการวางแผนการกระทำด้วยความรับผิดชอบ ผู้ป่วยต้องเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมบทบาทสมมติเพื่อฝึกทักษะใหม่ๆ และยอมรับคำแนะนำหรือข้อมูลสะท้อนกลับที่สร้างสรรค์ตามปัญหาที่นำมาคุยกับผู้บำบัด การได้ฝึกปฏิบัติ ได้เห็นรูปแบบตัวอย่าง และได้รับคำแนะนำที่เป็นการสะท้อนกลับที่สร้างสรรค์จากผู้บำบัด เป็นการปรับปรุงและพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาวนาน

บทบาทของผู้บำบัด คือ ผู้บำบัดต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และคุ้นเคยกับรูปแบบกิจกรรมและเทคนิกต่างๆ ที่ใช้ใน CBT ผู้บำบัดต้องตื่นตัวและเป็นผู้นำทาง (active, directive) ในกระบวนการบำบัด เป็นเสมือนครูและแบบอย่างที่ดี มีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และกำหนดกฎกติกาขอบเขต (limit setting) ของสัมพันธภาพได้

กล่าวโดยสรุป CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา มีโครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้ทางจิตวิทยา การเฝ้าระวังติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การทำบทบาทสมมติ การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกวิเคราะห์หน้าที่ (functional analysis) ของสถานการณ์ดื่มสุรา การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด

ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึกการแสดงออกและบอกความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม (assertive training) และทักษะการปฏิเสธสุรา การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) เพียงอย่างเดียวที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior therapy) จะไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา[33]

พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies)

การบำบัดตามแนวทางพฤติกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา ได้แก่ การเสริมแรงบวกต่อพฤติกรรมเป้าหมาย (positive reinforcement) หรือ contingency management (CM) การบำบัดแบบ behavioral marital and family therapy การบำบัดแบบ community reinforcement approach (CRA) การบำบัดแบบ community reinforcement approach and family training (CRAFT) การให้คำปรึกษาที่เน้นกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดสุรา การเฝ้าติดตามการรับประทานยา disulfiram และชมรมปลอดสุรา ในขณะที่การบำบัดแบบ aversive therapies ได้ผลดีน้อยกว่าการเสริมแรงทางบวก และการฝึกผ่อนคลายความเครียดก็ไม่ได้ผลดี[13,33]

Contingency Management (CM)

Contingency Management (CM) ใช้หลักทฤษฎี operant conditioning ของ B. F. Skinner โดยเชื่อว่า พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นใหม่เป็นผลมาจากการได้รับสิ่งที่เสริมแรง (positive reinforcement) หรือสิ่งที่ลดแรง (negative reinforment) จากพฤติกรรมที่ทำไปแล้ว ตัวอย่างเช่น คนใช้สารเสพติดซ้ำๆ เกิดจากผลของสารเสพติดที่ช่วยให้เกิดความเคลิ้มสุข (positive reinforcing effect) หรือใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการขาดสารเสพติด (negative reinforcing effect) ทฤษีดังกล่าวได้ถูกมาประยุกต์ใช้เป็นพฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เด็กที่กระทำผิดกฎหมาย และผู้ป่วยติดสารเสพติดในรูปแบบการให้รางวัล (token economies)[34,35]

ฤทธิ์เคลิ้มสุขของสารเสพติดเป็นแรงเสริมทางบวกซึ่งเกิดขึ้นทันทีและรุนแรงมากเมื่อผู้ติดสารเสพติดเสพสารเข้าไป ในขณะที่กระบวนการเลิกใช้สารเสพติดที่ทำให้มีวิถีชีวิตใหม่ที่สุขสบายขึ้น มีอาชีพการงานมีโอกาสกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาใหม่ หรือมีสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ เป็นแรงเสริมทางบวกที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ทีละเล็กละน้อย ไม่เท่าทันแรงเสริมจากภายในร่างกายที่กระตุ้นให้อยากเสพสารนั้น ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เพิ่งหยุดใช้สารใหม่ๆ ดังนั้น ในการบำบัดจึงต้องมีการเสริมแรงจากภายนอกเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มแรงจูงใจยึดมั่นในการหยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดอย่างเด็ดขาด และมีวิถีการดำรงชีวิตแบบใหม่ CM จึงเป็นวิธีเสริมแรงจูงใจอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรามีพฤติกรรมที่เหมะสม และไม่เพิกเฉยหรือทำร้ายคนอื่น

ตัวเสริมแรง (reinforcers) ส่วนมากจะเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งของที่ให้ผลทางบวก น่ายินดีมีความสุข แต่บางครั้งการลดหรือจำกัดสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกฎระเบียบก็เป็นการเสริมแรงทางลบ (negative reinforcer) ที่ได้ผลเช่นกัน

เทคนิคของ CM

เทคนิคของ CM มีหลายรูปแบบ แต่มีหลักการคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. กำหนดพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายให้ชัดเจน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นและวัดได้ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมหยุดดื่มสุรา วัดด้วยแบบบันทึกประจำวันแสดงจำนวนวันที่ดื่ม ร่วมกับการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breath analyzer) ในกรณีที่กำหนดเป้าหมายเป็นพฤติกรรมการทำงาน การวัดที่เหมาะสมควรจะรวมทั้งการถามผู้ป่วยว่าได้ทำอะไรบ้าง ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม และการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้วย

2. เลือกพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดเปลี่ยนแปลง กำหนดลำดับขั้นตอนของการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษา

3. ให้รางวัลสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทีละน้อย เช่น หยุดดื่มสุราเพียงหนึ่งวันก็ให้รางวัล เพราะเป็นก้าวแรกของการหยุดดื่มสุรา

4. รางวัลควรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและอยากได้ โดยสอบถามจากผู้ป่วยก่อน

5. จัดลำดับความสำคัญของรางวัล รางวัลที่ใหญ่กว่าดีกว่า จัดไว้ให้เสริมแรงสำหรับพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

6. ให้รางวัลทันทีที่ผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่กำหนดไว้ หรือเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

7. ให้รางวัลบ่อยๆ ทีละน้อย มีผลมากกว่าการให้รางวัลที่ใหญ่กว่าแต่ใช้เวลานาน

8. ให้รางวัลตามที่สัญญาและตกลงกันไว้เพื่อคงความไว้วางใจและทำให้การรักษามีความน่าเชื่อถือ

9. รางวัลควรเป็นสิ่งที่หาได้ง่าย ไม่แพงเกินไป ไม่เปลืองงบประมาณ หรือใช้พลังของผู้บำบัดมากเกินไป

การเสริมพลังโดยชุมชน (Community Reinforcement Approach)

การเสริมพลังโดยชุมชนหรือการบำบัดโดยอาศัยแรงเสริมจากชุมชน (Community Reinforcement Approach; CRA) เป็นรูปแบบหนึ่งของ CM โดยใช้สังคม สันทนาการ ครอบครัว และอาชีพเป็นแรงเสริมมากกว่าวัตถุสิ่งของที่เป็นรางวัลหรือการได้รับสิทธิพิเศษในโปรแกรม หลักการของ CRA เชื่อว่าสิ่งแวดล้อมมีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา Hunt และ Azrin เป็นผู้พัฒนาวิธีการรักษาแบบ CRA ขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 โดยเริ่มใช้รักษาแบบผู้ป่วยในก่อน[36] หลังจากนั้นอีกหลายปีจึงได้ดัดแปลงมาใช้กับผู้ป่วยนอก ในช่วงต่อมามีการใช้ยา disulfiram แบบมีการกำกับดูแลเพิ่มเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบของ CRA[37]

รูปแบบการบำบัด เป็นการให้การปรึกษารายบุคคลสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง มุ่งเน้นที่การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว เรียนรู้ทักษะการลดดื่มสุรา ให้การปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพการงาน ริเริ่มและพัฒนากิจกรรมสันทนาการใหม่และการสร้างเครือข่ายทางสังคม กำหนดพฤติกรรมและให้รางวัลเป็นลำดับขั้น CRA จะช่วยให้ผู้ติดสุราจัดระเบียบการดำเนินชีวิตใหม่ จนทำให้วิถีชีวิตที่มีสุขภาพและปลอดจากสุราได้กลายมาเป็นรางวัลในชีวิตแทนที่การดื่มสุรา ผู้บำบัดจะพยายามส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่สนุกสนาน แต่ไม่มีการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ติดสุราเกิดความสุขและพึงพอใจภายใต้สภาพแวดล้อมของ “ชุมชน” ครอบครัว หรือที่ทำงาน[38]

CRA เป็นวิธีการบำบัดที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดอันหนึ่งที่มักถูกอ้างอิงในการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ติดสุรารุนแรง และจัดเป็นวิธีการทางจิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิผลเป็นอันดับสามในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโครงการ Mesa Grande[12]

ในระยะต่อมา นักวิจัยได้พัฒนารูปแบบการบำบัดอีกสองชนิดที่มีพื้นฐานมาจาก CRA และใช้กลไกการเสริมแรง (operant mechanism) เช่นกัน ได้แก่ Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) ซึ่งมุ่งเป้าที่วัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและผู้ปกครอง และ Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) ซึ่งใช้สมาชิกครอบครัวเป็นคนผลักดันให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการดูแลรักษา[38]

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

การเสริมพลังโดยชุมชนและการฝึกหัดครอบครัว (Community Reinforcement and Family Training; CRAFT) เป็นวิธีการบำบัดที่พัฒนามาจากการบำบัดครอบครัวที่คู่สมรสมารับการปรึกษาเพียงลำพังฝ่ายเดียวก่อน (unilateral family therapy) ร่วมกับการบำบัดแบบ CRA

CRAFT เป็นวิธีที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่ไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองในตอนแรก และไม่ยอมเข้าสู่การบำบัดรักษา ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมักเป็นคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดที่พยายามแสวงหาความช่วยเหลือ ดังนั้น การเริ่มต้นช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดจึงเป็นการช่วย

บรรเทาผลกระทบของโรคติดสุราต่อครอบครัวโดยตรง และช่วยให้ญาติมีวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่การบำบัดเพิ่มมากขึ้น ในการวิจัยของ Meyers และคณะ โดยให้ญาติของผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบ CRAFT และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เสพและกระตุ้นให้ผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อผู้เสพเข้ารับการรักษาก็จะได้รับการบำบัดแบบ CRA ผลการวิจัยพบว่าในระยะเวลา 6 เดือน ญาติร้อยละ 74 สามารถนำผู้ป่วยใช้สารเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาได้ และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสามารถหยุดใช้สุราหรือสารเสพติดได้เพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ญาติยังมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ และอาการทางร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญด้วย[39]

ในงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบงานหนึ่ง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น การบำบัดแบบ CRAFT สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาได้มากกว่า Al-Anon/Nar-Anon ถึงสามเท่า (relative risk (RR): 3.25, 95% CI: 2.11, 5.02, P < 0.0001; numbers needed to treat (NNT) = 2) และมากกว่าวิธีการของ Johnson Institute สองเท่า (RR: 2.15, 95% CI: 1.28, 3.62, NNT = 3)[40]

การบำบัดแบบ CRAFT แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ญาติได้รับการฝึกทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา เนื้อหาที่สำคัญของการบำบัดประกอบด้วย การเสริมแรงจูงใจญาติให้ร่วมมือในการบำบัดรักษา การเรียนรู้วิธีการป้องกันสถานการณ์ที่เป็นอันตราย การปรับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย การฝึกทักษะทางสังคมในการสื่อสารและแก้ไขปัญหา การวางแผนกิจกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย ระยะที่ 1 นานประมาณ 6 เดือน หรือจำนวนชั่วโมงการบำบัด 12 ครั้ง โดยอาจมีชั่วโมงการบำบัดกรณีฉุกเฉินเพิ่มได้อีก 2 ครั้ง

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ติดสุราหรือผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา เริ่มต้นโดยให้การบำบัดแบบ MET แก่ผู้ป่วยจำนวน 2-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนตนเอง ตามด้วยการบำบัดแบบ CRA จำนวน 8-11 ครั้ง โดยจัดให้เข้ากับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือชั่วโมงการบำบัดรวม 12 ครั้ง และอาจเพิ่มชั่วโมงการบำบัดฉุกเฉินได้อีก 2 ครั้ง

ตัวอย่างของหัวข้อชั่วโมงการบำบัดแบบ CRAFT ได้แก่

1. การแนะนำวิธีการบำบัดรักษาและข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน เป็นการแนะนำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ หลักการและเหตุผลว่าวิธีการบำบัดมีส่วนช่วยได้อย่างไร ทบทวนผลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยและญาติ

2. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรวมถึง การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา การทำความเข้าใจกับปัญหา การให้ความหวังและกำลังใจว่าปัญหามีทางออก

3. การเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วย โดยค้นหาเป้าหมายของผู้ป่วย เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย อาจนำผู้ที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยมาเข้าร่วมชั่วโมงการบำบัดด้วย

4. การจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เป็นการประเมินความรุนแรงในครอบครัว ประเมินการสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของความรุนแรง ร่วมวางแผนการป้องกัน และความช่วยเหลือทางกฎหมาย

5. ทางเลือกในการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยวิเคราะห์การตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มในอดีตที่ผ่านมา อธิบายวิธีการต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ได้แก่ การเลิกการเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมการดื่ม การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมไม่ดื่ม การเสริมแรงทางลบต่อพฤติกรรมการดื่ม การหลีกเลี่ยงการลงโทษ เป็นต้น

6. การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมไม่ดื่ม เริ่มจากการค้นหากิจกรรมปลอดสุรา ทำรายการของตัวเสริมแรงทางบวก จัดให้มีตัวเสริมแรงทางบวกแก่ผู้ป่วย การให้คำชื่นชมต่อพฤติกรรมไม่ดื่ม การเชิญชวนผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา

7. การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่เสริมพฤติกรรมการดื่ม วิธีการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่ม การเสริมแรงทางลบสำหรับกรณีผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงยาก

8. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแบบเป็นอิสระและไม่พึ่งพิง โดยวางแผนกิจกรรมที่ทำให้คู่สมรสหรือญาติไม่ต้องพึ่งพิงผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพกับเครือข่ายเพื่อนใหม่ การหางานทำ

9. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา โดยเรียนรู้วิธีการของ MI และวิธีแนะนำการบำบัดรักษาให้แก่ผู้ป่วย[39]

วิธีบำบัดที่อิงกับครอบครัว (Family-based approaches)

วิธีบำบัดที่อิงกับครอบครัวจะใช้หลักการว่า ครอบครัวเป็นระบบ การมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยเสริมผลลัพธ์การรักษา รูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว การให้การปรึกษาครอบครัว การดูแลครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวช่วยเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น หยุดดื่มได้นาน และฟื้นคืนสู่ปกติได้ เป้าหมายหลักสำหรับการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา คือ การช่วยให้ครอบครัวเข้าใจโรคติดสุราหรือสารเสพติดว่าเป็นโรคสมองติดยาที่เรื้อรัง โดยหวังว่าครอบครัวจะช่วยให้กำลังใจผู้ป่วย เสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างเด็ดขาดได้ ครอบครัวตระหนักรู้ความจริงว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยเป็นปัญหาเกี่ยวพันกับครอบครัว ถ้าครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี มีความขัดแย้ง สนับสนุนการดื่มสุรา

ก็จะขัดขวางการฟื้นคืนสู่ปกติของผู้ป่วย การเตรียมครอบครัวให้รู้ล่วงหน้าว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้างในช่วงที่ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราใหม่ๆ จะช่วยลดความรู้สึกผิดหวัง โกรธ เสียใจของญาติที่คาดหวังเกินจริง ซึ่งอาจจะทำให้ล้มเลิกความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย การช่วยให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้อาการเตือนล่วงหน้าของการกลับไปติดซ้ำของผู้ป่วย จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและหาทางป้องกันการกลับไปดื่มใหม่ได้ นอกจากนี้การที่ครอบครัวเข้าใจเหตุและผลของโรคติดสุรา ทำให้เกิดทัศนคติทางบวกและให้กำลังใจผู้ป่วย เสริมแรงให้ผู้ป่วยกลับสู่ปกติได้ ช่วยให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมั่นคงแข็งแรง และผู้ป่วยเรียนรู้การรับผิดชอบอารมณ์ สุขภาพกายและจิตวิญญาณของตนเองในขณะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยสมาชิกครอบครัวอาจต้องได้รับความช่วยเหลือจากนักบำบัดจนกว่าจะช่วยตนเองได้จึงค่อยมาช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายรายมาจากครอบครัวที่ยุ่งเหยิง และมีพยาธิสภาพมาก หรือมีสมาชิกใช้สารเสพติดหลายคน หรือป่วยทางจิต หรือมีปัญหาอื่นๆ[41]

เทคนิกที่ใช้ในการบำบัดที่อิงกับครอบครัวที่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพในการรักษาผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด ได้แก่

- **Behavioral couples therapy (BCT)** มีสมมติฐานว่า คู่สมรสที่รักกันสามารถเสริมแรงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้ ถ้าลดความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งได้จะลดความเสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ การให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย จะช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวังหมดหนทางที่จะอยู่ร่วมกัน วิธีการของ BCT ประกอบด้วย การทำสัญญาระหว่างคู่สมรสกับผู้บำบัดโดยมุ่งเป้าให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราและฟื้นคืนสู่ปกติ มีกิจกรรมมอบหมายให้ไปทำที่บ้านเพื่อเพิ่มความรู้สึกทางบวก มีกิจกรรมทำร่วมกัน สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ วางแผนป้องกันการกลับไปติดซ้ำ คู่สมรสเข้าพบนักบำบัดประมาณ 15-20 ชั่วโมงในช่วง 5-6 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลาอภิปรายแต่ละเรื่องต่อเนื่องเป็นลำดับ เช่น ถามถึงการดื่มหรือใช้สารเสพติดครั้งสุดท้าย ให้ทั้งคู่นำเสนอและอภิปรายถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้ การทำการบ้านที่ให้ไป รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสหลังจากพบกันครั้งที่แล้ว แล้วผู้บำบัดเสนอกิจกรรมใหม่ให้เลือก และให้การบ้านกลับไปทำอีก[41-43]
- **Multisystemic therapy (MST) for adolescents** เป็นการบำบัดอย่างเข้มข้น นักบำบัดไปบำบัดถึงบ้าน หรือในชุมชน มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของพ่อแม่และเด็กวัยรุ่น โดยแก้ปัญหาการไม่ยอมมาพบผู้บำบัดตามนัดของวัยรุ่นพร้อมพ่อแม่ ใช้หลักการ CBT และพัฒนาการทางสังคม (หาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน) MST มุ่งเน้นการค้นหาจุดแข็งของครอบครัวเพื่อนำมาส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก กระบวนการบำบัดเป็นการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมและลดการกระทำที่ขาดความรับผิดชอบของคนในครอบครัว เน้นความเป็นปัจจุบัน สิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตวัยรุ่นขณะนั้น นักบำบัดค้นหาพฤติกรรมเป้าหมายที่มีความจำเพาะเป็นขั้นตอนตามลำดับ ทั้งพฤติกรรมส่วนตัวของเด็กและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับคนในครอบครัวที่บ้าน กับเพื่อนและครูที่โรงเรียนและชุมชน ช่วยให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาได้ชัดเจนมากกว่าจะเน้นให้เกิดการหยั่งรู้หาปมอดีต กุญแจ

สำคัญของการบำบัดอิงตามพัฒนาการของวัยรุ่น โดยการช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าได้ดีกับเพื่อนฝูง เรียนรู้วิชา สอบผ่าน และมีทักษะอาชีพที่ส่งเสริมให้ผ่านพ้นไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ นักบำบัดจะไม่กล่าวหาครอบครัวว่าต่อต้าน ไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ขาดแรงจูงใจ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการตำหนิ แต่เน้นไปที่ความรับผิดชอบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้พ่อแม่เกิดพลังใจมีอำนาจที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัว เมื่อสิ้นสุดการบำบัด พ่อแม่สามารถมองเห็นตนเองเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จอันยาวนานที่เกิดขึ้น[44]

- **Multidimensional family therapy (MDFT) for adolescents** พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นมีหลายปัจจัยเชื่อมโยงกัน ทั้งตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน ดังนั้นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแล้วเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ จะต้องใช้หลายวิธีการและทำในหลายสถานที่ การบำบัดจึงมีทั้งการบำบัดรายบุคคล และครอบครัว ทำในสถานบำบัด ที่บ้านของเด็ก ที่โรงเรียน ศาล หรือที่ในชุมชน ในการบำบัดรายบุคคล ผู้บำบัดและวัยรุ่นจะร่วมมือกันตามเส้นทางของพัฒนาการ เช่น พัฒนาการตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา การประนีประนอม และทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มทักษะการประกอบอาชีพ ทักษะการสื่อสารถ่ายทอดความคิดและความรู้สึก สามารถจัดการความคิดและอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้น ในชั่วโมงบำบัดพ่อแม่ผู้บำบัดช่วยให้พ่อแม่ได้สำรวจรูปแบบการเลี้ยงดูลูก เรียนรู้ผลจากการใช้วิธีควบคุมว่าแตกต่างจากการให้รางวัล และเสริมแรงตามพัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม[45,46] .

การจัดการรายกรณี (Case Management)

การจัดการรายกรณี หรือ case management สามารถใช้ดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาด หรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน โรคจิตเภท เป็นต้น เพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care)

ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เรียกว่า case manager หรือผู้จัดการรายกรณี ซึ่งจะเป็นเจ้าของกรณีผู้ป่วยและช่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นบุคลากรสุขภาพในทีมพหุสาขาวิชาชีพ นอกเหนือจากแพทย์ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล เป็นต้น

การดูแลรายกรณีจะช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรามีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่างๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้จากการดูแลตามแนวทางดังกล่าว หรือสามารถเข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไปได้ ในบางรายอาจช่วยลดอันตรายหรือประคับประคองไม่ให้อาการแย่ลงเร็ว นอกจากนี้ การดูแลรายกรณียังมีความยืดหยุ่น สามารถผสมผสานเข้าไปในบริการรักษาความเจ็บป่วยทางกายหรือโรคจิตเวชร่วมได้ รวมทั้งใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราเพื่อลดความเสี่ยงของการให้กำเนิดบุตรที่มีภาวะ fetal alcohol spectrum disorders ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[47]

องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลรายกรณีมีรายละเอียด[48] ดังนี้

1. การเฝ้าติดตามปริมาณการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดอื่นๆ โดยการสอบถามจากผู้ป่วยหรือญาติ การใช้แบบสอบถามต่างๆ การตรวจหาสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ
2. การติดตามตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biomarker) ที่สัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุรา เช่น gamma glutamyl transferase (GGT), serum aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), mean corpuscular volume (MCV) เป็นต้น ทำให้ทราบสภาวะการดื่มของผู้ป่วย
3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราโดยใช้ทักษะของ MI หรือ BI
4. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการใช้วิธีเผชิญหน้า
5. การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุราและผลกระทบที่ตามมา
6. การแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
7. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่จำเป็น
8. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่หากจำเป็น
9. การให้ความช่วยเหลือแบบ crisis intervention เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ
10. การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การฟื้นสภาพทางจิตวิญญาณ (Spirituality Recovery)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า จิตวิญญาณ เป็นด้านหนึ่งที่สำคัญของสุขภาพมนุษย์นอกเหนือจากร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นมุมมองของสุขภาพในปัจจุบัน คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (bio-psycho-social-spirituality model)[49]

จิตวิญญาณ คือ จิตใจที่สูงส่งดีงาม มีความแตกต่างจากจิตใจโดยทั่วไป จิตใจในความเข้าใจเดิมหมายถึง การทำงานของสมอง (cognitive function) ได้แก่ ความคิด ความจำ ความรู้สึกตัว อารมณ์ความรู้สึก เป็นต้น ส่วนจิตวิญญาณ เป็นด้านของจิตใจที่ดีงาม มีการพัฒนาสูงขึ้นไป มีคุณธรรม จริยธรรม มีความเป็นอิสระจากกายหรือสมอง พระธรรมปิฎก (พระพรหมคุณาภรณ์) เสนอว่า จิตวิญญาณในมุมมองของพุทธ คือ “ความรู้แจ้งอารมณ์ทางประสาททั้ง 5 (จากการเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส การรู้สัมผัสทางกาย) และการรู้อารมณ์ทางใจ เป็นปัญญา ซึ่งเป็นสภาวะสูงสุดที่มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองเพื่อการเข้าถึง”[50]

ความใกล้ชิดทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันต่อการติดสุราหรือสารเสพติด คุณค่าหรือความดีงามในจิตใจเป็นตัวปกป้องคุ้มครองไม่ให้คนเรากระทำในสิ่งที่ไม่ดี หรือเมื่อเรากระทำสิ่งที่ไม่ดีซ้ำๆ ซากๆ ในจิตใจส่วนลึกก็มักจะมีความรู้สึกผิดบาปตกค้าง ไม่เคารพนับถือตนเอง และมักใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความรู้สึกผิดบาปลง ได้แก่ การปฏิเสธความเป็นจริง (denial) การมองให้น้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) การโทษสิ่งอื่น (projection) การอ้าง

เหตุผล (rationalization) เป็นต้น ผู้ที่เสพติดสุราหรือสารเสพติด มักกระทำสิ่งที่ไม่ดีมามากในช่วงที่เขาดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด ขาดสติปัญญา ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกผิดบาปตกค้างในจิตใจมาก ไม่เคารพนับถือตนเอง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลิกสุราหรือสารเสพติดไม่สำเร็จมาหลายครั้ง มักไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะเลิกสุราหรือสารเสพติดได้สำเร็จ หรือไม่มีโอกาสกลับฟื้นคืนเป็นคนดีได้ ดังนั้นโรคติดสุราหรือสารเสพติดในมิติหนึ่งคือ โรคของความเสื่อมถอยทางจิตวิญญาณนั่นเอง การฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณ คือ การฟื้นฟูความดีงามในจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจว่าตนเองสามารถกลับฟื้นคืนเป็นคนที่มีความดีงามได้ และสามารถลงมือปฏิบัติตนอย่างจริงจัง

รูปแบบการฟื้นสภาพทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราและสารเสพติดที่เป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับมานานจนมีเครือข่ายแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม หรือ กลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous; AA) ซึ่งมีหลัก 12 ขั้นตอนเป็นหลักการที่สำคัญของกลุ่ม จนพัฒนาเป็นการบำบัดตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation; TSF)[51] และในประเทศไทยได้มีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักพระพุทธศาสนาเป็นหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps)[52]

กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous)

กลุ่ม AA กลุ่มแรกตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2478 โดย Bill Wilson และ Dr. Bob Smith ทั้งสองคนช่วยกันร่างหลักการ 12 ขั้นตอน (The Twelve Steps) ที่ได้มาจากประสบการณ์ในการเลิกสุราด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่ม AA และทั้งสองคนยังช่วยกันร่างธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (The Twelve Traditions) เพื่อเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มคงความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาองค์กรภายนอก ป้องกันไม่ให้ความขัดแย้งทางศาสนาหรืออิทธิพลทางการเมืองเข้าแทรกแซงหรือแสวงหาผลประโยชน์และยังทำให้กลุ่มสามารถรักษาความลับหรือความเป็นนิรนามของสมาชิก กลุ่ม AA ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เป็นเครือข่ายที่มีกลุ่มเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก กระจายไปทั่วโลก มีสมาชิกที่เลิกสุราได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม AA จำนวนมาก สมาชิกเหล่านั้นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง[53,54]

ในมุมมองของกลุ่ม AA โรคติดสุรา คือโรคเรื้อรังซึ่งมีผลกระทบทั้งร่างกาย-จิตใจ-สังคม และเป็นโรคที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นถูกจับ หรือเป็นบ้าเสียสติ หรือเสียชีวิต โรคติดสุรามีลักษณะสำคัญ คือ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ปฏิเสธความจริง (denial) และไม่ยอมรับความจริงว่าตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ วัตถุประสงค์ของกลุ่ม AA คือ “การยังคงสร่างเมา และช่วยผู้อื่นที่ติดสุราไปสู่เป้าหมาย คือการสามารถสร่างเมาได้”[52]

กลุ่ม AA ไม่ใช่วิธีการบำบัดโดยนักบำบัด แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งมีประสบการณ์ติดสารเสพติดคล้ายกัน ผู้เข้ามาร่วมในกลุ่มจะต้องมีความต้องการหยุดดื่มสุราตลอดชีวิต องค์ประกอบที่สำคัญของกลุ่ม AA ในการช่วยเหลือผู้ติดสุรา คือ ความเข้าใจต่อโรคพิษสุราเรื้อรัง การช่วยเหลือให้มีวิถีชีวิตแบบสร่างเมา ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (sponsorship) หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps) สำหรับการพัฒนาตนเป็นลำดับขั้น (ตารางที่ 11.2) และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve Traditions) เพื่อช่วยให้กลุ่มดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและยั่งยืน[54]

หลักการสำคัญของกลุ่ม AA มี 2 ข้อ คือ

(1) จิตวิญญาณ (Spirituality) ความศรัทธาในพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) เป็นความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับพลังอำนาจเหนือตน ซึ่งไม่เหมือนกันแต่มีนัยเดียวกัน คือ ความมั่นใจและความหวังเพื่อฟื้นคืนสู่ปกติ (recovery)

(2) ปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ลักษณะหรือพฤติการณ์ที่เน้นความเป็นจริง จากความเชื่อที่ว่าไม่ว่าจะทำอะไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราแก้วแรก (ต้องไม่หวนกลับไปดื่มอีก)

สาระสำคัญในหลัก 12 ขั้นตอนของกลุ่ม AA คือ ในขั้นต้นเป็นการยอมรับตนเองว่ามีปัญหาติดสุราและไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ผู้ติดสุราต้องหันกลับมาเคารพศรัทธาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) ในการกลับฟื้นตัวจากโรคติดสุรา พลังอำนาจที่อยู่เหนือตนในหลัก 12 ขั้นตอนคือ สิ่งที่เป็นพลังศรัทธาในความเชื่อของผู้นั้นซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละศาสนา ผู้ป่วยต้องหมั่นทบทวนถึงการกระทำที่ผ่านมาของตนเอง และยอมรับสิ่งผิดพลาดในอดีต การยอมรับผิดกับบุคคลอันเป็นที่เคารพรัก และการขอขมาโดยตรงต่อบุคคลที่ตนเองเคยล่วงเกินไว้ มีความสม่ำเสมอในการทบทวนตนเอง ยอมรับผิดอย่างจริงใจเมื่อพบว่าผิด การสวดอ้อนวอนภาวนาและการทำสมาธิเพื่อเข้าถึงสิ่งที่เป็นพลังใจ เมื่อค้นพบความสงบสุขก็ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ยังมีปัญหาติดสุราหรือสารเสพติดอื่นๆ ต่อไป[33,53]

การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-step facilitation)

นักวิจัยใน Project MATCH ได้นำหลัก 12 ขั้นตอนของกลุ่ม AA นี้มาพัฒนาเป็นวิธีการให้การปรึกษา เรียกว่า “การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve-step facilitation; TSF)” เป็นการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามหลัก 12 ขั้นตอนได้เร็วขึ้น โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 1-5 และส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่ม AA ในชุมชน[56]

ตารางที่ 11.2 หลัก 12 ขั้นตอนของกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (AA)[52,55]

ขั้นที่ 1	เรายอมรับว่าเราไม่มีอำนาจเหนือแอลกอฮอล์และเราไม่สามารถควบคุมชีวิตของเราได้
ขั้นที่ 2	เราเชื่อว่าอำนาจที่ยิ่งใหญ่กว่าเรา จะสามารถรักษาให้เรากลับไปสู่สภาพที่ปกติได้
ขั้นที่ 3	เราตัดสินใจที่จะมอบชีวิตและจิตใจของเราไว้ภายใต้การดูแลของพระเจ้าตามที่เราได้เข้าใจในพระองค์
ขั้นที่ 4	เราทำการสำรวจความผิดชอบชั่วดีในตัวเราเองอย่างกล้าหาญ
ขั้นที่ 5	เรายอมรับต่อพระเจ้าต่อตัวเราเองและต่อผู้อื่นในความผิดของเรา
ขั้นที่ 6	เราพร้อมแล้วโดยสิ้นเชิง ที่จะให้พระเจ้าทรงกำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้
ขั้นที่ 7	เราอ้อนวอนอย่างอ่อนน้อม และด้วยความรู้สึกสำนึก ขอให้พระองค์แก้ไขข้อบกพร่องของเรา
ขั้นที่ 8	เราทำรายชื่อของผู้ที่เราเคยทำความเสียหาย และเต็มใจที่จะชดใช้ความเสียหายให้แก่พวกเขาทั้งหมด
ขั้นที่ 9	เราชดใช้แก่พวกเขาเหล่านั้นโดยตรงเท่าที่จะเป็นไปได้ ยกเว้นในกรณีที่การกระทำดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่พวกเขาหรือผู้อื่นได้
ขั้นที่ 10	เราสำรวจตัวเองอยู่เสมอและยอมรับทันทีที่เราผิด
ขั้นที่ 11	เราได้สวดภาวนาและตั้งจิตสมาธิ เพื่อจะได้สัมผัสกับองค์พระผู้เป็นเจ้าอย่างมีสติตามที่เราเข้าใจในพระองค์ ภาวนาขอทราบความปรารถนาของพระองค์และพลังที่จะกระทำตามนั้นให้สำเร็จลุล่วง
ขั้นที่ 12	เมื่อเราได้รับผลสำเร็จจากการกระทำตามขั้นตอนเหล่านี้และพ้นจากความมืดบอดทางจิตวิญญาณแล้ว เราจะพยายามเล่าเรื่องนี้ให้ผู้ติดสุราคนอื่นได้รับทราบและใช้หลักเกณฑ์เหล่านี้มาเป็นหลักในการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน

การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับ 3 ขั้นตอนแรกของหลักการ 12 ขั้นตอนของกลุ่ม AA คือ[56]

(1) **การยอมรับ (Acceptance)** เช่น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาติดสุราเรื้อรังรุนแรง และไม่สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ยอมรับว่าตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ยอมรับว่าไม่มีวิธีการใดๆ ที่รักษาโรคนี้ได้ ยกเว้นเพียงทางเลือกเดียวคือการหยุดดื่มสุราอย่างเด็ดขาด

(2) **การยอมรับโดยดุษฎี (Surrender)** โดยการตระหนักรู้ว่าตนเองมีความหวังที่จะฟื้นคืนสู่ปกติได้ (หยุดดื่มสุราได้ยาวนาน) การยอมรับความจริงว่า ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ และเชื่อว่ามีพลังอำนาจเหนือตนที่สามารถช่วยเหลือตนเอง ซึ่งพลังอันนี้ลดน้อยถอยลงเพราะการเป็นโรคติดสุรา การตระหนักรู้ว่าการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม AA ซึ่งช่วยผู้ติดสุราได้นับล้านคนให้สามารถหยุดดื่มได้ยาวนาน และปฏิบัติตามแนวทาง AA จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จมากที่สุด

จาก 2 เป้าหมายหลักข้างต้น สามารถที่จะแยกออกเป็นกลุ่มวัตถุประสงค์ย่อยๆ ตามมุมมองของ AA เกี่ยวกับโรคติดสุรา ได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 วัตถุประสงค์ด้านความนึกคิดและเข้าใจ (Cognitive) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้และเข้าใจว่าเส้นทางความคิดของตนเองบางส่วนมีอิทธิพลมาจากโรคติดสุรา

(2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้และเข้าใจว่า ในความคิดของเขาเองยังปฏิเสธความจริง (denial) ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และไม่ยอมรับความจริง (บันไดขั้นที่ 1)

(3) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) กับผลกระทบทางลบจากการดื่มสุราทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กฎหมาย การเงิน และจิตวิญญาณ

กลุ่มที่ 2 วัตถุประสงค์ด้านอารมณ์ (Emotional) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้และเข้าใจว่าอารมณ์และความรู้สึกทางลบ (เช่น โกรธ เหงา) สามารถนำไปสู่การดื่มสุราได้

(2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้จักแนวทางปฏิบัติของ AA เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์เพื่อลดความเสี่ยงของการดื่มสุรา

กลุ่มที่ 3 วัตถุประสงค์ด้านพฤติกรรม (Behavioral) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้และเข้าใจถึงพลังอำนาจของโรคติดสุราที่มีผลกระทบต่อชีวิตโดยรวม และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่ รวมถึงความเคยชินเก่าๆ ที่สนับสนุนให้เขายังคงดื่มอย่างต่อเนื่อง

(2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องหันหน้าไปขอความช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่ม AA และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่และภูมิปัญญาที่ได้จากการปฏิบัติ เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา

(3) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในกลุ่ม AA เพื่อที่จะคงสภาพหยุดดื่มสุราอย่างถาวรในระยะยาว

กลุ่มที่ 4 วัตถุประสงค์ด้านสังคม (Social) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าประชุมและมีส่วนร่วมในการประชุม AA ที่มีกิจกรรมหลากหลายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงกิจกรรมทางสังคมที่สนับสนุนโดยกลุ่ม AA (AA-sponsored social activities)

(2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับและพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ให้การสนับสนุนกลุ่ม AA

(3) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าหากลุ่ม AA เมื่อเกิดความอยากดื่มสุรา หรือเมื่อมีความทุกข์กับการกลับไปติดสุราซ้ำ

(4) ผู้ป่วยจำเป็นต้องหมั่นทบทวนสัมพันธภาพกับผู้สนับสนุนให้เขาเลิกได้สำเร็จและเพื่อนผู้ติดสุราด้วยกัน (enablers และ fellow alcoholics)

กลุ่มที่ 5 วัตถุประสงค์ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความหวังว่าเขาสามารถหยุดโรคติดสุราได้

(2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องพัฒนาความเชื่อและศรัทธาในพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน

(3) ผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักรู้จุดบกพร่องของตนเอง รวมถึงการกระทำที่ผิดศีลธรรมและจริยธรรมที่เคยทำร้ายคนอื่นเนื่องมาจากการดื่มสุราของตน

รายละเอียดในการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (TSF) มีดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 ถึง 5 เป็นขั้นตอนหลักที่ต้องเน้นร่วมกับการต้องหยุดดื่มสุราอย่างถาวรและกลับคืนสู่ปกติ (sustained sobriety, recovery) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ สนับสนุนให้กำลังใจในความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่ม AA ระหว่างที่อยู่ในโปรแกรม 12 ครั้ง ผู้ป่วยต้องกระตือรือร้นและสนับสนุนการเข้าร่วมประชุมของกลุ่มและมาเข้าร่วมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนการดำเนินงานด้านวารสารของสมาชิกกลุ่ม AA

กระบวนการบำบัดในแต่ละครั้งมีลักษณะเป็นโครงสร้างมาก แต่ละสัปดาห์มีรูปแบบคล้ายๆ กัน แต่ละครั้งมีการกำหนดหัวข้อชัดเจนและเป็นไปตามลำดับขั้น เริ่มจากผู้นำกลุ่มอ่านข้อความบันไดแต่ละขั้น และให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ มีการถามถึงอาการต่างๆ (symptoms inquiry) การทบทวนและเสริมพลังในการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม AA (review and reinforcement for AA participation) การเกริ่นนำและการอธิบายเนื้อหาสาระในแต่ละสัปดาห์ และการกำหนดเป้าหมายสำหรับการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม AA ในสัปดาห์ถัดไป ผู้ป่วยจะถูกขอให้มีสมุดบันทึกกิจกรรมประจำตัว แต่ละครั้งจะมีคำแนะนำภารกิจเฉพาะเพื่อการฟื้นคืนสู่ปกติ “specific recovery task” เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านและปฏิบัติในระหว่างสัปดาห์ ผู้บำบัดจะแนะนำให้อ่านเอกสารที่ดึงเนื้อหามาจากการประชุมสัมมนาวิชาการของ AA ซึ่งผ่านการรับรองแล้ว (AA Conference-approved texts) อ่านหนังสือเล่มใหญ่ (“The Big Book”) ชื่อ “Alcoholics Anonymous” และหนังสือเล่มอื่นๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่โดยกลุ่ม AA โดยอ่านไปเรื่อยๆ จนจบคอร์สของการบำบัด (12 สัปดาห์)[56]

ผู้ป่วยแต่ละคนต้องเข้ากลุ่ม AA สัปดาห์ละครั้งรวม 12 ครั้งสำหรับคนโสด แต่ถ้ามีคู่สมรสและความสัมพันธ์ยังดี ต้องเข้ากลุ่ม AA 10 ครั้ง บวกกับชั่วโมงที่ผู้บำบัดพบกับคู่สมรสทั้งคู่อีก 2 ครั้งโดยมีวัตถุประสงค์ คือการให้ความรู้แก่คู่สมรสเกี่ยวกับโรคติดสุราและการบำบัดในรูปแบบ AA และแนะนำแนวความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ทำได้ง่าย และกระตุ้นให้คู่สมรสเข้ากลุ่ม Al-Anon 6 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีชั่วโมงบำบัดฉุกเฉินเป็นรายบุคคลอีก 2 ครั้งตามความจำเป็น แต่กิจกรรมทั้งหมดโดยรวมไม่เกิน 12 สัปดาห์[56]

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและมหวิเคราะห์ Ferri และคณะรวบรวมงานวิจัยแบบทดลองจำนวน 8 งาน มีอาสาสมัคร 3,417 คน พบว่า มีเพียงการศึกษาเดียวที่ได้ผลว่า AA หรือการบำบัดแบบ TSF อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและยึดโยงอยู่กับการรักษาได้นานกว่าการรักษาแบบอื่น แต่เป็นการศึกษาที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก และใช้ AA ร่วมกับการรักษาแบบอื่น ส่วนการศึกษาอื่นๆ พบอัตราการคงอยู่ในการรักษาใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มที่ใช้ AA หรือ TSF กับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบความแตกต่างของปริมาณและความถี่ของการดื่ม อัตราการเลิกดื่มอย่างเด็ดขาด และอัตราการออกจากการศึกษาก่อนกำหนดระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงสรุปว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนว่า AA หรือ TSF มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาการดื่มสุราหรือติดสุรา เนื่องจาก ประสบการณ์และผลลัพธ์การเข้าร่วมกลุ่ม AA มีความหลากหลาย ยังไม่มีระเบียบวิธีการวิจัยที่ดีพอที่จะสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีทางจิตสังคมที่เกี่ยวเนื่องกับการเข้าร่วมกลุ่ม AA ของผู้ป่วย ปัญหาใหญ่ของการเข้าร่วมกลุ่ม AA คือ การเข้าร่วมกลุ่ม (adherence) อย่างสม่ำเสมอต่ำกว่าร้อยละ 20 สาเหตุหลักที่ทำให้มีความร่วมมือร่วมใจต่ำคือการกลับไปติดสุราซ้ำ ความไม่เข้าใจในวิธีการของกลุ่ม AA ความไม่ต้องการเข้าร่วม ความไม่น่าเชื่อถือของกลุ่ม เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุม เพิ่มความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ และใช้ตัวชี้วัดที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม AA[51]

มีงานวิจัยแบบทดลองเพียงไม่กี่งานที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบ TSF ในผู้ป่วยโรคติดสุราหรือสารเสพติดที่มีโรคจิตเวชรุนแรงร่วมด้วย Bogenschutz และคณะ ได้ศึกษาผลการเสริมการบำบัดแบบ TSF 12 ครั้งซึ่งดัดแปลงมาจากคู่มือของ Project MATCH เข้ากับการรักษาตามปกติ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ ในอาสาสมัคร 121 คนซึ่งได้รับการวินิจฉัยภาวะโรคร่วมระหว่างโรคติดสุรากับโรคจิตเวชรุนแรง ติดตามหลังการบำบัด 12 สัปดาห์ไปอีก 36 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือต่อการรักษามากกว่า แต่การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความร่วมมือที่มากขึ้นนี้สัมพันธ์กับการลดปริมาณและความรุนแรงของการดื่มสุรา ซึ่งแสดงถึงประโยชน์ของ TSF ต่อการบำบัดผู้ติดสุรา[57]

ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community; TC)

ชุมชนบำบัด หรือ TC เป็นรูปแบบการบำบัดที่เข้มข้นในสถานบำบัด ใช้เวลานานไม่ต่ำกว่า 1 ปี วิธีการบำบัดทำโดยการจัดสิ่งแวดล้อม กลุ่มเพื่อน และบทบาทของเจ้าหน้าที่ในสถานบริบาลให้เสมือนบ้านหรือชุมชนที่ปลอดภัยจากสารเสพติดและมีโครงสร้างชัดเจน เป็นสถานที่ซึ่งผู้ป่วยหลายคนมานอนพักรักษาตัวในระยะยาวแล้วรู้สึกปลอดภัยและกล้าเปิดเผยตนเอง สามารถเรียนรู้กลไกการปรับตัวใหม่ๆ และสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดเป็นหลัก เสมือนอยู่ในสังคมเล็กๆ ที่ช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงตนเอง เติบโตและพัฒนา ดังนั้นชุมชนบำบัด จึงหมายถึงกระบวนการสร้างชุมชนจำลองที่เป็นทั้งครูและผู้บำบัดในกระบวนการรักษา มีโครงสร้างเฉพาะ ระบุขั้นตอนการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นระบบ และต่อเนื่อง โดยยึดถือหลักตนเป็นที่พึ่งแห่งตน เชื่อมั่นและรับผิดชอบในตนเอง

วัตถุประสงค์ของ TC

เพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดและสุราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการเรียนรู้วิถีปฏิบัติตัวใหม่อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วนำกลับไปใช้ในสังคม จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวช ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติที่มีปัญหาด้านอารมณ์และสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงผู้ป่วยโรคติดสารเสพติด TC ใช้หลักการ milieu therapy ซึ่งหมายถึงรูปแบบหนึ่งของจิตสังคมบำบัดที่ใช้สิ่งแวดล้อมมาเป็นเครื่องมือในการบำบัด เป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดการดึงศักยภาพที่อยู่ภายในออกมาใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง สิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เขามีโอกาสแสดงตัวตน ผ่านกลุ่มจิตบำบัดรวมถึงกิจกรรมฝึกปฏิบัติ ปัจจุบันมีกลุ่ม TC ทั่วโลกเกือบทุกทวีป (ยกเว้นแอนตาร์กติกา) โดยเฉพาะในแถบเอเชียมี 13 ประเทศตั้งเป็น The Asian Federation of Therapeutic Communities (http://www.asianfedtc.org/about.html)

ประวัติที่มาของ TC

TC ได้ถูกเริ่มนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2501 โดยเริ่มพัฒนาในประเทศสหราชอาณาจักร ตามแนวคิดของ Maxwell Jones, Thomas Main และคนอื่นๆ ผนวกกับคำวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เป็นธรรม ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ซึ่งมีการพัฒนาทางวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในให้น่าอยู่เหมือนบ้าน (milieu therapy approach) มีบรรยากาศความเป็นประชาธิปไตย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การลงมติของกลุ่ม ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้คอยให้การสนับสนุน (facillitator) หลีกเลี่ยงการใช้อำนาจบังคับหรือการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยเลวลง ใช้หลักปรัชญาสำคัญคือผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และร่วมตัดสินใจกับบุคลากรสุขภาพจิต เกี่ยวกับแผนการรักษาและรับผิดชอบในการจัดการกิจวัตรและกิจกรรมประจำวันในบ้านพักร่วมกับทีมผู้รักษา ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ

ตามความเหมาะสม มีความดีความชอบตามความเห็นชอบของกลุ่ม ใช้แรงกดดันจากกลุ่มเป็นพลังผลักดันให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามไม่ได้ ชีวิตก็จะดำเนินไปด้วยความยากลำบาก ใน TC บางแห่ง จะพยายามเลี่ยงหรือจำกัดการใช้ยารักษา โดยเน้นที่กลุ่มบำบัดมากกว่า ในอดีตรูปแบบ TC ได้ผลดีและถูกเผยแพร่อย่างกว้างขวางสำหรับผู้ป่วยติดเฮโรอีน ใช้เวลารักษานาน 18-24 เดือน แต่ต่อมาช่วงกลางทศวรรษที่ 70 มีผู้ติดสารเสพติดอื่นเพิ่มเข้ามา เช่น สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ยากล่อมประสาท และสารหลอนประสาท เป็นต้น เนื่องจากเศรษฐกิจตกต่ำ TC มีปัญหาทั้งในด้านค่าใช้จ่ายสูงและความขัดแย้งในระบบบริหารจัดการภายในและภายนอกองค์กร จึงทำให้ TC ปิดตัวลง หลายแห่งปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็น mini TC โดยสมาชิกมาพบกันสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สร้างเครือข่ายการดูแลผ่านเวบไซต์ หรือโทรศัพท์ การพบปะกันซึ่งหน้าน้อยลง ความนิยมก็น้อยลง[58]

เมื่อ TC ถูกนำมาใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา TC แห่งแรกตั้งขึ้นที่รัฐแคลิฟอร์เนีย โดย Chuck Dederich ซึ่งเป็นสมาชิก AA รุ่นก่อตั้ง ให้ชื่อว่า Synanon โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ต้องการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่ควบคุมพฤติกรรมให้หยุดใช้สารเสพติดและสุรา พร้อมทั้งสร้างชีวิตใหม่ ใช้หลักการ AA ร่วมกับรูปแบบการเรียนรู้ทางสังคม (social learning model) ในปลายปี พ.ศ. 2503 Asklepon Foundation ได้นำ TC มาใช้ในสถานดัดสันดานชื่อ Marion Federal Penitentiary และสถาบันอื่นๆ ร่วมกับการรักษาทางคลินิกที่ใช้ transactional analysis, the Synanon Game, 12-step programme และอื่นๆ จนกลางปี พ.ศ. 2523 TC ได้ถูกนำมาใช้ใน the House of Thought ในระบบคุมประพฤติของรัฐเวอร์จิเนีย (Virginia Correctional system)

รูปแบบของ TC ได้เปลี่ยนแปลงเป็นสถานที่บำบัดโรคติดสุราและสารเสพติดโดยเฉพาะ หรือในทัณฑสถานบำบัดพิเศษในหลายรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น Another Way Transitional Living Program ในรัฐนิวแฮมเชียร์ซึ่งเปิดให้บริการคล้ายบ้านพักที่มีกลุ่มเพื่อนและนักวิชาชีพคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นพบวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองจากผู้ติดสารเสพติดหรือสุราให้เป็นคนมีสุขภาพดีและกลับฟื้นคืนสู่ปกติ ในบางพื้นที่ทำ TC ในรูปแบบบ้านกึ่งวิถี[59]

จุดเด่นของ TC คือ สามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่มีประวัติติดสารเสพติดมานาน และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม สอนให้ผู้ป่วยรู้จักตั้งเป้าหมาย วางแผน ดำเนินการจนบรรลุเป้าหมาย ได้ผลดีในการลดอัตราการกระทำผิดจนเป็นนิสัยของผู้ป่วยที่ติดคุก ประสิทธิภาพของ TC เป็นผลรวมจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เคยติดสารเสพติดที่หายกลับคืนสู่สภาพปกติ (ซึ่งไม่ได้ถูกฝึกในการประเมิน การรักษา การวางแผนและการให้คำปรึกษา)

จุดอ่อนของ TC คืออาจทำให้ผู้ป่วยบางคนยึดติดกับสังคมมากเกินไป รูปแบบ TC ที่ได้ผลจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง และใช้เวลานานพอสมควร

รูปแบบกิจกรรมใน TC ประกอบด้วย

1. การใช้ความเป็นชุมชนในการบำบัด โดยสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัยและเป็นมิตร มีการประชุมกลุ่มประจำวันของสมาชิก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทุกคนต้องเข้าร่วมเพื่อให้เกิดความมีส่วนร่วมในชุมชนแบบเพื่อน (sense of peer community) เปิดโอกาสให้ทุกคนได้เปิดใจ อภิปรายปัญหาและประเมินพฤติกรรมของแต่ละคน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ช่วยกันแก้ไขปัญหา

2. การเป็นแบบอย่างที่ดี (Positive role models) ของเพื่อนสมาชิกและบุคลากรใน TC โดยแสดงพฤติกรรมสังคมที่เหมาะสม สะท้อนให้เห็นคุณค่าและวิถีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันในชุมชน

3. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการตระหนักรู้ตนเอง (self awareness) อบรมพัฒนาการทางอารมณ์ (emotional growth training) เพิ่มทักษะในการจัดการปัญหาหรือการเรียนรู้ด้านอื่นๆ เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ทำให้ทุกคนตระหนักรู้ทัศนคติและพฤติกรรมไม่ดีและต้องการเปลี่ยนแปลงของตนเองและคนอื่น เรียนรู้กลยุทธ์ใหม่ๆ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างสร้างสรรค์และทดลองใช้ภายในบ้านสมาชิกที่อยู่ร่วมกัน

4. การทำงาน (Work) เป็นการบำบัดและการศึกษา (therapy and education) ตามหลักการตนเป็นที่พึ่งแห่งตน สมาชิกทุกคนต้องรับผิดชอบกิจวัตรประจำวันและงานที่ได้รับมอบหมายซึ่งถูกออกแบบไว้เพื่อเกิดการเรียนรู้ที่จำเป็นและมีผลต่อการบำบัด

5. มีระบบปกครองกันเองในชุมชน ซึ่งหมายถึงภายในบ้านที่สมาชิกอยู่ร่วมกัน ซึ่งสมาชิกทุกคนในบ้านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

6. การวางแผนการรักษา (Care plans) ขึ้นกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวบำบัด อาชีวบำบัด รวมถึงการให้ความรู้ด้านสารเสพติดและสุขภาพจิตศึกษา

7. การมีส่วนร่วมของครอบครัว เริ่มจากการให้ความรู้และให้กำลังใจ ร่วมกลุ่มสนับสนุน และฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่ที่สร้างเสริมกำลังใจ รู้บทบาทและรับผิดชอบในหน้าที่ สื่อสารทางบวกและแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อนำมาสู่ปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว

กฎกติกาสำคัญของ TC ได้แก่

1. การประกาศห้ามพกพาหรือเสพสารเสพติดทั้งหมด
2. การเน้นความรับผิดชอบร่วมกัน
3. สมาชิกในบ้านควรได้รับการปกป้องจากตัวกระตุ้นความเครียดให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
4. สมาชิกแต่ละคนต้องรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเองและยินดีที่จะปฏิบัติตามกฎระเบียบ
5. กลุ่มเป็นตัวช่วยให้สมาชิกมาร่วมกันช่วยแก้ปัญหา
6. สมาชิกต้องเข้าใจบทบาทของแต่ละคนในชุมชนบ้านให้ชัดเจน รวมถึงเข้าใจบทบาทของนักบำบัด

7. การยอมรับกฎซึ่งบังคับใช้ภายในกลุ่ม
8. การสื่อสารแบบเปิดเผยจริงใจ
9. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกอย่างสม่ำเสมอ
10. สมาชิกแต่ละคนควรสนับสนุนการแจ้งแบบต่อหน้าแก่สมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมภายในชุมชนบ้านพัก

บุคลากรใน TC (Staffing)

บุคลากรใน TC ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคติดสุราหรือสารเสพติดที่ฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยผ่านกระบวนการ TC มาก่อน ผู้อำนวยการ TC บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด นักให้การปรึกษาครอบครัว นักให้การปรึกษาด้านสารเสพติด รวมถึงครูที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและพยาธิภาพในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด บุคลากรทางการแพทย์จะทำงานประสานกับสมาชิก TC โดยผ่านกระบวนการกลุ่มและการให้การปรึกษารายบุคคล ผู้ให้การปรึกษามีทั้งนักให้การปรึกษาที่ไม่มีวุฒิการศึกษาที่เป็นด่านหน้า และนักให้การปรึกษาที่มีวุฒิ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามเรื่องการให้ยารักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงร่วมให้การฝึกอบรมผู้ให้การปรึกษาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของโรคติดสารเสพติด TC บางแห่งมีขนาดใหญ่ บุคลากรด้านอื่นๆ อาจมีเพิ่มขึ้นเช่น นักบริหาร นักโภชนาการ นักกฎหมาย และบุคลากรฝ่ายสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมให้เข้าใจแนวคิดของ TC และเข้าใจบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงทำงานประสานกับผู้บำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูทางจิตสังคมจนกลับเข้าสู่ปกติ

กระบวนการบำบัดรักษาของ TC

กระบวนการบำบัดรักษาของ TC เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการเป็นขั้นตอน จัดกิจกรรมต่างๆ ไว้อย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างและคิดด้านลบแล้วรู้สึกเบื่อ มีกิจกรรมตลอดทั้งวันทุกวันจนครบ 12-18 เดือน สำหรับวัยรุ่นจะใช้เวลาสั้นกว่า (6-12 เดือน) กิจกรรมมีทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน งานบ้าน การให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วมของครอบครัว และเน้นมิติด้านพฤติกรรม อารมณ์และพัฒนาการ รวมถึงการศึกษาในระบบโรงเรียน (สำหรับเยาวชน) แบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่

1. ระยะเชื้อเชิญ (Induction or introduction stage) เป็นระยะแรกที่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาสู่ TC ด้วยความรู้สึกแปลกใหม่ ถูกบังคับจากครอบครัวหรือกฎหมาย ไม่ตระหนักรู้ปัญหาของตนเอง มีอารมณ์โกรธ ไม่พอใจ วิตกกังวล กลัว บรรยากาศที่สมาชิก TC สร้างขึ้น คือ ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่นเป็นมิตร และปลอดภัย ให้อยู่อย่างมีความสุข ทำความรู้จักกับสมาชิกทุกคน เรียนรู้บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน รวมทั้งผู้ป่วยเองเรียนรู้กฎระเบียบของบ้าน และการอยู่ร่วมกัน เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นและเรียนรู้การปรับตัว เรียนรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและพิษภัยต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและ

สังคม ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาจากพฤติกรรมการใช้สุราหรือสารเสพติดและรับผิดชอบต่อผลกระทบที่ตามมา โดยผ่านกระบวนการกลุ่มสัมมนาให้ความรู้ การให้การปรึกษารายบุคคล และการเสริมสร้างแรงจูงใจจนเกิดการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีความพร้อมที่จะเข้าสู่ระยะบำบัดเข้มข้น ระยะเวลาที่ใช้แตกต่างกันในแต่ละคน ประมาณ 2-3 เดือนแรก

2. ระยะบำบัดรักษา (Primary treatment stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ชีวิตและทำงานอยู่ใน TC เสมือนชุมชนเล็กจำลอง มีโครงสร้างเรียบง่ายแบ่งเป็นระดับตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ มีบุคลากรและกลุ่มเพื่อนสมาชิกช่วยให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยเหลือกันและกัน พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างสร้างสรรค์โดยผ่านกระบวนการกลุ่มและงานเป็นขั้นตอน มีกิจกรรมต่างๆ มุ่งประเด็นการเรียนรู้ทักษะและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ จากการทำงานและสันทนาการที่สร้างสรรค์ รวมถึงการประชุมนอกสถานที่ ระยะนี้จะใช้เวลาเป็นส่วนใหญ่ของโปรแกรม ประมาณ 6-12 เดือนหลังจากผ่านระยะแรกรับ เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ มีความมั่นใจและเห็นคุณค่า ศักยภาพในตนเอง พร้อมที่จะก้าวออกสู่สังคมภายนอก

3. ระยะมุ่งมั่นตั้งใจ (Commitment stage) และเตรียมจำหน่าย (Preparation for separation from the TC) เป็นระยะเชื่อมต่อระหว่างการรักษาอยู่ใน TC กับการเริ่มต้นกลับสู่สังคมภายนอก ผู้ป่วยเริ่มมีการกลับไปเยี่ยมครอบครัวที่บ้าน เริ่มมีการวางแผนอาชีพที่จะทำเมื่อออกไปสู่สังคม จัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลจากการพลัดพราก (separation anxiety) การฝึกทักษะการเข้าสังคมและทักษะชีวิตอื่นๆ เพื่อปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ จากนั้นเข้าสู่กระบวนการสมัครงาน ทำงานแบบไม่เต็มเวลาจนถึงเต็มเวลา ในเยาวชนเน้นเรื่องการศึกษา เริ่มจากการสมัครเรียน ไปเรียนแบบไม่เต็มเวลาจนถึงเต็มเวลา ผู้ป่วยจะเริ่มเคลื่อนจากสิ่งแวดล้อมที่ปกป้องคุ้มครองของ TC เปลี่ยนถ่ายไปสู่บ้านและที่ทำงานจนถึงชุมชนที่อาศัยอยู่ ผู้ป่วยจะได้รับการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน และเข้าพบนักให้การปรึกษารายบุคคลสัปดาห์ละครั้ง รวมถึงการเข้าร่วมกลุ่ม AA หรือ Narcotics Anonymous (NA) อย่างสม่ำเสมอ ระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 3 เดือนหลังจากผ่านระยะที่ 2 เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและมุ่งมั่นในการทำงาน อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ อยู่กับครอบครัวและมีความสัมพันธ์ที่ดี มีอาชีพประจำเลี้ยงตัวเองได้ มีเพื่อนใหม่ ในระยะนี้ผู้ป่วยบางคนอาจจะย้ายไปอยู่ในบ้านกึ่งวิถี (halfway house) หรือได้รับการจัดสรรให้อยู่ในที่พักราคาถูกแต่มีสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานให้อยู่ได้ระยะยาว

4. ระยะติดตามผล (Aftercare) เป็นการติดตามสมาชิกที่ออกสู่สังคมว่ามีอาชีพการงานที่มั่นคงและอยู่ร่วมกับเครือข่ายสนับสนุน มีครอบครัวที่ประนีประนอม รักษาสภาพการหยุดดื่มสุราเด็ดขาดอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดต่อ หรือนัดมาประชุมกลุ่มสมาชิก มีการบำบัดครอบครัวร่วมด้วยถ้าพบว่าครอบครัวยังมีปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด TSF หรือกลุ่ม AA

การพัฒนารูปแบบของจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย

หลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาวิจัยในประเทศตะวันตก ซึ่งประชากรและผู้ป่วยมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา หรือแม้แต่โรคทางร่างกาย วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคม แตกต่างจากประชากรหรือผู้ป่วยในประเทศไทย การนำรูปแบบการบำบัดที่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีประสิทธิผลที่ถูกพัฒนาในต่างประเทศเข้ามาใช้ในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบ พัฒนาเพิ่มเติมและทดสอบการใช้ในประเทศไทยก่อนที่จะสรุปได้ว่า วิธีการบำบัดรักษานั้นมีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับการให้บริการในประเทศไทยหรือไม่ และเนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการนำยารักษาโรคติดสุราทั้ง naltrexone, nalmefene และ acamprosate เข้ามาใช้ มีเพียงแต่ disulfiram ซึ่งไม่ค่อยได้รับความนิยม ทำให้จิตสังคมบำบัดจึงเป็นรูปแบบการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราในประเทศไทยในปัจจุบัน จึงมีนักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากรสุขภาพหลายคนที่ให้ความสนใจในการพัฒนารูปแบบจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราที่เหมาะสมกับบริบทไทย ต่อไปนี้จะกล่าวถึงจิตสังคมบำบัดที่ได้รับการพัฒนาและมีข้อมูลแสดงประสิทธิผลหรือความเป็นไปได้ในการใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราในประเทศไทย

กลุ่มผู้ติดสุรานิรนามในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีกลุ่ม AA เพียงไม่กี่กลุ่มในเมืองใหญ่มามากกว่า 15 ปี ได้แก่ กรุงเทพฯ พัทยา เชียงใหม่ ขอนแก่น ภูเก็ต เป็นต้น สมาชิกส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติที่คุ้นเคยกับหลัก 12 ขั้นตอนและกลุ่ม AA ในประเทศของตน การที่กลุ่มผู้ติดสุรานิรนามไม่ค่อยแพร่หลายในประเทศไทยอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อุปสรรคเรื่องภาษา ขาดการรวมตัวของภาคประชาชน วัฒนธรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก 12 ขั้นตอนและการดำเนินกลุ่ม AA หลักของศรัทธาและการพัฒนาปัญญาที่แตกต่างกัน เป็นต้น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้พยายามดำเนินการตามยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสุราของภาคประชาชน กลยุทธ์หนึ่งคือ ให้บุคลากรทางการแพทย์ช่วยส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายกลุ่ม AA โดยไม่ให้เสียหลักการพึ่งพาตนเองของสมาชิกกลุ่ม และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการกลุ่ม AA ในสถานพยาบาลขึ้น จึงเกิดโครงการความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกกลุ่ม AA เริ่มต้นจัดกิจกรรมในศูนย์บำบัดยาเสพติดโดยใช้วิธีการของ AA สากล ต่อมาได้มีโครงการพัฒนาเครือข่ายกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (คนไทย) ขึ้น และขยายเครือข่ายไปยังพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง ภายใต้ทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีสมาชิก AA ที่เป็นคนไทยมีเครือข่าย และเชื่อมต่อ

กลุ่ม AA คนไทยกับ AA ชาวต่างชาติ พร้อมทั้งสนับสนุนให้สมาชิกแกนนำเรียนรู้การทำกระบวนการ 12 ขั้นตอน และ 12 ข้อธรรมเนียมปฏิบัติของ AA รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยง อย่างไรก็ตาม AA ในความเข้าใจสำหรับคนไทยนับเป็นเรื่องใหม่ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนา หาก AA ไทยมีความเข้มแข็งเข้าใจในรูปแบบวิธีการ และสามารถที่จะมีกลุ่มเครือข่ายของ AA ไทยจำนวนมากพอ ก็จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาตนเองของผู้ติดสุรา ลดผลกระทบด้านสุขภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้มากในอนาคต[60]

นอกจากนี้ พิชัย แสงชาญชัยได้ประยุกต์หลักการ 12 ขั้นตอนของกลุ่ม AA ให้เข้าหลักพุทธศาสนา ซึ่งเป็นศาสนาที่เน้นทั้งหลักศรัทธาและปัญญา พลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเองของชาวพุทธ (higher power) ก็คือพระรัตนตรัย เป้าหมายที่แท้จริงของพุทธศาสนาหรือความดีงามสูงสุดของพุทธศาสนาก็คือการพัฒนาตนให้เกิดสติและปัญญา โดยได้พัฒนา “หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps)” เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้กับผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติดชาวไทย โดยยังคงเนื้อหาที่สำคัญของหลัก 12 ขั้นตอนเดิมหรือองค์ความรู้ดั้งเดิมของสมาชิกกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม ส่วนแนวทางของพุทธศาสนาในการพัฒนาตน ได้แก่ หลักไตรสิกขาหรือมรรคมีองค์แปด เมื่อเกิดสติและปัญญา ผู้ปฏิบัติก็จะเห็นสิ่งต่างๆ ตามที่เป็นจริงและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ ละวางจากสิ่งที่ไม่ดีได้ และประสบกับความสงบสุขที่แท้ในที่สุด รูปแบบการบำบัดที่พัฒนาขึ้นมานี้เรียกว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยในรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” หรือ “การบำบัดแบบ Phramongkutklao Model” (PMK Model)[33]

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน รูปแบบของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ PMK Model นับเป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และเป็นต้นแบบของการพัฒนาโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราหรือสารเสพติดในประเทศไทย PMK Model เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังจากการรักษาเพื่อถอนพิษสุราในโรงพยาบาลแล้ว แต่ยังมีโรคทางกายและจิตเวชแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม และยังช่วยแก้ปัญหาการหยุดเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดก่อนกำหนด กระบวนการบำบัดประกอบด้วย กลุ่มบำบัดทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) กลุ่มหลัก 12 ขั้นตอนตามแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps) กลุ่มผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มครอบครัวศึกษา ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด 4 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ (28 วัน) กลุ่มละประมาณ 8-10 คนต่อครั้ง มีทีมพหุสาขาวิชาชีพทางการแพทย์เป็น

ผู้บำบัดในกลุ่ม เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น มีการประชุมทีมผู้บำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการบำบัดและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และยังเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของทีมบุคลากรผู้บำบัด[33]

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บุคลากรแนะนำให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เรียกว่า recovery group 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลาอีก 16 สัปดาห์ ผลการบำบัดตามโปรแกรม PMK Model ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรวมทั้งหมดจำนวน 587 คน จากการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่ออกจากโปรแกรมมาแล้วเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ 2550 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 92 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 91.3) อายุระหว่าง 20-45 ปี ร้อยละ 53.2 เป็นผู้ติดสุรา โดยติดตามผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ที่คลินิกสารเสพติด โทรศัพท์ติดตาม สอบถามจากญาติเพื่อยืนยันข้อมูล ตรวจปัสสาวะกรณีผู้ป่วยติดสารเสพติด และออกเยี่ยมบ้านกรณีที่มีปัญหา พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 92 คน มีผู้ที่รับการรักษาไม่ครบตามโปรแกรมเพียง 3 คน จากผลการติดตาม 1 ปีในผู้ป่วย 89 คน พบว่าผู้ป่วย 33 คน (ร้อยละ 37.1) หยุดใช้สุราหรือสารเสพติดอย่างเด็ดขาด มีผู้ป่วยที่ใช้สุราหรือสารเสพติดบ้างแต่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาจำนวน 24 คน (ร้อยละ 27.0) มีผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำจำนวน 16 คน (ร้อยละ 17.95) และติดต่อไม่ได้ 16 คน (ร้อยละ 17.95)[33]

อย่างไรก็ตาม โปรแกรม PMK model มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการจูงใจเพื่อเข้าโปรแกรมในช่วงเริ่มต้น โปรแกรมมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ต้องใช้ทีมพหุสาขาวิชาชีพที่มีทักษะทางจิตวิทยา สถานพยาบาลต้องมีหอผู้ป่วยเฉพาะ ผู้ติดสุราที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือโรคจิตเวชรุนแรงยังมีผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี อัตราการเข้าร่วมกลุ่ม recovery group หรือมาติดตามกับแพทย์หลังจากการผ่านโปรแกรมต่ำ จึงต้องใช้วิธีการติดตามผลด้วยรูปแบบอื่นเสริม เป็นต้น

ลัดดาวัลย์ แดงเถินและคณะได้ศึกษาทดลองแบบสุ่มแบ่งกลุ่มเพื่อวัดประสิทธิภาพของโปรแกรม PMK model ในการลดหรือเลิกดื่มสุราและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และมีคะแนนจากแบบคัดกรอง AUDIT มากกว่า 19 คะแนน เทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบำบัดตามมาตรฐานเดิม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 61 คน และกลุ่มควบคุม 63 คน ติดตามเก็บข้อมูล ณ เดือนที่ 1, 3 และ 6 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถลดหรือหยุดดื่มได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ($p<0.05$) และจากการติดตามที่ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา จากนั้นนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน นำไปพัฒนาเป็นรูปแบบที่ใช้ในบริการแบบผู้ป่วยนอก และนำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ดำเนินกลุ่ม 12 ครั้ง 12 กิจกรรม (สัปดาห์ละครั้ง) พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้ากลุ่มทดลองสามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้า

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยสรุปแล้วโปรแกรม PMK model ทั้งแบบผู้ป่วยในละผู้ป่วยนอก เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดปัญหาของผู้ป่วยสุรา สามารถนำใช้ในหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ ได้ โดยปรับให้เหมาะสมเข้ากับลักษณะของกลุ่มประชากรและสถานที่ให้บริการ[61]

กลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

การบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำของ “ชมรมจิตอาสา” โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือกันเองที่มีผลการรักษาทั้งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547 เพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลิกดื่มสุรา ช่วยเหลือประคับประคองสมาชิกกลุ่ม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งจัดกิจกรรมสร้างเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รูปแบบของกิจกรรมการดำเนินงาน เริ่มต้นด้วยการจัดตั้งกลุ่มชมรมจิตอาสาโรงพยาบาลจอมทองโดยพยาบาลผู้บำบัดคลินิกเลิกสุรา ได้คัดเลือกกลุ่มแกนนำที่มีความสมัครใจ สร้างแรงจูงใจและพลังอำนาจในตนเองให้กับกลุ่มแกนนำ ในการปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือผู้อื่น มีภาวะผู้นำ มีความตั้งใจที่จะเลิกสุรา และมีความเชื่อเรื่องบาป บุญ คุณ โทษ สมาชิกกลุ่มพบปะกันทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือน นอกจากนี้ พยาบาลหรือทีมผู้บำบัดสุราทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการช่วยสนับสนุน สอน แนะนำ ส่งเสริม ผลักดัน ให้คำปรึกษาแก่กลุ่มแกนนำ เพื่อให้แกนนำสามารถให้กำลังใจแก่สมาชิกที่เข้าร่วมใหม่ นอกจากนี้พยาบาลผู้บำบัดยังทำหน้าที่ประสานงานกับครอบครัว ชุมชน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการกำกับติดตามการดำเนินงานของกลุ่มอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมคณะกรรมการและแกนนำทุกเดือน ผลการดำเนินงานในระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2547 ถึง 2550) พบว่า มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 208 คน สามารถเลิกดื่มสุราได้เด็ดขาดจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 กลับไปดื่มสุราซ้ำจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6[62]

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถีพุทธ)

การบำบัดผู้ติดสุราโดยพระสงฆ์มีการดำเนินงานมานานในประเทศไทย และมีหลากหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ผู้ติดสุราดื่มหรืออบยาสมุนไพร ร่วมกับการปฏิบัติธรรม ดื่มน้ำมนต์ รักษาสัจจะ และการเทศนาสั่งสอน ปฏิบัติธรรม เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติของผู้ติดสุราให้เลิกดื่มสุรา ตัวอย่างหนึ่งของสถานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวนี้ ได้แก่ สำนักปฏิบัติธรรมถ้ำตอง ตำบลบ้านแปะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาประมาณ 30 กว่าปี เริ่มต้นจากการดูแลผู้ติดสุราที่มาขอบวช หรือปฏิบัติธรรม การบำบัดประกอบด้วยการใช้สมุนไพรในการรักษาควบคู่ไปกับการปฏิบัติ

ธรรม การบรรยายวิธีการปฏิบัติ และการเข้าไปสัมผัสสภาวธรรม ซึ่งก็พบปัญหาอุปสรรในการดูแล เช่น ผู้ติดสุรามีภาวะขาดสุรา บางรายมีอาการทางจิตร่วมด้วย มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวาย จนต้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจชุมชนเข้ามาช่วยจัดการนำผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล หลังจากที่ได้มีการดำเนินโครงการนี้ โดยมีสมาชิกผู้เลิกสุรา ชมรมจิตอาสา โรงพยาบาลจอมทอง และทีมพยาบาลผู้บำบัดได้เข้ามาประสานงาน การดูแล จัดระบบการดูแลผู้ติดสุรา โดยมีการประเมินอาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การประสานแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ บางครั้งจะมีแพทย์ไปตรวจร่างกายด้วย ทำให้ลดปัญหาด้านการดูแลของพระสงฆ์ ช่วยให้ผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดที่วัดได้รับการบำบัดรักษาครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ต่อมาได้รับผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ที่ผ่านการประเมินความพร้อมรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วัด และสมัครใจเข้ารับไว้ดูแล โดยประสานงานการดูแลต่อเนื่องกับพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลจอมทอง

หลักปฏิบัติธรรม การปฏิบัติธรรมในสำนักปฏิบัติธรรมถ้ำตอง ประกอบด้วยวิธีการบรรยาย วิธีการปฏิบัติ และการเข้าไปสัมผัสสภาวธรรม (ความรู้สึกขณะปฏิบัติ “อะไรทาง อะไรไม่ใช่ทาง ทางไหนข่มกิเลส ทางไหนประหารกิเลส”) โดยเน้นการเดินจงกรม และการรู้ตัวทุกอิริยาบถ

กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมในโปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ติดสุราในสำนักปฏิบัติธรรมถ้ำตอง ประกอบด้วย

1. ศาสนาบำบัด ได้แก่ การสวดมนต์ ทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น เดินจงกรม นั่งสมาธิ ฟังบรรยายธรรม และการจัดกิจกรรมกลุ่มทางศาสนา
2. งานบำบัด ได้แก่ การปลูกต้นไม้ จัดสวน การทำความสะอาดวัด ปลูกพืชผักสวนครัว เป็นต้น
3. กระบวนการกลุ่มบำบัดเพื่อเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา การให้บริการปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกสุรา และการดูแลสุขภาพทั่วไป มีการประชุมกลุ่มระหว่างพระพี่เลี้ยงกับพยาบาลจากโรงพยาบาลจอมทอง
4. มีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย หรือการบวช
5. มีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดสุราและการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านกิจกรรมการสงเคราะห์ ฟื้นฟูด้านกฎหมาย เป็นต้น
6. มีระบบบันทึกข้อมูลการดูแลโดยเป็นการประสานความร่วมมือ ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลจอมทอง
7. มีระบบการติดตามหลายรูปแบบ ได้แก่ การไปเยี่ยมสมาชิกที่สำนักสงฆ์ถ้ำตอง การสร้างกลุ่มช่วยเหลือกันเองโดยชมรมจิตอาสา การนัดผู้ป่วยมารับการติดตามที่โรงพยาบาลจอมทอง เป็นต้น[62]

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าจิตสังคมบำบัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

ข้อควรปฏิบัติในการให้จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของโรคติดสุรา ประสิทธิผลและวิธีการของจิตสังคมบำบัด ผู้บำบัดควรมีท่าทีเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสินผิดถูก ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกชนิดจิตสังคมบำบัดตามความชอบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้น และเลือกที่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพชัดเจน ควรกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงชัดเจนของการบำบัดรักษาโดยคำนึงถึงความเสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วย ทบทวนความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ประสบการณ์การบำบัดรักษาและเหตุผลของการหยุดรับการรักษาก่อนกำหนดในอดีต ควรเน้นกับผู้ป่วยว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จของการบำบัด คือ การคงอยู่ (retention) ในกระบวนการบำบัดรักษา ส่วนการกลับไปติดซ้ำ (relapse) เป็นสัญญาณของความจำเป็นในการประเมินแผนการบำบัดรักษาใหม่มากกว่าเป็นสัญญาณของความล้มเหลว ควรมีการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น กลุ่ม AA ควรมีการตรวจประเมินติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ ตลอดการบำบัดรักษาเพื่อดูการตอบสนองต่อการบำบัดรักษา และความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนความเข้มข้นและชนิดของจิตสังคมบำบัดหรือเสริมชนิดของจิตสังคมบำบัด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการกลับไปติดซ้ำ มีความเสี่ยงของการกลับไปติดซ้ำ มีภาวะโรคร่วมเพิ่มขึ้นหรือตอบสนองต่อการบำบัดรักษาบางส่วน อาจพิจารณาให้การดูแลรายกรณี (case management) อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษา แทนการเพิ่มระดับของการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการจำหน่ายผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว และควรให้การดูแลผู้ป่วยในปัญหาอื่นๆ ที่เกิดร่วม เช่น ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบครัว ชีวิตคู่ กฎหมาย อาชีพ และที่อยู่อาศัย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการกลับไปติดซ้ำลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่อยพิจารณาลดระดับความเข้มข้นของการบำบัดรักษา และประสานงาน เตรียมส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง และมีการเฝ้าติดตามความเสี่ยงในการกลับไปติดซ้ำ

ในประเทศไทยมีจิตสังคมบำบัดเกือบทุกรูปแบบคล้ายคลึงกับต่างประเทศ และมีรายงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิผลในรูปแบบ BI, MI, MET และ PMK model นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีรูปแบบบำบัดที่ดึงเอาวัฒนธรรมความเชื่อมั่นศรัทธาในพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดได้แก่ PMK model การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถีพุทธ) มาตรการชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการ ลด ละ เลิกสุรา ซึ่งได้ผลในหลายพื้นที่

ดังนั้น ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าสิ่งที่ควรจะพัฒนาต่อไปในประเทศไทยคือ

- ควรมีการพัฒนาจิตสังคมบำบัดรูปแบบ integrated treatment model เนื่องจากผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่องจนฟื้นคืนสู่ปกติได้มากน้อยเพียงใด
- ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถีพุทธ) กับรูปแบบการเข้าร่วมกลุ่ม AA และ PMK model เพื่อดูว่ารูปแบบใด เหมาะสมกับผู้ป่วยไทย และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้นานที่สุด
- ควรมีการพัฒนาจิตสังคมบำบัดที่มีครอบครัวร่วมด้วย (family approach) ซึ่งยังเป็นช่องว่างและจุดอ่อนของจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย เพราะขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ จึงควรมีนโยบายส่งเสริมการฝึกอบรมพัฒนาการเป็นนักบำบัดครอบครัวเพื่อการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคติดสุรา เยาวชนที่มีปัญหาใช้ยาบ้าและสารระเหย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาครอบครัวที่ยุ่งเหยิง ซับซ้อนมาก ประกอบกับโครงสร้างระบบครอบครัวไทยเปลี่ยนไปเป็นขนาดเล็กลงและไม่สมบูรณ์เพราะมีอัตราหย่าร้างสูงและการอพยพถิ่นฐานไปทำงานที่กรุงเทพฯ และปริมณฑลจำนวนมาก ทำให้เด็กและคนแก่ถูกทอดทิ้ง ขาดการอบรมบ่มเพาะนิสัยด้านความมีระเบียบวินัย ขาดทักษะชีวิตในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหาไม่ได้ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทำให้อัตรากำเริบซ้ำยังสูงอยู่มาก
- ควรมีการพัฒนารูปแบบจิตสังคมบำบัดเฉพาะสำหรับเยาวชนที่ใช้สารเสพติด การบำบัดในรูปแบบเดียวกันกับการบำบัดในผู้ใหญ่อาจไม่เหมาะสมกับพัฒนาการของวัยรุ่น โดยเฉพาะระบบการศึกษาต่อ และการฝึกฝนอาชีพ ผู้ป่วยเยาวชนส่วนใหญ่ถูกผลักออกจากระบบการศึกษาภาคปกติ ทำให้เมื่อออกจากการรักษาก็มักจะกลับไปรวมกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด และกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำอีกในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. Curr Opin Psychiatry 2007;20:222-7.
2. Weiss RD, Kueppenbender KD. Combining psychosocial treatment with pharmacotherapy for alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol 2006;26(Suppl 1):s37-42.
3. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Project MATCH Research Group. J Stud Alcohol 1998;59:631-9.
4. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcohol Clin Exp Res 1998;22:1300-11.
5. Cass AR, Volk RJ, Nease DE, Jr. Health-related quality of life in primary care patients with recognized and unrecognized mood and anxiety disorders. Int J Psychiatry Med 1999; 29:293-309.
6. Cutler RB, Fishbain DA. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. BMC Public Health 2005;5:75.
7. Cisler R, Holder HD, Longabaugh R, Stout RL, Zweben A. Actual and estimated replication costs for alcohol treatment modalities: case study from Project MATCH. J Stud Alcohol 1998;59:503-12.
8. Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Treno AJ, Zweben A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. Addiction 2000;95:999-1013.
9. UK Alcohol Treatment Trial: client-treatment matching effects. Addiction 2008;103: 228-38.
10. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). BMJ 2005;331:544.
11. Rollnick S, Allison J. Motivational Interviewing. In: Heather N, Stockwell T, editors. The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2004. p. 105-16.
12. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002;97:265-77.
13. Raistrick D, Heather N, Gogfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: The National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA); 2006.

14. Miller WC, Zweben A, Di Clemente C, Rychtarik R. Motivational enhancement therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH monograph Series Vol 2). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
15. Prochaska JO, DiClemente CC, editors. Toward a comprehensive model of change. New York: Plenum Press; 1986.
16. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behav Cogn Psychother 2009;37:129-40.
17. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol 2009;64: 527-37.
18. Homelessness Resource Center (HRC). Motivational interviewing: open questions, affirmation, reflective listening, and summary reflections (OARS). Rockville, MD: The Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA) Homelessness Resource Center (HRC); 2007 [cited 2014 May 30]; Available from: http://homeless.samhsa.gov/Resource/Motivational-Interviewing-Open-Questions-Affirmation-Reflective-Listening-and-Summary-Reflections-OARS-32840.aspx.
19. Kotter International. The 8-step process for leading change. Cambridge, MA: Kotter International; 2012 [cited 2014 June 4]; Available from: http://www.kotterinternational.com/our-principles/changesteps.
20. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55:305-12.
21. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005;1: 91-111.
22. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD008063.
23. วิวัฒน์ เชวงชัยยง, อัจฉรา ฟองคำ, นิศานาถ โชคเกิด. การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยใน ที่ติดสุราในระดับผิดปกติโรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์ 2543;25:87-94.
24. Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J. RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. Alcohol Alcohol 2010;45:263-70.

25. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, ราม รังสินธุ์, อุษา ตันติแพทยางกูร. รายงานการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิกการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2547.
26. อรัญญา แพจุ้ย, ลษิตา ศรีธรรมชาติ, มณฑิรา เมธา, บังอร สุปรีดา, มานิต ศรีสุรภานนท์, ธีรรัตน์ บริพัทธกุล. การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา. การประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2549 “ฉลองศิริราชสมบัติครบ 50 ปี นวัตกรรมการบำบัดรักษายาเสพติดเพื่อชีวิตที่ดีทุกทิศทั่วไทย”; อิมแพค คอนเวนชั่นเซนเตอร์ เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
27. ดรณี ภู่ขาว, Kavanagh DJ, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. BUMI-CBT กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา. งานประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 1; 13-14 กรกฎาคม 2548; โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส) 2548.
28. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;51:25-35.
29. Marlatt GA, George WH. Relapse prevention: introduction and overview of the model. Br J Addict 1984;79:261-73.
30. Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, et al. Health technology assessment of prevention of relapse in alcohol dependence consultation assessment report. Glassgow: Health Technology Board for Scotland; 2003.
31. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press; 1993.
32. Kadden R, Carroll KM, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, et al. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
33. พิชัย แสงชาญชัย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.
34. Stitzer ML, Vandrey R. Contingency management: utility in the treatment of drug abuse disorders. Clin Pharmacol Ther 2008;83:644-7.
35. Stitzer M, Petry N. Contingency management for treatment of substance abuse. Annu Rev Clin Psychol 2006;2:411-34.

36. Hunt GM, Azrin NH. A community-reinforcement approach to alcoholism. Behav Res Ther 1973;11:91-104.
37. Meyers R, Miller W, editors. A community reinforcement approach to addiction treatment: international reseach monographs in the addictions. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
38. Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE. The community reinforcement approach: an update of the evidence. Alcohol Res Health 2011;33:380-8.
39. Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. J Subst Abuse 1998;10:291-308.
40. Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction 2010;105:1729-38.
41. The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education of Addiction Professionals Training Series. Curriculum 2: Treatment for substance use disorders -The continuum of care for addiction professionals participant manual. Washington, DC: U.S. Department of State's Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs (INL) and Alvarez & Associates, with JBS International, Inc. (JBS); 2011.
42. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. J Subst Abuse Treat 2000;18:51-4.
43. Ruff S, McComb JL, Coker CJ, Sprenkle DH. Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. Fam Process 2010;49:439-56.
44. Randall J, Cunningham PB. Multisystemic therapy: a treatment for violent substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. Addict Behav 2003;28:1731-9.
45. Rowe CL. Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2010;19:563-76.
46. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Henderson CE, Greenbaum PE. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2009;77:12-25.
47. May PA, Marais AS, Gossage JP, Barnard R, Joubert B, Cloete M, et al. Case management reduces drinking during pregnancy among high risk women. Int J Alcohol Drug Res 2013;2:61-70.

48. Rapp CA, Goscha RJ. The principles of effective case management of mental health services. Psychiatr Rehabil J 2004;27:319-33.
49. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promot 1995;9:371-8.
50. พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตฺโต). พุทธธรรม (ฉบับเดิม). กรุงเทพฯ: โครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย 2545.
51. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD005032.
52. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (กลุ่ม เอเอ). กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; (ไม่ปรากฏปี) [ค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2557]; ค้นจาก: http://www.i-mapthailand.org/site/media/knowledge/network/brochures/pmk_alcoholics-anonymous.pdf.
53. Feigenbaum JC. A historical review of perceptions of key aspects of spirituality and religion within alcoholics anonymous. J Addict Nurs 2013;24:229-36.
54. พิชัย แสงชาญชัย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.
55. General Service Office Alcoholics Anonymous (Great Britain). The Twelve Steps of Alcoholics Anonymous. York: Alcoholics Anonymous (Great Britain) Ltd; 2014 [cited 2014 May 31]; Available from: http://www.alcoholics-anonymous.org.uk/About-AA/The-12-Steps-of-AA.
56. Nowinski J, Baker S, Carroll KM. Twelve-step facilitation therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 1999.
57. Bogenschutz MP, Rice SL, Tonigan JS, Vogel HS, Nowinski J, Hume D, et al. 12-step facilitation for the dually diagnosed: a randomized clinical trial. J Subst Abuse Treat 2014;46:403-11.
58. Campling P. Therapeutic communities. Adv Psychiatr Treat 2001;7:365-72.
59. De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. Int J Addict 1995;30:1603-45.
60. อรุณี ประชุมชิต, สุนันทา ปลั่งกลาง, วราภรณ์ กุประดิษฐ์, สยุมพร พูนมั่น, นันทนา สุภาพคำ, ดรุณี คุณวัฒนา, และคณะ. การพัฒนาเครือข่ายกลุ่มผู้ติดสุรานิรนามภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. เชียงใหม่: แผนงาน การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.

61. ลัดดาวัลย์ แดงเถิน. ผลของรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ป่วยในที่ติดแอลกอฮอล์: ศึกษาผลลัพธ์เพื่อสร้างรูปแบบสำหรับผู้ป่วยนอก (วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
62. ศูนย์มิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนโรงพยาบาลจอมทอง. ชมรมจิตอาสาโรงพยาบาลจอมทอง เชียงใหม่: โรงพยาบาลจอมทอง; 2557 [ค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2557]; ค้นจาก: http://www.jitasachomthong.com/.

บทที่ 12

การลดอันตราย

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงนโยบายและมาตรการในการลดอันตราย (harm reduction) จากปัญหาการดื่มสุรา ประกอบด้วยคำจำกัดความของการลดอันตราย หลักการและเป้าหมายของการลดอันตราย มาตรการที่ใช้ในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา และบทบาทของบุคลากรสุขภาพต่อนโยบายและมาตรการลดอันตราย เนื้อหาในบทนี้เป็นเพียงข้อมูลความรู้เบื้องต้น เพื่อเป็นแนวทางให้จิตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นเข้าใจถึงบทบาทของตนที่เกี่ยวข้องกับงานลดอันตราย และโอกาสที่จะช่วยพัฒนางานด้านนี้ต่อไปในประเทศไทย

สาระสำคัญ

- การลดอันตราย (Harm reduction) คือ นโยบายหรือมาตรการสาธารณะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่ต้องการจะเลิกใช้สารหรือไม่สามารถจะเลิกใช้ได้
- การลดอันตรายจะเน้นที่การดูแลเพื่อให้ผู้ติดสุราที่ยังไม่ต้องการเลิกดื่มสุรามีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาแทรกซ้อน แต่มิได้เป็นการบำบัดรักษาเพื่อทำให้ผู้ติดสุราเลิกดื่มสุราไปเลย
- การลดอันตรายมีหลักการสำคัญ 5 ข้อคือ ปฏิบัตินิยม คุณค่าความเป็นมนุษย์ มุ่งเน้นที่อันตราย ความสมดุลของประโยชน์และความสูญเสีย และให้ความสำคัญกับเป้าหมายเฉพาะหน้า
- มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา ประกอบด้วย การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง การบำบัดแบบย่อและการให้การปรึกษา มาตรการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคมเพื่อลดการบาดเจ็บและการกระทำรุนแรง การวางเป้าหมายการรักษาผู้ติดสุราให้ควบคุมการดื่มในระดับที่เหมาะสมแทนการตั้งเป้าหมายให้เลิกดื่มโดยเด็ดขาด และการดูแลรักษาแบบประคับประคองสุขภาพ
- บุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับงานลดอันตราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ติดสุราที่ไม่ยอมรับการบำบัดรักษาเพื่อให้เลิกดื่มสุรา
- เทคนิกสำคัญในการดูแลผู้มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราตามหลักการลดอันตราย คือ การยอมรับความคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการตามสภาวะที่เขาเป็นอยู่ ตั้งเป้าหมายเฉพาะหน้าที่ทำสำเร็จได้ในระยะสั้น ชื่นชมกับความสำเร็จของผู้รับบริการ เน้นที่ความเสี่ยงที่จำเพาะของผู้รับบริการคนนั้น และหาวิธีการลดอันตรายที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคน

การลดอันตราย (Harm reduction) คือนโยบายหรือมาตรการสาธารณะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่ต้องการจะเลิกใช้สาร หรือไม่สามารถจะเลิกใช้ได้ การลดอันตรายมีทั้งเป้าหมายในเชิงประชากรและเชิงปัจเจกบุคคล ในเชิงบุคคล การลดอันตรายเป็นมาตรการที่ใกล้เคียงกับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย (palliation) ซึ่งเป็นการทำให้โรคหรืออาการของความเจ็บป่วยดีขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นการรักษาให้โรคนั้นหายสนิท ในกรณีของโรคติดสุรา การลดอันตรายก็เป็นเพียงมาตรการดูแลเพื่อให้ผู้ติดสุราที่ยังไม่ต้องการเลิกดื่มสุรามีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาแทรกซ้อน แต่มิได้เป็นการบำบัดรักษาเพื่อทำให้ผู้ติดสุราเลิกดื่มสุราไปเลย[1] งานลดอันตรายจึงเป็นงานที่มีเป้าหมายสำหรับผู้รับบริการซึ่งอาจจะเป็นผู้ติดสุราหรือผู้ดื่มสุราแบบเป็นปัญหาที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการบำบัดรักษาก็ได้ ในบทนี้จึงใช้คำว่า “ผู้รับบริการ” เมื่อกล่าวถึงกลุ่มเป้าหมายของงานลดอันตรายแทนคำว่า “ผู้ป่วย” เพื่อให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายที่กว้างขึ้น

การพัฒนานโยบายและมาตรการในด้านการลดอันตรายมีจุดเริ่มต้นมาจาก การค้นพบว่าการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ฉีดสารเสพติดเป็นต้นเหตุของการแพร่เชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ และความสูญเสียทางสาธารณสุขที่เกิดจากการติดเชื้อและป่วยเป็นโรคเอชไอวีหรือเอดส์ มีมูลค่ามากกว่าความสูญเสียที่เกิดจากการใช้สารเสพติด จากข้อค้นพบนี้ทำให้นักวิชาการและนักนโยบายทางสาธารณสุขมองเห็นความสำคัญของการลดอันตราย และกำหนดเป้าหมายของนโยบายเพื่อลดอันตรายหรือความสูญเสียที่สัมพันธ์กับการฉีดสารเสพติดเสียใหม่เป็นลำดับขั้น แทนที่จะเป็นการวางเป้าหมายให้ผู้ติดสารเสพติดเลิกใช้สาร ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ทำสำเร็จได้ยากในความเป็นจริง เปลี่ยนมาเป็นการลดอุบัติการณ์ของการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ลดอุบัติการณ์ของการฉีดสารเสพติด และลดการใช้สารเสพติดที่ไม่ปลอดภัยแทน[2]

หลักการและเป้าหมายของการลดอันตราย

นโยบายหรือมาตรการลดอันตรายอิงตามหลักการต่อไปนี้[3]

1. ปฏิบัตินิยม (Pragmatism) แนวคิดของการลดอันตรายยอมรับว่าการใช้สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตใจเป็นพฤติกรรมธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต ถึงแม้ว่าการใช้สารเหล่านี้จะทำให้เกิดโทษ แต่ก็ต้องยอมรับว่าพฤติกรรมนี้ก็ทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ใช้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นหากมองภาพรวมระดับชุมชน การจำกัดหรือลดอันตรายจากการดื่มสุราหรือการทำให้คนดื่มสุราได้อย่างปลอดภัยอาจจะเป็นมาตรการที่ทำได้สำเร็จมากกว่าการกำจัดสุราให้หมดสิ้นไปจากสังคม

2. คุณค่าความเป็นมนุษย์ (Humanistic Values) การตัดสินใจของผู้ใช้สารที่จะใช้สารเสพติดนั้นเป็นสิ่งที่ต้องยอมรับ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าสังคมจะต้องยอมรับการใช้สารเสพติด แต่คนในสังคมจะต้องไม่ใช้มาตรฐานทางจริยธรรมของตนเองมาตัดสินว่าการใช้สารเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารชนิดใด ปริมาณเท่าไร หรือด้วยวิธีการใดก็ตาม แต่ควรจะเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ใช้สารเสพติดในฐานะเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง

3. มุ่งเน้นที่อันตราย (Focus on Harms) หลักการนี้มองว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมีความสำคัญรองมาจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารนั้น อันตรายดังกล่าวอาจจะสัมพันธ์กับสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ หรือปัจจัยอื่นๆ และไม่ได้มีผลต่อผู้ใช้สารเพียงคนเดียว แต่อาจมีผลกับชุมชนหรือสังคมในวงกว้างด้วยก็ได้ ตัวอย่าง เช่น การส่งเสียงดังเอะอะโวยวายของผู้ที่เมาสุราอาจจะเป็นการรบกวนคนอื่นที่อยู่รอบข้างด้วย ดังนั้น เป้าหมายสำคัญที่สุดคือการลดผลกระทบทางลบของการใช้สารที่มีต่อผู้ใช้และผู้อื่น แทนที่จะเป็นการลดการใช้สารนั้นลง เช่นในกรณีของการดื่มสุรา การลดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากการขับรถขณะเมาสุราก็เป็นมาตรการลดอันตรายอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในการใช้มาตรการลดอันตรายก็ไม่ได้หมายความว่าจะตัดเป้าหมายของการเลิกใช้สารเสพติดในระยะยาวออกไปเสียทีเดียว ในบางกรณี การลดปริมาณสารที่ใช้อาจจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดอันตรายของการใช้สารเสพติดนั้นก็ได้ หรือในบางกรณี การเปลี่ยนวิธีการเสพสารอาจจะเป็นวิธีการลดอันตรายที่ดีที่สุดก็ได้

4. ทำให้เกิดความสมดุลของความสูญเสียและประโยชน์ (Balancing Costs and Benefits) ในการวางแผนนโยบายหรือมาตรการลดอันตราย ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีวิธีการที่รัดกุมและแม่นยำในการวัดและประเมินอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ราคาและประโยชน์ของมาตรการที่ใช้ เพื่อจะได้ทราบว่าควรจะต้องลงทุนที่กิจกรรมใดเป็นอันดับแรก การวิเคราะห์สมดุลนี้ควรจะพิจารณาไปจนถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับชุมชนและสังคมในวงกว้างด้วย ไม่ใช่มองเพียงแต่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้สารเสพติดเท่านั้น ดังนั้นในการประเมินผลกระทบของมาตรการลดอันตราย ผู้ประเมินจึงมักจะเปรียบเทียบกับมาตรการอื่นๆ หรือการไม่มีมาตรการใดๆ ซึ่งในบางครั้งการประเมินให้ได้ผลลัพธ์ที่เที่ยงตรงก็ทำได้ยาก เพราะมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้องอีกมากมาย

5. ให้ความสำคัญกับเป้าหมายเฉพาะหน้า (Priority of Immediate Goals) โปรแกรมลดอันตรายส่วนใหญ่จะวางเป้าหมายเป็นลำดับขั้นตามความสำคัญ โดยเป้าหมายแรกมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งที่จำเป็นที่สุดของคน กลุ่มเป้าหมาย หรือชุมชนนั้น ตัวอย่างเช่น หญิงวัยรุ่นที่มีอาการเมาสุราและไม่สามารถกลับเข้าบ้านได้ในกลางดึก การดูแลขั้นแรกอาจจะเป็นการจัดหาที่พักพิงอันปลอดภัยให้อยู่จนสร่างเมา (sober-up shelter) การทำให้เป้าหมายเฉพาะหน้าบรรลุผลสำเร็จตามความเป็นจริงจะเป็นก้าวแรก ในการลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด และอาจจะนำไปสู่การหยุดหรือเลิกใช้สารในที่สุดได้

อันตรายของการดื่มสุรา

เหตุผลสำคัญในการใช้มาตรการลดอันตรายก็คือ มาตรการนี้สามารถลดความสูญเสียของชีวิตและทรัพย์สิน และลดปัญหาจากการดื่มสุราที่มีต่อผู้ดื่ม ครอบครัว หรือสังคมลงด้วย อันตรายจากการดื่มสุราอาจจะเกิดขึ้นได้จาก การเมาสุรา การดื่มสุรามากเกินไป การใช้สารชนิดอื่นที่มีผลต่อจิตประสาทร่วมด้วย การขาดสารอาหาร และการเกิดภาวะขาดสุรา เป็นต้น ผู้ดื่มปริมาณมากในแต่ละครั้งของการดื่มและผู้ดื่มเรื้อรังหรือผู้ติดสุราจะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการดื่มสุราสูงกว่าผู้ดื่มลักษณะอื่น ผลกระทบของการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดที่มีต่อผู้ใช้อาจจะจำแนกออกได้เป็น 4 ด้าน หรือ “4 Ls” ดังนี้[4]

1. **Liver** ปัญหาต่อสุขภาพของผู้ดื่มสุรา เช่น โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ มะเร็งตับ ปัญหาทางจิตเวช เช่นอาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง การบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุขณะเมาสุราเป็นต้น
2. **Lover** ปัญหาในด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน คู่สมรส ครอบครัว และบุตร
3. **Livelihood** ปัญหาต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัว เช่น ขาดสมาธิในการทำงานหรือการเรียน
4. **Law** ปัญหาทางกฎหมาย เช่น ถูกจับเนื่องจากขับรถขณะเมาสุรา

มาตรการที่ใช้ในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา

โดยทั่วไปมาตรการของการลดอันตรายอาจจะแบ่งออกได้เป็นหมวดต่างๆ ตามเป้าหมายของมาตรการ ดังนี้[5]

- **การให้ความรู้** ขั้นตอนแรกของการลดอันตรายคือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบและความเสี่ยงของการดื่มสุรา และส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว การให้ความรู้ควรประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจและสังคมที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น การดื่มมากเกินขนาด การขับรถขณะเมาสุรา การติดเชื้อ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบ metabolic และโรคจิตเวช และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย เช่น การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การให้ความรู้จำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับมาตรการอื่น เช่น การบำบัดแบบย่อจึงจะมีประสิทธิผล นอกจากนั้น ควรจะให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ ที่มีในชุมชนสำหรับผู้ติดสุราด้วย เช่น สถานที่พักพิงชั่วคราวเพื่อให้สร่างเมา บ้านพักของผู้หญิง เด็ก หรือวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมในครอบครัว เป็นต้น การให้ความรู้อาจจะทำโดยการพูดคุยแบบเฉพาะตัว หรือการสอนเป็นกลุ่มในโรงพยาบาล โรงเรียน เรือนจำ หรือสถานที่อื่นๆ ในชุมชนก็ได้
- **การบำบัดแบบย่อและการให้การปรึกษา** การบำบัดแบบย่อมีเป้าหมายหลักในการให้ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายลดการดื่มลง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การบำบัดแบบย่อจึงจัดเป็นมาตรการในการลดอันตรายชนิดหนึ่ง (ดูรายละเอียดในบทที่ 8 ของหนังสือเล่มนี้)

- **มาตรการลดการบาดเจ็บและการกระทำรุนแรง** การดื่มสุราสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง และการบาดเจ็บที่มีผลต่อผู้อื่นในสังคม การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมขณะดื่มสุราจึงเป็นการลดอันตรายได้วิธีหนึ่ง ตัวอย่าง เช่น การใช้ภาชนะกันแตกบรรจุสุรา การห้ามจำหน่ายสุราที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงมาก การฝึกหัดพนักงานบริการสุราให้ประเมินสภาพและจำกัดการบริการสุราแก่ลูกค้าที่มีอาการเมาสุราหรือดื่มมากเกินไปแล้ว การรณรงค์ขับเคลื่อนสังคมเพื่อลดละเลิกดื่มสุรา การลดอุบัติเหตุจราจรจากการดื่มสุรา โดยการส่งเสริมให้ใช้รถรับจ้างสาธารณะ การกำหนดตัวผู้ขับขี่ยานพาหนะเอาไว้ล่วงหน้า หรือการลงโทษผู้ที่ขับรถขณะเมาสุรา และการจัดหาสถานที่พักพิงชั่วคราวให้กับผู้เมาสุราหรือผู้ติดสุราที่ไร้บ้าน เป็นต้น
- **การวางเป้าหมายการรักษาผู้ติดสุราให้ควบคุมการดื่มในระดับที่เหมาะสม** (Drinking-in-moderation treatment goal) แทนการตั้งเป้าหมายให้เลิกดื่มโดยเด็ดขาด (ดูรายละเอียดในบทที่ 10 ของหนังสือเล่มนี้)
- **การดูแลรักษาแบบประคับประคองสุขภาพ** เช่น การเสริมวิตามินบีหนึ่งในแป้งขนมปังหรืออาหาร เพื่อป้องกันการขาด thiamine ในผู้ดื่มสุราเป็นประจำ การเสริมสารอาหารเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ติดสุรา

บทบาทของบุคลากรสุขภาพต่อนโยบายและมาตรการลดอันตราย

ถึงแม้ว่างานลดอันตรายส่วนใหญ่จะเป็นงานในเชิงนโยบายสาธารณสุข จิตแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพอาจจะมีส่วนร่วมในงานลดอันตรายทั้งในระดับประชากรและระดับบุคคล บุคลากรสุขภาพจึงควรจะรู้จักและเข้าใจกับหลักการและมาตรการที่ใช้ในงานลดอันตราย บุคลากรสุขภาพอาจจะต้องมีส่วนเข้าไปให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการลดอันตรายหรือประเมินผลการให้บริการลดอันตรายในชุมชน หรือช่วยดูแลผู้ติดสุราที่ไม่ตอบสนองหรือไม่ยอมรับการบำบัดรักษาเพื่อให้เลิกดื่มสุรา

เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มทุนของมาตรการลดอันตรายมากมาย นโยบายนี้จึงได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน บุคลากรสุขภาพจึงควรมีข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมหรือหน่วยบริการในด้านการลดอันตรายในชุมชนของตน เพื่อที่จะได้แนะนำหรือส่งต่อผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราไปรับบริการได้หากจำเป็น

ในการทำงานหรือให้บริการแก่ผู้ติดสุราหรือผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาตามหลักการของการลดอันตราย บุคลากรสุขภาพควรจะปฏิบัติดังนี้

- ยอมรับผู้ติดสุราตามลักษณะที่เขาเป็นอยู่ โดยไม่ตัดสินถูกผิด
- ประเมินความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราอย่างละเอียด
- กำหนดเป้าหมายระยะสั้นที่น่าจะปฏิบัติได้สำเร็จที่ตรงกับความจำเป็นเฉพาะหน้าของผู้ติดสุรา

เช่น การได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบตามความต้องการของร่างกาย การมีที่พักพิงที่ปลอดภัย การได้รับวิตามินบีหนึ่งหรือยาชนิดอื่นครบทุกมื้อ เป็นต้น

- กระตุ้นให้ผู้ติดสุราสามารถดูแลตนเองได้ และแสดงความชื่นชมกับการเปลี่ยนแปลงทางบวกที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุรา แม้ว่าจะน้อยนิดก็ตาม เช่น การที่ผู้ติดสุราสามารถกลับมานอนที่บ้านได้หลังจากการดื่มสุรา โดยไม่เอะอะอาละวาดรบกวนผู้อื่น หรือทำอันตรายให้กับตนเอง หรือสามารถช่วยครอบครัวทำงานบ้านในตอนกลางวันได้ เป็นต้น
- ร่วมมือกับผู้ติดสุราในการค้นหาและวางแผนวิธีการลดอันตรายที่น่าจะมีประโยชน์กับผู้ติดสุราทุกวิธี
- เน้นที่ความเสี่ยงที่จำเพาะกับผู้ติดสุราคนนั้น และเสนอทางเลือกหลายๆ วิธีการในการลดความเสี่ยงนั้น โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เศรษฐฐานะ และสภาพร่างกาย เช่น ผู้ติดสุราที่ชอบดื่มที่ร้านอาหารในหมู่บ้าน แล้วเคยหกล้มหรือหมดสติจนต้องนอนอยู่ข้างทางเพราะความเมา การจัดให้มีญาติมารับผู้ติดสุรากลับบ้านก็เป็นทางเลือกหนึ่งในการลดอันตรายจากการเมาสุราของผู้ติดสุราคนนี้
- แนะนำให้ผู้ติดสุราทราบว่ามีข้อมูลข่าวสารหรือบริการอะไรบ้างในชุมชนของเขา และกระตุ้นให้เขามารับบริการหรือมาเข้าร่วมในโปรแกรมการบำบัดรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

แนวคิดเรื่องการลดอันตรายยังไม่เป็นที่ยอมรับของบุคลากรสุขภาพและสังคมโดยทั่วไปในประเทศไทยเท่าไรนัก ทั้งนี้เพราะสังคมส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการห้ามใช้และเลิกใช้สารเสพติดมากกว่า อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันก็มีองค์กรเอกชนหลายแห่งที่ให้บริการลดอันตรายสำหรับผู้ใช้เฮโรอินหรือผู้ฉีดสารเสพติด เช่น การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือในหมู่บ้านสำหรับให้ผู้ฉีดยามาร่วมทำกิจกรรมกัน (drop-in center) การให้บริการเข็มฉีดยาสะอาด โปรแกรมเข้าถึงผู้ฉีดยาที่บ้านโดยกลุ่มเพื่อนอาสาสมัคร (outreach program) และมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ให้บริการเมทาโดนระยะยาว

ส่วนงานบริการลดอันตรายสำหรับผู้ติดสุราอาจจะยังมีบทบาทไม่ชัดเจนนักในประเทศไทย การพัฒนางานทางด้านนี้จึงมีความจำเป็น ซึ่งจะทำให้งานบริการทางสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราในระบบสาธารณสุขครบวงจร ตัวอย่างของงานบริการลดอันตรายสำหรับผู้ติดสุราที่อาจจะพัฒนาขึ้นมาได้ในประเทศไทย เช่น บ้านพักพิงเพื่อให้สร่างเมา สถานที่พักพิงชั่วคราวสำหรับผู้ติดสุราที่ไร้บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นวัดหรือโรงพยาบาลก็ได้ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้เมาสุรา เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้านช่วยนำผู้เมาสุรากลับไปส่งบ้านหรือไปหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินตามความจำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. Assanangkornchai S. Harm reduction. In: Saunders J, Conigrave K, Latt N, Nutt D, Marshall E, Ling W, et al., editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2014.
2. Report of Advisory Council on the Misuse of Drugs: AIDS and Drug Misuse Update. Addiction 1994;89:1211-3.
3. Beirness D, Jesseman R, Notarandrea R, Perron M. Harm reduction: what's in a name? Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) National Working Group on Policy; 2008 [cited 2014 March 2]; Available from: http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa0115302008e.pdf#search=Harm%20Reduction%3A%20Concepts%20%20and%20%20Practice%3A%20A%20Policy%20Discussion%20Paper.
4. Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. London: Forward thinking on drug 2003 [cited 2013 September 2]; Available from: http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html.
5. TreatNet United Nations Office on Drugs and Crime. Reducing the harm of drug use and dependence. Vienna: TreatNet United Nations Office on Drugs and Crime; 2006 [cited 2013 Dec 10]; Available from: http://www.cdc.gov/nchstp/tb/Programme_Evaluation/Guide/PDF/Evaluation_plan_template.pdf.

บทที่ 13

การดูแลประชากรกลุ่มเฉพาะ

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่เป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ หญิงที่อยู่ในระหว่างให้นมบุตรบุตร ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยต่างชาติหรือต่างวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังกล่าวถึงกลุ่มโรคในทารกที่สัมผัสกับแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไปบางประการ จิตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสนใจลักษณะเฉพาะที่แตกต่างออกไปนี้ เพื่อจะได้เข้าใจและดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และช่วยพัฒนางานบริการในเวชปฏิบัติในประเทศไทยต่อไป

สาระสำคัญ

- การดื่มสุราในระหว่างการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรมของทารกมากมาย เช่น การคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร ทารกตายคลอด และทารกตายกระทันหัน และกลุ่มโรค Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)
- หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะบอกว่าการดื่มสุราปริมาณเท่าไรจึงจะจัดว่าปลอดภัยทั้งสำหรับผู้หญิงในระหว่างการตั้งครรภ์และให้นมบุตร และทารก การแนะนำให้ผู้หญิงที่กำลังวางแผนจะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่อยู่ในระหว่างการให้นมบุตรไม่ดื่มสุราเลยจึงเป็นแนวปฏิบัติที่ปลอดภัยที่สุด
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือดื่มหนักเป็นประจำ ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของการตั้งครรภ์ ควรจะได้รับการรักษาเพื่อถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน และคลอดบุตรในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายรุนแรงทั้งกับมารดาและทารก การรักษาถอนพิษสุราควรให้ยากลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์นาน แต่ควรให้ยาดังกล่าวในระยะเวลาเพียงสั้นๆ
- กลุ่มโรคในทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา เรียกว่า กลุ่มโรค Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) ประกอบด้วยโรคหรือภาวะต่างๆ สี่ภาวะ ได้แก่ Fetal Alcohol Syndrome (FAS), partial FAS (pFAS), Alcohol-Related Birth Defects (ARBD) และ Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)
- FAS เป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดในกลุ่มโรค FASD ทารกที่เป็นโรคนี้มีใบหน้าที่มีรูปร่างผิดปกติที่เป็นลักษณะเฉพาะ คือ ร่องเหนือฝีปากบนเรียบ (smooth philtrum) ริมฝีปากบนบาง คางเล็ก จมูกแบน ดั้งจมูกต่ำ ความยาวระหว่างหัวตากับหางตาสั้น (short palpebral fissures) การเจริญเติบโตบกพร่องทั้งในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (ทั้งในด้านโครงสร้าง และการทำงาน) และพฤติกรรม การวินิจฉัยและการเลี้ยงดูเด็กที่เป็น FAS และ FAE ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปีจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ถึง 2-4 เท่า
- มาตรการดูแลช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD ประกอบด้วย การร่วมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการเด็ก การดูแลช่วยเหลือในโรงเรียน และการให้อาหารเสริม

- สาเหตุที่พบบ่อยของการดื่มสุราในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียคู่ครอง และการเกษียณอายุการทำงานซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุราในผู้สูงอายุ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม ความจำบกพร่องซึ่งมีผลต่อการขับขี่ยานพาหนะ มะเร็ง และการฆ่าตัวตาย
- ควรคัดกรองการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ใช้ยาชนิดอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมด้วย เพิ่งมีการสูญเสียพลัดพรากเกิดขึ้น หรือเพิ่งมีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และให้การบำบัดแบบย่อหรือการแนะนำแบบง่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายลดหรือเลิกดื่มสุรา
- ควรให้การรักษาเพื่อถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาแทรกซ้อนทางกาย ควรให้ยาสงบอาการที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น oxazepam หรือ loarazepam และปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการและลักษณะทางร่างกายของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยต่างชาตินอกจากจะมีความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมแล้ว อาจมีความเชื่อ ความเข้าใจ บรรทัดฐานสังคม และวิถีการดำเนินชีวิต แตกต่างจากผู้ป่วยไทยและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต้องคำนึงถึงความเสมอภาคให้เกียรติ และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรสุขภาพควรมีความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม คำพูดและท่าทีบางอย่างอาจจะถูกมองว่าเป็นการไม่ให้เกียรติหรือเป็นกิริยาที่ไม่สุภาพและไม่เหมาะสมในวัฒนธรรมของผู้ป่วยคนนั้น พยายามพูดคุยและฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้เข้าใจอาการ สาเหตุและการดำเนินโรคตามความคิดความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งข้อห้ามตราบาปและจารีตประเพณี ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม

ประชากรบางกลุ่มในสังคมอาจต้องการการดูแลเป็นพิเศษที่แตกต่างจากประชากรผู้ดื่มสุราโดยรวม ทั้งนี้เพราะลักษณะทางสรีรวิทยา หรือลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของประชากรเหล่านี้ผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุที่ดื่มสุราแตกต่างจากผลกระทบที่มีต่อผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราโดยทั่วไป ประชากรกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลรักษาเป็นพิเศษสำหรับปัญหาการดื่มสุรา ผู้ป่วยต่างชาติหรือผู้ป่วยที่เป็นชนกลุ่มน้อยที่มาจากต่างวัฒนธรรม เมื่อมีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราและมารับการดูแลรักษาที่สถานบริการทางสุขภาพก็ต้องการการดูแลรักษาจากบุคลากรสุขภาพที่เข้าใจและยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ในบทนี้จะกล่าวถึงการดูแลรักษาประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา 4 กลุ่มคือหญิงตั้งครรภ์ ทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ผู้สูงอายุ และประชากรต่างวัฒนธรรม

หญิงตั้งครรภ์

การดื่มสุราในระหว่างการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย สติปัญญาและพฤติกรรมของทารกมากมาย เช่น การคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร ทารกตายคลอด (stillbirth) และทารกตายกระทันหัน (sudden infant death syndrome)[1] ผลกระทบที่รุนแรงที่สุดในทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา ได้แก่ Fetal alcohol spectrum disorders (FASD)[2] หากหญิงตั้งครรภ์ดื่มสุราและใช้สารเสพติดตัวอื่นร่วมด้วยก็จะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราก็มักจะมีปัญหาในการทำหน้าที่มารดา ส่งผลให้เลี้ยงดูบุตรที่เกิดมาอย่างไม่มีคุณภาพ และมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กต่อไปในอนาคต

หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะบอกว่าการดื่มสุราปริมาณเท่าไรจึงจะจัดว่าปลอดภัยสำหรับผู้หญิงในระหว่างการตั้งครรภ์และให้นมบุตร รวมทั้งปลอดภัยสำหรับทารก[3,4] การศึกษาต่างๆ ยืนยันว่าการสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาทำลายสมองของทารกอย่างถาวร ทำให้สมองพัฒนาผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ และเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา เช่น การออกจากโรงเรียนกลางคัน การใช้สุราและสารเสพติด การมีพฤติกรรมเกเร ปัญหาทางกฎหมาย และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร[5-7] ทารกที่รับนมจากมารดาที่ดื่มสุราในระหว่างให้นมบุตรจะมีโอกาสได้รับแอลกอฮอล์เข้าไปด้วย ซึ่งส่งผลต่อวงจรการนอนหลับและพัฒนาการด้าน gross motor[4] การแนะนำให้ผู้หญิงที่กำลังวางแผนจะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่อยู่ในระหว่างการให้นมบุตรไม่ดื่มสุราเลยจึงเป็นแนวปฏิบัติที่ปลอดภัยที่สุด

กระบวนการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราจะคล้ายคลึงกับการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพียงแต่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่า เพราะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ ดังนี้

- **การคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ** ดังได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 4 ว่าการคัดกรองการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเป็นเรื่องสำคัญ บุคลากรสุขภาพควรจะถามหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่น เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและทุกครั้ง รวมทั้งให้การบำบัดอย่างย่อแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่พบว่าดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด[8] การคัดกรองอาจจะทำอย่างง่ายด้วยการถามว่าหญิงตั้งครรภ์คนนั้นเคยดื่มสุราหรือไม่ในช่วงก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ ในผู้ที่เคยดื่ม ให้ถามปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราโดยละเอียด นอกจากนั้น อาจจะใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น TWEAK, T-ACE หรือ AUDIT-C เป็นต้น[9] หากพบหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา บุคลากรสุขภาพควรจะให้การบำบัดอย่างย่อตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 8 เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์คนนั้นหยุดดื่มสุรา หรืออาจจะส่งต่อไปรับการดูแลรักษาเฉพาะต่อไปหากพบว่าหญิงตั้งครรภ์คนนั้นติดสุรา หรือไม่ตอบสนองต่อการบำบัดอย่างย่อ การศึกษาส่วนใหญ่ยืนยันว่า การบำบัดอย่างย่อได้ผลดีในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดหรือเลิกดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ ลดอัตราตายของทารก และยังเป็นการช่วยตัดวงจรการดื่มสุราในหญิงคนนั้นได้อีกด้วย[10,11] การให้คู่ครองมีส่วนร่วมด้วยในการบำบัดอย่างย่อจะช่วยทำให้ประสิทธิผลของการบำบัดดียิ่งขึ้น[12]
- **การรักษาภาวะเมาสุรา** หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเมาสุราจะมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับสุราเกินขนาด อาเจียนและสำลัก แท้งบุตรหรือคลอดก่อนกำหนดได้[13] หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะเมาสุราจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีความเชี่ยวชาญหรือสูติแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพครรภ์และทารกในครรภ์ ในบางรายอาจจะจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อจะได้ติดตามดูแลได้อย่างใกล้ชิด และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วย[14]
- **การรักษาเพื่อถอนพิษสุรา** หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราปริมาณมากเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ติดสุรา เมื่อลดหรือหยุดดื่มสุราจึงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดสุราเฉียบพลันได้ภายใน 6-12 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายทั้งกับมารดาและทารกในครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์คนนั้นดื่มหนักก่อนคลอดบุตร หรือมีภาวะขาดสุราในช่วงก่อนคลอดหรือระหว่างคลอดบุตร ทารกที่คลอดออกมาก็มีโอกาสจะเกิดภาวะขาดสุราเฉียบพลันได้เช่นกัน อาการขาดสุราในทารกอาจจะเริ่มเกิดขึ้นในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังคลอดขึ้นกับเวลาที่มารดาดื่มสุราเป็นครั้งสุดท้าย[14] ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือดื่มหนักเป็นประจำ ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของการตั้งครรภ์ ควรจะได้รับการรักษาเพื่อถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน และควรวางแผนให้หญิงตั้งครรภ์คนนั้นมาคลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วย เพื่อป้องกันอันตรายรุนแรงทั้งกับมารดาและทารก การรักษาเพื่อถอนพิษสุราควรให้ยากลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์นาน แต่ควรให้ยาดังกล่าวในระยะเวลาเพียงสั้นๆ[8,15] ควรประเมินอาการของภาวะขาดสุราอย่างสม่ำเสมอและดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันหลังเริ่มมีอาการขาดสุรา นอกจากนี้ ควรให้วิตามิน บี 1 และกรดโฟลิกเสริม เพื่อป้องกันภาวะขาดโฟเลตซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด neural tube defects รวมทั้งดูแลภาวะขาดสารอาหารตัวอื่นด้วย[14]

- **การดูแลรักษาโรคติดสุรา** หญิงตั้งครรภ์หรือมารดาที่เป็นหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดสุรา ควรได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษจากบุคลากรสุขภาพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้วยการให้คำแนะนำ การเกื้อหนุนทางสังคม และจิตสังคมบำบัด ส่วนการรักษาด้วยยานั้น เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอที่จะยืนยันถึงความปลอดภัยหรืออันตรายจากการใช้ยา naltrexone, acamprosate หรือ disulfiram ในระหว่างการตั้งครรภ์ การรักษาด้วยยาเหล่านี้จึงควรทำเมื่อมีความจำเป็นที่สุดเท่านั้น โดยการพิจารณาระหว่างประโยชน์และโทษอย่างรอบคอบเป็นรายๆ ไป[8,15]
- **การดูแลมารดาหลังคลอดบุตรและทารกแรกเกิด** มารดาที่ให้นมบุตรก็ควรได้รับคำแนะนำให้หยุดดื่มสุราอย่างเด็ดขาดเช่นกัน เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการหลั่งฮอร์โมน oxytocin, prolactin และ cortisol ทำให้น้ำนมลดลง[16,17] และแอลกอฮอล์ยังสามารถผ่านทางน้ำนมมาสู่ทารกได้ ซึ่งมีผลรบกวนสุขภาพ พัฒนาการ การดูดนม และการนอนหลับของทารก[4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหนึ่งเดือนแรกหลังคลอด หลังจากนั้นหากมารดาต้องการที่จะดื่มสุรา ก็ไม่ควรดื่มเกิน 2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน และไม่ควรให้นมบุตรทันทีหลังจากการดื่มสุรา ควรจะรอจนกระทั่งระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงจนเท่ากับศูนย์ ซึ่งใช้เวลาประมาณหนึ่งชั่วโมงต่อการดื่มสุราหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน ดังนั้นมารดาที่ดื่มสุราควรได้รับคำแนะนำให้ป้อนนมทารกหรือบีบน้ำนมเก็บไว้ก่อนที่จะดื่มสุรา

นอกจากนั้น บุคลากรสุขภาพควรแนะนำให้มารดาและญาติเพิ่มความระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายทั้งกับมารดาและทารก ที่อาจจะเกิดจากการเมาสุราของมารดา เช่น การทำทารกตกหล่น การหกล้ม หรือการนอนทับทารก ดังนั้น จึงไม่ควรให้มารดาและทารกนอนหลับบนเตียงเดียวกัน ควรมีสามีหรือญาติที่ไม่ดื่มสุราเป็นคนช่วยดูแลทารกด้วยจนกว่ามารดาจะสร่างเมา อย่างไรก็ตาม มารดาที่ดื่มสุราควรได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนให้อุ้มหรือกอดทารก (skin-to-skin contact) และให้ทารกได้อยู่ในห้องเดียวกันกับมารดา เพื่อให้มีการสัมผัสระหว่างมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่หลังคลอด ซึ่งจะช่วยลดอัตราและระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง และการเลี้ยงลูกด้วยตนเองอีกด้วย[8,18]

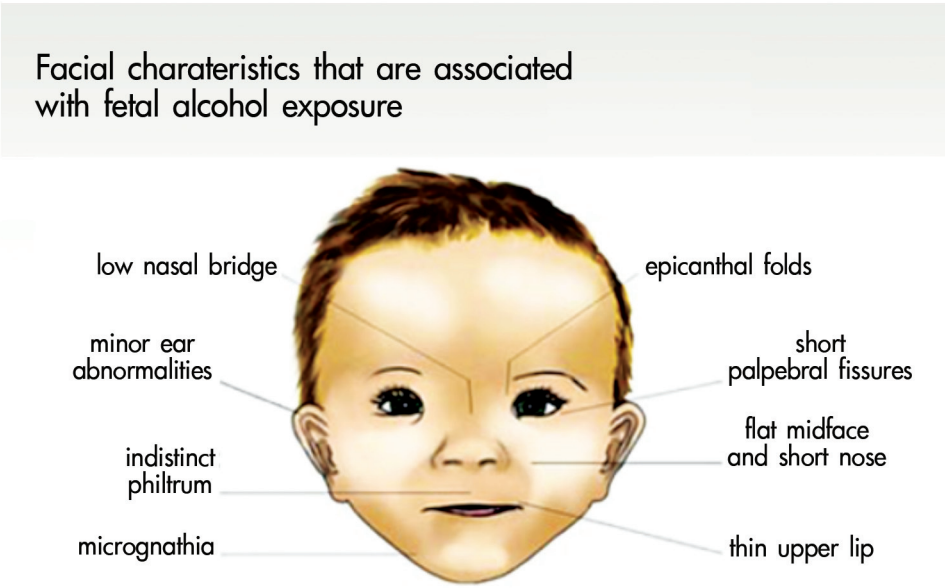
- **การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดสุรา (Neonatal abstinence syndrome)** ภาวะขาดสุราในทารกแรกเกิดอาจจะเกิดขึ้นได้หากมารดาดื่มสุราเป็นประจำก่อนคลอดบุตร เนื่องจากหลังคลอดแอลกอฮอล์จากกระแสโลหิตของมารดาที่เคยผ่านรกมาสู่ทารกได้หยุดชะงักลง อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุราในทารกแรกเกิดคือ ตัวสั่น ร้องกวน ชัก ท้องอืด และอาเจียน หากสงสัยว่าทารกคนใดจะมีภาวะขาดสุราแรกเกิดก็ควรจะดูแลทารกคนนั้นอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ช่วงหลังคลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวซึ่งจัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ทารกที่มีอาการรุนแรงหรือชักอาจจะให้การรักษาด้วยยา phenobarbital[8,14]

ทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา

กลุ่มโรคในทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา เรียกว่า กลุ่มโรค Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) ประกอบด้วยโรคหรือภาวะต่างๆ สี่ภาวะ ได้แก่ Fetal Alcohol Syndrome (FAS), partial FAS (pFAS), Alcohol-Related Birth Defects (ARBD) และ Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)

- **FAS** เป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดในกลุ่มโรค FASD นี้ ทารกที่เป็นโรคนี้จะมีลักษณะดังนี้ คือ
  - มีใบหน้าที่มีรูปร่างผิดปกติที่เป็นลักษณะเฉพาะ คือ ร่องเหนือฝีปากบนเรียบ (smooth philtrum) ริมฝีปากบนบาง คางเล็ก จมูกแบน ดั้งจมูกต่ำ ความยาวระหว่างหัวตากับหางตาสั้น (short palpebral fissures) (ภาพที่ 13.1)
  - มีการเจริญเติบโตบกพร่องทั้งในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด (prenatal and postnatal growth deficits)
  - มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (ทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงาน) และความผิดปกติของพฤติกรรม
- **Partial FAS** คือคนที่มีอาการและอาการแสดงของ FAS แต่มีลักษณะไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค FAS จึงไม่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น FAS อย่างไรก็ตาม คนที่เป็น pFAS จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ การบริการทางสังคมและการดูแลอื่นๆ
- **ARBD และ ARND** คำว่า “alcohol-related birth defects” (ARBD) หมายถึง “ลักษณะผิดปกติทางกายภาพที่เป็นผลจากการสัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา”[19] ส่วนคำว่า “alcohol-related neurodevelopmental disorder” (ARND) ใช้สำหรับคนที่มีประวัติชัดเจนว่าสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาและมีความผิดปกติของพัฒนาการของระบบประสาท และ/หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือสติปัญญาซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อมอย่างอื่น[20,21] เนื่องจากคนที่เป็น ARND จะไม่มีลักษณะทางร่างกายที่แสดงถึงการสัมผัสกับแอลกอฮอล์ในระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา จึงทำให้สังเกตได้ยาก และวินิจฉัยแยกจากคนที่มีพัฒนาการผิดปกติจากสาเหตุอื่นๆ ได้ยากเช่นกัน[2]

นอกจากนี้ยังมีคำว่า “Fetal Alcohol Effects” (FAE) ซึ่งหมายถึงภาวะที่เกิดขึ้นในทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดาแต่มีลักษณะไม่ครบตามหลักเกณฑ์ของ FAS[23] เนื่องจากคำนี้มีความหมายกว้างและถูกใช้มากเกินไปโดยคนทั่วไป ทั้งที่เป็นบุคลากรสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องการให้ผู้ป่วย ลูกค้า หรือบุตรหลานของตนได้รับบริการ[21,24] จึงมีผู้เสนอว่าไม่ควรใช้คำๆ นี้ในเอกสารทางวิชาการหรือในสถานบริการทางสุขภาพ[19,24]



ภาพที่ 13.1 รูปใบหน้าที่เป็นลักษณะเฉพาะของทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา

คัดมาจาก National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol spectrum disorders: understanding the effects of prenatal alcohol exposure. Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2011.[22]

ความชุกของ Fetal alcohol spectrum disorders

การศึกษาแบบมหวิเคราะห์ชิ้นหนึ่งเพื่อหาความชุกของ FAS และความชุกของ FASD ในเด็กที่อยู่ในระบบสงเคราะห์ดูแลเด็กทั้งหมด เช่น สถานเลี้ยงเด็กกำพร้า บ้านอุปถัมภ์ และสถานสงเคราะห์เด็ก ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก 8 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา บราซิล รัสเซีย สวีเดน ชิลี แคนาดา เสปน และอิสราเอล พบว่า เมื่อใช้วิธี active case ascertainment ความชุกของ FAS เท่ากับร้อยละ 6 (95% CI: 3.8, 8.5) และความชุกของ FASD เท่ากับร้อยละ 16.9 (95% CI: 10.9, 23.8) ผลการศึกษานี้แสดงว่าประชากรเด็กที่อยู่ในระบบสงเคราะห์ดูแลเด็กในประเทศต่างๆ เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงของการมีกลุ่มโรค FASD การคัดกรองในประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เด็กที่มีภาวะดังกล่าวได้การดูแลรักษาตั้งแต่ยังเล็กอยู่ ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรคเมื่อเติบโตมากขึ้นได้[25]

ในประเทศสหรัฐอเมริกาความชุกของ FAS ประมาณเท่ากับ 0.5 ถึง 7.0 คนต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 คน และทารกแรกเกิดประมาณร้อยละ 1 มีภาวะ FASD[26] อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคนี้ยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ทั้งนี้ เพราะการวินิจฉัยแยกจากโรคพัฒนาการผิดปกติอื่นๆ เช่น Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ทำได้ยาก เนื่องจากทั้งสองโรคมีอาการทางพฤติกรรมหลายอย่างคล้ายคลึงกัน

ผู้หญิงไทยในปัจจุบันดื่มสุรามากขึ้น[27] ผู้หญิงส่วนหนึ่งตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนมาก่อน และผู้หญิงบางคนก็ไม่ทราบว่าตนเองได้ตั้งครรภ์แล้วจนกระทั่งมีอายุครรภ์มาก ดังนั้นผู้หญิงที่ดื่มสุรามาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์บางคนจึงอาจจะยังดื่มสุราต่อไปในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสจะสัมผัสกับแอลกอฮอล์ได้ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิและในระหว่างไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

การสำรวจในหญิงตั้งครรภช่วงไตรมาสที่สาม 773 คนที่คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 18 ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งหน่วยมาตรฐานในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 12 หยุดดื่มเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ แต่ร้อยละ 6 ยังคงดื่มต่อไปจนถึงปัจจุบัน[28] นอกจากนี้ในโครงการศึกษาของผู้นิพนธ์และคณะในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบันที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่าง 2,510 คน (ประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของโรงพยาบาลที่ศึกษาประมาณร้อยละ 5.1 (95% CI: 4.31, 6.08) ดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์[29] ผลการศึกษาจากสองโครงการนี้บ่งว่าปัญหาการดื่มสุราในระหว่างการตั้งครรภ์และการเกิด FASD มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งในประเทศไทยในอนาคต

ปัจจัยเสี่ยงของโรค FASD

คนมักจะเข้าใจผิดว่าการเป็นกลุ่มโรค FASD สัมพันธ์กับพื้นฐานทางเชื้อชาติวัฒนธรรม แต่ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการสัมผัสกับแอลกอออล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาได้แก่ มารดามีอายุมากตอนตั้งครรภ์และมีการศึกษาน้อย มารดาใช้โคเคนและยาสูบระหว่างตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลเด็ก เศรษฐฐานะต่ำ บิดาดื่มสุรา เข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างและหลังตั้งครรภ์ได้น้อย ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ส่งเสริมพัฒนาการ เช่น มีความเครียดสูง ถูกกระทำรุนแรง หรือถูกปล่อยปละละเลย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังไม่การศึกษาขนาดใหญ่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ จึงยังไม่สามารถบอกขนาดที่แม่นยำของอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดได้ แต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของกลุ่มโรค FASD คือการมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง ซึ่งขึ้นอยู่กับ ช่วงเวลาที่ทารกสัมผัสกับแอลกอฮอล์ในระยะของพัฒนาการ แบบแผนการดื่มสุราของมารดาและความถี่ของการดื่ม ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถบอกได้ว่าดื่มมากน้อยเท่าไรจึงจะทำให้เกิดกลุ่มโรคนี้ แต่

ข้อมูลต่างๆ ก็บ่งชี้ว่าความเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางตรงกับปริมาณแอลกอออล์ที่มารดาดื่มขณะตั้งครรภ์ (dose-response relationship)[20]

การวินิจฉัยโรค Fetal Alcohol Syndrome (FAS)

การวินิจฉัยโรค FAS ที่แม่นยำจะช่วยให้เด็กที่มีภาวะดังกล่าวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และลดความเข้าใจผิดและความวิตกกังวลของมารดาและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยภาวะนี้เป็นงานที่ยาก ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญของแพทย์และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยโรค FAS และโรคในกลุ่ม FASD ออกมาหลายฉบับ ตัวอย่างเช่น แนวทางการวินิจฉัยโรค FASD ของประเทศแคนาดา[20] และแนวทางการวินิจฉัยโรค FAS ของประเทศเยอรมัน[30,31] การค้นหาเด็กที่น่าจะมี FASD และให้การดูแลช่วยเหลือกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยตั้งแต่อายุน้อย จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ในอนาคตลงได้ การศึกษาในผู้ป่วยที่เป็น Fetal Alcohol Syndrome (FAS) และ Fetal Alcohol Effects (FAE) แสดงว่า หากให้การวินิจฉัยและการเลี้ยงดูเด็กที่เป็น FAS และ FAE ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปีจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ถึง 2-4 เท่า[7] นักวิจัยทางการแพทย์จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิธีการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะนี้เป็นอย่างมาก

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มโรค FASD ของประเทศแคแนดา[20]

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค FAS หลังจากตัดการวินิจฉัยโรคอื่นออกไปแล้ว ประกอบด้วย

1. พบหลักฐานของการมีการเจริญเติบโตผิดปกติก่อนหรือหลังคลอด ซึ่งแสดงออกโดยมีข้อต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ
   1) น้ำหนักตัวหรือความยาวของทารกแรกคลอดเท่ากับหรือต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ของทารกที่อายุครรภ์เท่ากัน
   2) ความสูงหรือน้ำหนักตัวเท่ากับหรือต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ของทารกวัยเดียวกัน
   3) อัตราส่วนของน้ำหนักตัวต่อความสูงไม่เหมาะสม (เท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10)
2. พบลักษณะผิดปกติบนใบหน้าทั้งสามข้อต่อไปนี้พร้อมกัน ณ อายุใดก็ได้
   1) ความยาวระหว่างหัวตากับหางตาสั้น (ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 2 หรือมากกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2) ร่องเหนือริมฝีปากบนเรียบหรือแบน (ระดับ 4 หรือ 5 ของ lip-philtrum guide) (lip-philtrum guide เป็นมาตรวัดระดับความเรียบของร่องบนริมฝีปากและความบางของริมฝีปากบน แสดงเป็นรูปภาพ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ระดับ 1 คือมีร่องลึกและริมฝีปากบนหนา และระดับ 5 คือร่องแบนเรียบและริมฝีปากบนบาง ระดับความลึกของร่องและความหนาของริมฝีปากไม่สัมพันธ์กัน คนที่มีร่องแบนเรียบระดับ 5 อาจจะมีริมฝีปากบนหนาระดับ 1 ก็ได้)

3) ริมฝีปากบนบาง (ระดับ 4 หรือ 5 ของ lip-philtrum guide)

3. พบหลักฐานว่ามีความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลางอย่างน้อยสามข้อต่อไปนี้ hard and soft neurologic signs โครงสร้างของสมอง (brain structure) การนึกคิดและเข้าใจ (cognition) การสื่อสาร ผลการเรียน ความจำ ความสามารถในการวางแผนต่างๆ (executive functioning) และการให้เหตุผลทางนามธรรม (abstract reasoning) สมาธิบกพร่องหรือซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (attention deficit/hyperactivity) พฤติกรรมการปรับตัว (adaptive behavior) ทักษะสังคม และการสื่อสารกับสังคม
4. มีหลักฐานยืนยัน (หรือไม่ยืนยัน) ว่าสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค pFAS หลังจากตัดการวินิจฉัยโรคอื่นออกไปแล้ว ประกอบด้วย

1. พบลักษณะผิดปกติบนใบหน้าสองในสามข้อต่อไปนี้ ณ อายุใดก็ได้
   1) ความยาวระหว่างหัวตากับหางตาสั้น (ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 2 หรือมากกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
   2) ร่องเหนือริมฝีปากบนเรียบหรือแบน (ระดับ 4 หรือ 5 ของ lip-philtrum guide)
   3) ริมฝีปากบนบาง (ระดับ 4 หรือ 5 ของ lip-philtrum guide)
2. พบหลักฐานว่ามีความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลางอย่างน้อยสามข้อต่อไปนี้ hard and soft neurologic signs โครงสร้างของสมอง (brain structure) การนึกคิดและเข้าใจ (cognition) การสื่อสาร ผลการเรียน ความจำ ความสามารถในการวางแผนต่างๆ (executive functioning) และการให้เหตุผลทางนามธรรม (abstract reasoning) สมาธิบกพร่องหรือซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (attention deficit/hyperactivity) พฤติกรรมการปรับตัว (adaptive behavior) ทักษะสังคม และการสื่อสารกับสังคม
3. มีหลักฐานยืนยันว่าสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค ARND หลังจากตัดการวินิจฉัยโรคอื่นออกไปแล้ว ประกอบด้วย

1. พบหลักฐานว่ามีความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลางอย่างน้อยสามข้อต่อไปนี้ hard and soft neurologic signs โครงสร้างของสมอง (brain structure) การนึกคิดและเข้าใจ (cognition) การสื่อสาร ผลการเรียน ความจำ ความสามารถในการวางแผนต่างๆ (executive functioning) และการให้เหตุผลทางนามธรรม (abstract reasoning) สมาธิบกพร่องหรือซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (attention deficit/hyperactivity) พฤติกรรมการปรับตัว (adaptive behavior) ทักษะสังคม และการสื่อสารกับสังคม
2. มีหลักฐานยืนยันว่าสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา

ข้อแนะนำในการวินิจฉัยโรค FAS ของประเทศเยอรมัน[30,31]

ข้อแนะนำที่ 1: ในการวินิจฉัยโรค FAS จะต้องพบความผิดปกติทั้งสี่ด้านต่อไปนี้ในคนๆ นั้น

1. การเจริญเติบโตบกพร่อง
2. ลักษณะบนใบหน้าที่เป็นลักษณะเฉพาะ
3. ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง
4. มีหลักฐานยืนยัน (หรือไม่ยืนยัน) ว่าสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา

ข้อแนะนำที่ 2: ในการวินิจฉัยภาวะ “การเจริญเติบโตบกพร่อง” จะต้องพบความผิดปกติต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อในคนๆ นั้น ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับอายุครรภ์ตอนคลอด อายุและเพศ และได้ถูกบันทึกไว้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

1. น้ำหนักตัวแรกคลอด หรือน้ำหนักตัวน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10
2. ความยาวตัวแรกคลอด หรือความสูงน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10
3. ดัชนีมวลกายน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10

ข้อแนะนำที่ 3: ในการวินิจฉัย “ลักษณะบนใบหน้า” จะต้องพบความผิดปกติต่อไปนี้ทั้งสามข้อพร้อมกันในคนๆ นั้น ณ อายุใดก็ได้

1. ความยาวระหว่างหัวตากับหางตาสั้น (น้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3)
2. ร่องเหนือริมฝีปากบนเรียบหรือแบน (ระดับ 4 หรือ 5 ของ lip-philtrum guide)
3. ริมฝีปากบนบาง (ระดับ 4 หรือ 5 ของ lip-philtrum guide)

ข้อแนะนำที่ 4: ในการวินิจฉัย “ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง” จะต้องพบความผิดปกติต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อในคนๆ นั้น ณ อายุใดก็ได้

1. ความผิดปกติทางหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง (Functional abnormalities)
2. ความผิดปกติทางโครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง (Structural abnormalities)

ข้อแนะนำที่ 5: สำหรับหลักเกณฑ์ของ “ความผิดปกติทางการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง” จะต้องพบความบกพร่องต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อในคนๆ นั้น ซึ่งไม่เหมาะสมกับอายุ และไม่สามารถอธิบายได้ด้วยพื้นฐานทางครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคม

1. มีความบกพร่องของสติปัญญาโดยรวม (Global intellectual deficit) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างน้อยสองเท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมีพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจนในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี (วัดโดยเครื่องมือทดสอบมาตรฐานแล้วพบว่าพัฒนาการล่าช้ากว่าค่าเฉลี่ยอย่างน้อยสองเท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. มีความสามารถต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างน้อยสองเท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในอย่างน้อยสามด้าน หรืออย่างน้อยสองด้านร่วมกับมีโรคลมชัก
   - ภาษาและหรือการพูด
   - การเคลื่อนไหวอย่างละเอียด (Fine motor functions)
   - Spatial-visual perception or spatial-constructive skills
   - ทักษะการจำและการเรียนรู้
   - Executive functions
   - ทักษะในการคำนวณ
   - สมาธิ
   - ทักษะและพฤติกรรมสังคม

ข้อแนะนำที่ 6: สำหรับหลักเกณฑ์ของ “ความผิดปกติทางโครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง” จะต้องพบความผิดปกติใดๆ ต่อไปนี้ในคนๆ นั้น ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับอายุครรภ์ตอนคลอด อายุและเพศ และได้ถูกบันทึกไว้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

สมองเล็ก (Microcephaly) เท่ากับหรือต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 หรือเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 ก็ได้ (เนื่องจากคณะทำข้อแนะนำไม่สามารถได้ข้อตกลงว่าควรเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 หรือ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 จึงใช้ทั้งสองค่า)

ข้อแนะนำที่ 7: หากพบความผิดปกติตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยครบสามด้าน แต่ไม่พบหลักฐานยืนยันว่ามารดาดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ ก็ควรให้การวินิจฉัยว่าคนๆ นั้นเป็น FAS

การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มโรค FASD

จากหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในกลุ่ม FASD จะเห็นว่าต้องอาศัยประวัติและการตรวจลักษณะรูปร่างหน้าตา และการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเป็นหลักใหญ่ ทำให้การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้อย่างแน่นอนอาจจะทำได้ค่อนข้างยาก คนที่เป็นโรคในกลุ่มนี้เพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีหน้าตาที่บ่งถึงพยาธิสภาพเฉพาะ (pathognomonic) ของคนเป็นกลุ่มโรคนี้ และยังมีลักษณะผิดปกติหรือโรคอื่นๆ อีกหลายโรคที่เกิดจากการสัมผัสกับแอลกอฮอล์ในระดับต่างๆ ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา[32] นอกจากนี้เด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD อาจจะมีโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ ร่วมด้วยที่ทำให้มีพัฒนาการล่าช้าหรือมีความบกพร่องของสติปัญญา จึงยิ่งทำให้การวินิจฉัยโรคในกลุ่ม FASD ทำได้ยากยิ่งขึ้นไปอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาตัวชี้วัดทางชีวภาพ หรือตรวจทางพันธุกรรมได้[33] นักวิจัยประมาณว่าเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD ร้อยละ 70 ถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD)[22]

กลุ่มโรคในเด็กที่มีลักษณะหน้าตาและพฤติกรรมคล้ายคลึงกับกลุ่มโรค FASD ได้แก่[33]

1. ร่องบนริมฝีปากบนแบนเรียบหรือยาว อาจจะพบได้ในโรคต่อไปนี้

Aarskog syndrome (faciodigitogenital), Cornellia DeLange syndrome, Fetal valproate syndrome, Floating harbor syndrome, Noonan's syndrome, Opitz syndrome, Toluene embryopathy และ Williams syndrome

2. ความยาวระหว่างหัวตากับหางตาสั้น อาจจะพบได้ในโรคต่อไปนี้

15q duplication sequence, Campomellic dysplasia, CATCH 22 Syndrome (DiGeorge Syndrome + Velocardiofacial Syndrome), Dubowitz syndrome, Oculodentodigital syndrome Opitz syndrome, Toluene embryopathy, Trisomy 18 syndrome และ Williams syndrome

3. ริมฝีปากบนบาง อาจจะพบได้ในโรคต่อไปนี้

Fetal valproate syndrome, FG syndrome, Geleophysic dysplasia, Maternal PKU fetal effects, Miller Dieker syndrome และ Toluene embryopathy

4. รูปร่างหน้าตาผิดปกติแบบอื่น อาจจะพบได้ในโรค Fetal hydantoin syndrome (Fetal dilantin syndrome)

5. พฤติกรรมผิดปกติ อาจจะพบได้ในโรคต่อไปนี้

Attention deficit hyperactivity (ADHD), Learning disabilities (Reading disorder, Disorder of written expression, Math disability), Oppositional defiant disorder และ conduct disorder

(รายละเอียดเกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มโรคทั้งหมดนี้อยู่นอกเหนือขอบเขตของหนังสือเล่มนี้ จึงมิได้กล่าวถึง ผู้สนใจสามารถหาอ่านได้จาก Leibson T, Neuman G, Chudley A, Koren G. The Differential Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorder. J Popul Ther Clin Pharmacol 2014; 21:e1-30.)

กระบวนการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค FASD

กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรค FASD ประกอบด้วย การคัดกรองจากประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกไป การประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท พัฒนาการและลักษณะพฤติกรรม การติดตามดูแลรักษา การส่งต่อเพื่อไปพบผู้เชี่ยวชาญ การประสานกับชุมชน โรงเรียน หรือหน่วยงานที่สามารถให้การดูแลเด็กเหล่านี้ได้ เนื่องจากโรคในกลุ่มนี้ประกอบด้วยความผิดปกติหลายด้าน การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทีมสหวิชาชีพนี้อาจจะประกอบด้วยผู้รับผิดชอบหลักหนึ่งคนซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ประสานผู้เกี่ยวข้องและติดตามดูแลผู้ป่วย (case manager) แพทย์ที่ได้รับการฝึกหัดวิธีวินิจฉัยโรคนี้มาโดยเฉพาะ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และนักฝึกพูด นอกจากนี้อาจจะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น นักให้การปรึกษาทางด้านการเสพติด เจ้าหน้าที่ดูแลเด็ก ล่ามวัฒนธรรม บุคลากรสุขภาพจิต พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ นักพันธุศาสตร์ และนักบำบัดครอบครัว เป็นต้น บุคลากรเหล่านี้ควรได้รับการฝึกหัดให้เข้าใจวิธีการดูแลเด็กที่เป็นโรคนี้และครอบครัว รวมทั้งการส่งต่อเพื่อไปพบผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานอื่นที่สามารถให้การดูแลเด็กเหล่านี้ได้ และมีความไวเพียงพอที่จะรู้ถึงความจำเป็นและความต้องการของเด็กและครอบครัว บุคลากรและครอบครัวต้องตระหนักว่าการวินิจฉัยว่าเด็กคนใดเป็นโรคในกลุ่มนี้อาจจะมีผลกระทบทางจิตใจและสังคมตามมา เช่น ความรู้สึกผิดหรือโกรธ เสียใจของมารดาผู้ให้กำเนิด หรือเป็นตราบาปกับเด็ก ดังนั้น บุคลากรผู้เกี่ยวข้องและครอบครัวจำเป็นต้องรักษาข้อมูลต่างๆ ในกระบวนการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาเป็นความลับ และเก็บรักษาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี เช่น สูติบัตร บันทึกการฝากครรภ์ เวชระเบียน บัตรบริการทางสังคมหรือการได้รับบริการต่างๆ ผลการเรียน ผลการทดสอบพัฒนาการและสติปัญญา เป็นต้น[20]

โรคในกลุ่ม FASD นี้เป็นโรคที่ป้องกันได้อย่างสมบูรณ์หากมารดาไม่ดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ หรือลดความรุนแรงลงได้หากเด็กได้รับการวินิจฉัยเร็ว ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดทุกคนควรได้รับการคัดกรองเรื่องการดื่มสุราด้วยเครื่องมือคัดกรองที่แม่นยำ เช่น T-ACE หรือ TWEAK ผู้ที่มีความเสี่ยงควรได้รับการบำบัดแบบย่อหรือการดูแลรักษาให้เลิกดื่มสุรา หากพบทารกที่น่าสงสัยว่าจะมีโรคในกลุ่ม FASD เช่น มีลักษณะบนใบหน้าครบทั้งสามข้อ มีประวัติการสัมผัสกับแอลกอออล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาร่วมกับมีปัญหาพัฒนาการ หรือความผิดปกติด้านการทำหน้าที่และโครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง ทารกเหล่านี้ควรได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการตรวจวินิจฉัยยืนยันและการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

นักวิชาการของประเทศแคนาดาได้พัฒนาชุดเครื่องมือคัดกรองกลุ่มโรค FASD ขึ้นมา ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองห้าชนิดสำหรับใช้ในประชากรกลุ่มต่างๆ[34] ได้แก่

- การคัดกรอง fatty acid ethyl esters ในขี้เทาของทารกแรกเกิด (neonatal meconium) โดยทั่วไป ขี้เทาจะถูกเริ่มต้นสร้างตั้งแต่อายุครรภ์ประมาณ 12-14 สัปดาห์ เมื่อทารกกลืนน้ำคร่ำที่มีแอลกอฮอล์เข้าไป fatty acid esters (FAEEs) ซึ่งเป็น fatty acids สังเคราะห์จากเอทานอลก็จะปรากฏในขี้เทาของทารก FAEEs เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของการสัมผัสแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาที่มีความไวและความจำเพาะสูง คุ้มทุน และทำได้ไม่ยากมาก สามารถใช้เป็นการคัดกรองแบบครอบจักรวาลได้ บอกถึงการสัมผัสแอลกอฮอล์ได้ทั้งในมารดาและทารก สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำรวจข้อมูลความชุกในพื้นที่ได้ ระดับ FAEEs ในขี้เทาที่สูงกว่า 2 nmol/g บ่งว่าทารกได้รับแอลกอฮอล์ปริมาณสูงระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ข้อจำกัดของการตรวจ FAEEs ในขี้เทาของทารกคือ ต้องเก็บขี้เทามาตรวจภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด และหากทารกได้รับแอลกอฮอล์ในช่วงไตรมาสแรกเท่านั้นก็จะไม่สามารถตรวจพบ นอกจากนั้นอาจจะมีปัญหาเชิงจริยธรรมหากมารดาไม่ยินยอมให้ตรวจ[35,36]
- Modified Child Behaviour Checklist (CBCL) เครื่องมือนี้ไม่สามารถคัดแยกโรค FASD ออกจากโรคอื่นๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรมและพัฒนาการได้ อย่างไรก็ตาม เด็กที่เป็น FASD มีลักษณะพฤติกรรมเจ็ดประการที่ค่อนข้างเป็นลักษณะเฉพาะ สามารถใช้แยกจากเด็กที่เป็น ADHD ได้ คือ แสดงกิริยาท่าทางเด็กกว่าวัยมาก ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อ ไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ดื้อเวลาอยู่ในบ้าน ไม่รู้สึกผิดเวลาที่ประพฤติไม่ดี หุนหันพลันแล่นหรือทำอะไรโดยไม่คิดไตร่ตรอง และโกหกหลอกลวง นักวิชาการจึงใช้ลักษณะดังกล่าวมาดัดแปลง CBCL ต้นฉบับเป็น CBCL ฉบับดัดแปลงและทดสอบการใช้ในเด็กอายุ 6-16 ปี เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย และราคาถูก สามารถใช้โดยบุคลากรที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์หรือพ่อแม่หลังจากได้รับการฝึกหัด ใช้แยกระหว่างเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและซุกซนมากที่เป็น FASD กับที่ไม่ใช่ FASD ได้ดีระดับหนึ่ง และเหมาะสำหรับใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบครอบจักรวาล สามารถใช้ได้ในเด็กอายุ 6-18 ปี[34]

- Medicine Wheel tool เครื่องมือนี้ถูกเริ่มต้นพัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้ในชุมชนคนพื้นเมือง Elsipogtog Mi'gmag First Nations community ใน New Brunswick ของประเทศแคนาดา โดยใช้กรอบแนวคิดของ Medicine Wheel framework ซึ่งได้มากจากการแพทย์ดั้งเดิมผสมผสานกับวิธีการวัดทางวิทยาศาสตร์ เพื่อใช้สำหรับการคัดกรองในโรงเรียน ในชุดเครื่องมือนี้ประกอบด้วยแบบคำถามสำหรับครู และแบบสัมภาษณ์พ่อแม่ เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายและราคาถูกเช่นกัน เหมาะสำหรับเด็กอายุ 4-14 ปี แต่ไม่สามารถใช้กับเด็กระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเด็กโตได้
- Asante Centre Probation Officer Tool ประชากรเยาวชนในระบบยุติธรรมจำนวนมากที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD เยาวชนเหล่านี้ไม่รู้สึกผิดเมื่อกระทำผิด จึงมีการกระทำผิดซ้ำซ้อน การคัดกรองเยาวชนในระบบยุติธรรมที่เป็นโรคในกลุ่มนี้เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น แบบคัดกรองและส่งต่อ Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome Probation Officer Screening & Referral Form เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายและเร็ว ใช้เวลาเพียง 2-3 นาที สามารถทำได้โดยเจ้าพนักงานส่วนหน้าของระบบยุติธรรมที่ได้รับการฝึกหัดมาก่อน[34]
- การคัดกรองประวัติการใช้สุราและสารเสพติดในมารดา มารดาที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสสูงที่จะดื่มสุราด้วย และเด็กที่เกิดจากมารดาที่ดื่มสุราก็มีโอกาสสูงที่จะสัมผัสแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา หากพบว่ามารดามีประวัติดื่มสุราก็จะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กได้ แต่ก็อาจมีผลให้เกิดตราบาปและการแยกตัวจากสังคมได้ ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของมารดาอาจจะได้จากมารดาโดยตรงหรือจากเพื่อน ญาติ หรือคนอื่นในชุมชนก็ได้ ความยากง่ายของการคัดกรองวิธีนี้จึงขึ้นกับบุคคลผู้ให้ข้อมูล และบุคลากรที่เป็นผู้คัดกรอง[34]

นอกจากชุดเครื่องมือของประเทศแคนาดานี้แล้ว ยังมีการพัฒนาเครื่องมือหรือตัวชี้วัดทางชีวภาพอื่นๆ สำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มโรค FASD เช่น การตรวจ micro-RNA และโปรตีนชนิดอื่น การตรวจ phosphatidylethanol (PEth) ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการเมตาบอลิซึมแอลกอฮอล์อีกตัวหนึ่ง ตรวจพบได้ในเลือดของทารกที่มารดาดื่มสุรามากในระหว่างตั้งครรภ์[22,37] และชุดทดสอบระดับสติปัญญาและพัฒนาการ ซึ่งประกอบด้วยการทดสอบความสามารถด้านต่างๆ เช่น ความจำ digit span, visual-motor integration และการเชื่อมโยงคำ เป็นต้น[38] นอกจากนั้น นักวิจัยยังได้พัฒนาวิธีคัดกรองโรค FAS ด้วยการถ่ายภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) และการใช้คอมพิวเตอร์ช่วย โดยการถ่ายภาพใบหน้าของเด็กที่เป็น FAS และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (FAS Facial Photographic Analysis Software) วัดช่องระหว่างเปลือกตาและร่องบนริมฝีปากบน วิธีการคัดกรองแบบนี้หากสามารถพัฒนาให้มีความแม่นยำมากขึ้น ก็จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการคัดกรองโรค FAS ในพื้นที่ห่างไกลหรือในที่ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคนี้ เพราะสามารถถ่ายรูปใบหน้าเด็กที่น่าสงสัยว่าจะมีโรค FAS แล้วส่งมายังศูนย์ที่มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ดังกล่าวเพื่อการวินิจฉัยได้[39-41]

การดูแลรักษาเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD

พ่อแม่มักมีปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กที่เป็น FASD เพราะนอกจากเด็กจะมีปัญหาด้านความจำและการเรียนรู้แล้ว เด็กเหล่านี้ยังมักมีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหว การหยิบจับสิ่งของ การมอง การประสานกล้ามเนื้อ และสมาธิอีกด้วย ทำให้เด็กเหล่านี้มีปัญหาพฤติกรรม การเรียนและปัญหาสังคม ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้นโดยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม[42] สิ่งสำคัญคือพ่อแม่ต้องทราบว่าการที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้เป็นเพราะเด็กได้รับแอลกอออล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ไม่ได้เป็นเพราะว่าเด็กจงใจดื้อรั้น การดูแลช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD จึงเป็นการช่วยทั้งพ่อแม่และเด็กให้สามารถดำเนินชีวิตได้ดียิ่งขึ้น

มาตรการดูแลช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม FASD ประกอบด้วย

- กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มหรือเครือข่ายให้การช่วยเหลือมักช่วยให้พ่อแม่แยกระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ตั้งใจกับการจงใจดื้อรั้นต่อต้านของเด็ก และช่วยให้คำแนะนำพ่อแม่หรือคนเลี้ยงให้เข้าใจวิธีการเลี้ยงดูเด็กเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้น[43]
- การจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยการจัดให้มีของเล่นเสริมพัฒนาการสำหรับทารก การให้เด็กเข้ากลุ่มกับเด็กอื่น การฝึกทักษะการเรียนรู้ทางพฤติกรรม และการเคลื่อนไหว จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรม ปัญหาสังคมและปัญหาการเรียนรู้ในเด็กเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22]
- การดูแลช่วยเหลือในโรงเรียน การบำบัดในโรงเรียนจะช่วยฝึกทักษะหลายด้านให้กับเด็ก เช่น การตระหนักรู้ตนเอง การควบคุมตนเอง ทักษะสังคม ทักษะด้านภาษา การอ่านเขียน และการคำนวณ การบำบัดยังช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กในห้องเรียนและอาจจะช่วยเรื่องผลการเรียนให้ดีขึ้นอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กซึ่งสมองยังเจริญเติบโตได้มาก[43]
- การให้อาหารเสริม การศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการให้สารอาหารเสริมบางชนิด เช่น สังกะสี โฟเลต และ choline อาจจะช่วยป้องกันทารกในครรภ์จากผลของแอลกอฮอล์ได้[44]

สรุป การสัมผัสแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาทำให้เกิดผลกระทบรุนแรงกับทารกและครอบครัว จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก เพราะเป็นปัญหาที่เกิดกับเด็ก ครอบครัวและสังคมไปตลอดชีวิต การคัดกรองการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนาวิธีการวินิจฉัยกลุ่มโรคนี้ตั้งแต่ทารกยังอายุน้อย การดูแลช่วยเหลือทั้งกับตัวเด็ก พ่อแม่ และครอบครัว และการให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพเพื่อให้รู้จักการคัดกรอง วินิจฉัยและดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้ จะช่วยป้องกันและลดปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้สูงอายุ

ในปัจจุบัน สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในหลายๆ ประเทศรวมทั้งในประเทศไทย ในการพยากรณ์จำนวนประชากรโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 (ปี ค.ศ. 2050) ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะมีประมาณสองพันล้านคนหรือร้อยละ 21.2 ของประชากรโลกทุกช่วงอายุ[45] ในปี พ.ศ. 2557 ประชากรไทยวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีประมาณเกือบสิบล้านคนหรือร้อยละ 15 ของประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ[46] การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัญหาสุขภาพและภาระโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุในทศวรรษหน้าจะเกิดจากการดื่มสุราและการใช้ยารักษาโรคที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท[47] จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 16.6 ของประชากรวัยนี้เป็นผู้ดื่มสุรา[48] โดยทั่วไปการดื่มสุราและความชุกของโรคติดสุรามักจะลดลงตามอายุ แต่คนจำนวนหนึ่งก็อาจจะดื่มสุราต่อไปเรื่อยๆ แม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็ตาม รวมทั้งใช้ยารักษาโรคที่อาจจะเสริมฤทธิ์กับแอลกอฮอล์ เช่น ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท[49-52] ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมาซึ่งยากต่อการดูแลรักษา[53,54] สาเหตุที่พบบ่อยของการดื่มสุราในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียคู่ครอง และการเกษียณอายุการทำงานซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่และความรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นประชากรชายขอบของสังคม[55]

จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้นิพนธ์พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุหลายคนนิยมดื่มสุราในตอนเย็นระหว่างรับประทานอาหาร โดยให้เหตุผลว่าเพื่อให้เจริญอาหาร ช่วยให้ผ่อนคลายและหลับสบาย หรือดื่มเพื่อสังคม ถึงแม้จะมีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยว่าการดื่มสุราปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้สูงอายุ (ประมาณ 1-2 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน) อาจจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพบ้าง เช่นช่วยลดความเสี่ยงของการสูญเสียมวลกระดูก[56] ภาวะบกพร่องของ cognitive function[57] และโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจวาย stroke และ atherosclerosis[58] แต่แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพก็ควรเตือนให้ผู้สูงอายุทราบถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุราในผู้สูงอายุ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม[59] ความจำเสื่อมซึ่งมีผลต่อความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะ มะเร็ง[52] และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย[60] ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายตามวัย การสัมผัสกับแอลกอฮอล์เป็นเวลานานกว่า และการมีปัญหาสุขภาพชนิดอื่นร่วมด้วย

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุรา ประกอบด้วย

- **การคัดกรองและบำบัดแบบย่อ** จากข้อมูลความชุกของการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้สูงอายุบ่งชี้ว่า การคัดกรองการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุทุกคนเป็นสิ่งจำเป็น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองในผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ใช้ยาชนิดอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมด้วย เพิ่งมีการสูญเสียพลัดพรากเกิดขึ้น หรือเพิ่งมีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การคัดกรองสามารถทำโดยการใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น AUDIT หรือ ASSIST หรือการถามปริมาณ

และความถี่ของการดื่มแบบง่าย แล้วตามมาด้วยการให้การบำบัดแบบย่อหรือการแนะนำแบบง่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายลดหรือเลิกดื่มสุรา[61]

- **การประเมินการดื่มสุราในผู้สูงอายุ**เป็นขั้นตอนทางคลินิกที่จำเป็นเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะไม่พูดถึงการดื่มสุราหรือปัญหาสุขภาพของตนเองกับบุคลากรสุขภาพอาจจะด้วยความรู้สึกอับอายหรือกลัวถูกตำหนิ หรืออาจจะไม่คิดว่าเป็นปัญหา บุคลากรสุขภาพเองก็อาจจะมองข้ามปัญหาการดื่มสุราในผู้สูงอายุเช่นกัน การประเมินทางคลินิกควรประกอบด้วยการซักถามถึงประวัติปัญหาทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา เช่น การพลัดตกหกล้ม การใช้ยาชนิดอื่น การเพิ่มขึ้นของความรุนแรงของโรคทางกาย การถูกกระทำรุนแรงหรือทารุณกรรม การตรวจร่างกาย สภาพจิต การทำงานของระบบประสาท และความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจ ภาวะโภชนาการ การเจ็บปวดเรื้อรัง การประกอบกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเอง สภาวะทางสังคม และภาระของผู้ดูแล[14,61]
- **การรักษาภาวะขาดสุรา**ในผู้ป่วยสูงอายุควรทำด้วยความระมัดระวัง ควรให้การรักษาถอนพิษสุราในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างใกล้ชิดเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาแทรกซ้อนทางกาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสุรามักจะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่จำกัด และการมีโรคร่วม ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การขาดน้ำและสารอาหาร ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อ การให้ยาสงบอาการในผู้สูงอายุควรทำด้วยความระมัดระวัง เพราะยาที่ออกฤทธิ์นาน เช่น diazepam มักจะกดประสาทมากเกินไป เนื่องจากการทำงานของตับในการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายทำได้ช้าลง จึงควรให้ยาสงบอาการที่ออกฤทธิ์สั้นมากกว่า เช่น oxazepam หรือ loarazepam เป็นต้น และควรปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการและลักษณะทางร่างกายของผู้ป่วย
- **การรักษาโรคติดสุราในผู้สูงอายุ** หลักฐานทางวิชาการที่แสดงถึงประสิทธิภาพและวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคติดสุรายังมีจำกัด อย่างไรก็ตาม การบำบัดรักษาด้วยยาหรือและจิตสังคมบำบัดควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจ และสภาพจิตของผู้สูงอายุ[62]

ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จากความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรม ธุรกิจ และการคมนาคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สังคม ภาวะเศรษฐกิจ หรือภัยพิบัติ ทำให้มีการเดินทางไปมาหาสู่กัน หรือการอพยพย้ายถิ่นของประชาชนจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทยในปัจจุบัน จึงมีผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งอาจจะเป็นนักท่องเที่ยว แรงงานข้ามชาติ นักเรียนนักศึกษา ผู้พักอาศัยระยะยาว หรือผู้โอนสัญชาติด้วยการแต่งงาน รวมทั้งชนกลุ่มน้อยเข้ามารับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลในประเทศไทยจำนวนมาก ผู้ป่วย

เหล่านี้นอกจากจะมีความแตกต่างทางภาษา และวัฒนธรรมแล้ว อาจจะมีความเชื่อ ความเข้าใจบรรทัดฐานสังคม และวิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งแบบแผนการดื่มสุราที่แตกต่างจากผู้ป่วยไทยและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้โดยคำนึงถึงความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันจึงเป็นเรื่องสำคัญ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติเหล่านี้ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพควรตระหนักว่าอาจมีปัจจัยจำเพาะทางวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ป่วยเหล่านี้

ข้อปฏิบัติที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติหรือต่างวัฒนธรรมที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีดังนี้[63,64]

- บุคลากรสุขภาพควรตระหนักว่าผู้ป่วยต่างชาติหรือต่างวัฒนธรรมมาจากพื้นที่ต่างๆ หลากหลาย ดังนั้น ทัศนคติต่อการดื่มสุรา วิถีการดำเนินชีวิตจึงมีความแตกต่างกัน การให้เกียรติผู้ป่วย การพยายามเข้าใจและยอมรับความแตกต่างจะช่วยให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเหล่านี้และเกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา
- พยายามพูดคุยและฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้เข้าใจอาการ สาเหตุและการดำเนินโรคตามความคิดความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งข้อห้าม ตราบาป และจารีตประเพณี ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อที่ว่าโรคติดสุราเกิดจากความอ่อนแอของบุคลิกภาพหรือศีลธรรมจรรยา หรืออาการทางจิตที่เกิดขึ้นในภาวะขาดสุราเป็นผลมาจากการถูกลงโทษหรือการกระทำของวิญญาณหรืออำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเป็นชาย การดื่มสุราของผู้หญิงเป็นข้อห้ามหรือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ความเชื่อและค่านิยมเหล่านี้อาจมีผลให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่ยอมรับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์สมัยใหม่
- บุคลากรสุขภาพควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุของโรคติดสุราโดยใช้ทฤษฎีทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม เช่น การอธิบายถึงลักษณะของโรคสมองติดยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะดื่มสุราอยู่เสมอหรือดื่มในปริมาณและระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ไม่ได้เป็นผลจากความอ่อนแอทางจิตใจหรือศีลธรรมจรรยา แต่ก็ไม่ควรคัดค้านหรือตำหนิความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ควรจะอธิบายด้วยว่า การรักษาด้วยยาหรือวิธีการทางจิตสังคมเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่รบกวนสุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วย รวมทั้งผลสำเร็จของการรักษาก็ขึ้นกับผู้ป่วยเองเช่นกัน
- ผู้ป่วยบางคนอาจจะต้องการญาติ ครอบครัว เพื่อน ล่ามหรือผู้ประสานงาน หรือบุคลากรสุขภาพที่มีเชื้อชาติและวัฒนธรรมเดียวกันมาอยู่ด้วยในระหว่างการตรวจรักษา หรือให้ความคิดเห็นและช่วยในการตัดสินใจ แต่ผู้ป่วยบางคนก็อาจจะไม่ต้องการ บุคลากรสุขภาพจึงควรถามผู้ป่วยก่อนเสมอว่าต้องการเช่นไร และไม่ควรอนุมานว่าการให้ญาติหรือผู้ดูแลที่มีเชื้อชาติและวัฒนธรรมเดียวกันมาอยู่ด้วยเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคน

- บุคลากรสุขภาพควรมีความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม คำพูดและท่าทีบางอย่างอาจจะถูกมองว่าเป็นการไม่ให้เกียรติหรือเป็นกิริยาที่ไม่สุภาพและไม่เหมาะสมในวัฒนธรรมของผู้ป่วยคนนั้น เช่น การสบตา การสัมผัสร่างกายโดยเพศตรงข้าม หรือการเปิดเผยเนื้อตัวของผู้หญิง ในกรณีเช่นนี้ การจัดบุคลากรสุขภาพเพศเดียวกันเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคนนั้นจะช่วยให้เกิดความร่วมมือเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัญหาจากการดื่มสุราในประชากรกลุ่มเฉพาะเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญและน่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยในปัจจุบัน แต่บุคลากรสุขภาพอาจจะมองข้ามไป การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับขนาดของปัญหาจากการดื่มสุราและวิธีการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนางานบริการทางคลินิกที่เหมาะสมสำหรับประชากรเหล่านี้จึงยังมีน้อยในประเทศไทย ผู้นิพนธ์มองเห็นโอกาสพัฒนาสำหรับงานด้านนี้ในประเทศไทย ดังนี้

- จากผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการศึกษาความชุกและวิธีคัดกรองการใช้สุรา ยาสูบและสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา ผู้นิพนธ์และคณะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 5 ดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์และร้อยละ 30 มีปัญหาสุขภาพจิต ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การคัดกรองการดื่มสุรา การใช้สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์เป็นงานบริการที่สำคัญที่ควรจะพัฒนาให้เกิดขึ้นในคลินิกฝากครรภ์ทุกแห่งของสถานพยาบาลในประเทศไทย รวมทั้งพัฒนาวิธีการคัดกรองแบบง่าย การบำบัดแบบย่อ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด หรือมีปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระยะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังคลอด และการดูแลทารกแรกคลอด เพื่อเอื้อให้บุคลากรสุขภาพสามารถปฏิบัติตามได้โดยง่ายในเวชปฏิบัติปกติ
- ทารกที่สัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดกลุ่มโรค fetal alcohol spectrum disorders ซึ่งถ้ารุนแรงมากถึงขั้นเป็น fetal alcohol syndrome ก็จะมีผลต่อพัฒนาการ สติปัญญา และพฤติกรรมของทารกจนเติบโตไปตลอดชีวิต ควรมีโครงการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นหญิงตั้งแต่อยู่ในโรงเรียนให้ไม่ดื่มสุรา หากวางแผนว่าจะตั้งครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ FASD หรือ FAS
- ควรมีการศึกษาระบาดวิทยาของการสัมผัสแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้วิธีทดสอบ fatty acid ethyl esters ในขี้เทาของทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่แพง มีความไวและความจำเพาะสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลขนาดของปัญหาในพื้นที่เสี่ยง สำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาต่อไป

- ดังได้กล่าวแล้วว่าหากให้การวินิจฉัยและการเลี้ยงดูเด็กที่เป็น FAS และ FAE ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปีจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ กุมารแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดและเด็กเล็กจึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการประเมินและวินิจฉัยภาวะ FAS เพื่อจะได้ค้นหาเด็กที่มีภาวะนี้ออกมาได้ตั้งแต่อายุก่อน 12 ปี และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และพัฒนาการของเด็กต่อไปในอนาคต
- บุคลากรสุขภาพควรได้รับการอบรมให้มีความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity) ตระหนักถึงการให้เกียรติและการดูแลผู้ป่วยต่างชาติด้วยความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน
- ควรมีการจัดทำและเผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยสำหรับการค้นหาและดูแลปัญหาการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด และผู้สูงอายุ โดยอาจจะแปลมาจากแนวทางเวชปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยก็ได้ พร้อมทั้งจัดประชุมอบรมเพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าวได้รับการยอมรับและใช้ในเวชปฏิบัติในประเทศไทย
- สถานพยาบาลทุกแห่งควรมีแผนปฏิบัติการ (protocol) ที่ชัดเจน สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารก ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมที่ดื่มสุรา

เอกสารอ้างอิง

1. Bailey BA, Sokol RJ. Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. Alcohol Res Health 2011;34:86-91.
2. Warren KR, Hewitt BG, Thomas JD. Fetal alcohol spectrum disorders: research challenges and opportunities. Alcohol Res Health 2011;34:4-14.
3. Henderson JA. Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. BJOG 2007;114:243-52.
4. Mennella J. Alcohol's effect on lactation. Alcohol Res Health 2001;25:230-4.
5. Bay B, Kesmodel US. Prenatal alcohol exposure - a systematic review of the effects on child motor function. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90:210-26.
6. Flak AL, Su S, Bertrand J, Denny CH, Kesmodel US, Cogswell ME. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. Alcohol Clin Exp Res 2014;38:214-26.
7. Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. J Dev Behav Pediatr 2004;25:228-38.
8. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014.
9. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. Addiction 2010;105:601-14.
10. Rubio DM, Day NL, Conigliaro J, Hanusa BH, Larkby C, McNeil M, et al. Brief motivational enhancement intervention to prevent or reduce postpartum alcohol use: a single-blinded, randomized controlled effectiveness trial. J Subst Abuse Treat 2014;46:382-9.
11. Nilsen P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. Curr Opin Obstet Gynecol 2009;21:496-500.
12. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B, et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. Obstet Gynecol 2005;105:991-8.
13. Meyer-Leu Y, Lemola S, Daeppen JB, Deriaz O, Gerber S. Association of moderate alcohol use and binge drinking during pregnancy with neonatal health. Alcohol Clin Exp Res 2011;35:1669-77.
14. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: The University of Sydney; 2009.
15. Heberlein A, Leggio L, Stichtenoth D, Hillemacher T. The treatment of alcohol and opioid dependence in pregnant women. Curr Opin Psychiatry 2012;25:559-64.

16. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. J Clin Endocrinol Metab 2005;90:1979-85.
17. Mennella JA, Pepino MY. Biphasic effects of moderate drinking on prolactin during lactation. Alcohol Clin Exp Res 2008;32:1899-908.
18. Abrahams RR, MacKay-Dunn MH, Nevmerjitskaia V, MacRae GS, Payne SP, Hodgson ZG. An evaluation of rooming-in among substance-exposed newborns in British Columbia. J Obstet Gynaecol Can 2010;32:866-71.
19. Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. Alcohol Clin Exp Res 1989;13:597-8.
20. Chudley AE, Conry J, Cook JL, Loock C, Rosales T, LeBlanc N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ 2005;172:s1-21.
21. Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. Pediatrics 2005;115:39-47.
22. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol spectrum disorders: understanding the effects of prenatal alcohol exposure. Alcohol Alert. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
23. Clarren SK, Smith DW. The fetal alcohol syndrome. N Engl J Med 1978;298:1063-7.
24. Aase JM, Jones KL, Clarren SK. Do we need the term “FAE”?. Pediatrics 1995;95:428-30.
25. Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: a meta-analysis. Pediatrics 2013;132:e980-95.
26. May PA, Gossage JP, Kalberg WO, Robinson LK, Buckley D, Manning M, et al. Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. Dev Disabil Res Rev 2009;15:176-92.
27. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. Alcohol Alcohol 2010;45:278-85.
28. อรทัย วลีวงศ์. การสำรวจความชุกของการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ในห้าพื้นที่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
29. Assanangkornchai S, Saingam D, Apakupakul N. Identification of alcohol and substance use and mental health problems among pregnant women attending antenatal care in public hospitals in Thailand. The 3rd Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research Congress; 24-27 April 2014; Shanghai, China: Chinese Association of Drug Abuse

Prevention and Treatment (CADAPT); 2014.

30. Landgraf MN, Nothacker M, Heinen F. Diagnosis of fetal alcohol syndrome (FAS): German guideline version 2013. Eur J Paediatr Neurol 2013;17:437-46.
31. Landgraf MN, Nothacker M, Kopp IB, Heinen F. The diagnosis of fetal alcohol syndrome. Dtsch Arztebl Int 2013;110:703-10.
32. Jones KL, Hoyme HE, Robinson LK, Del Campo M, Manning MA, Prewitt LM, et al. Fetal alcohol spectrum disorders: extending the range of structural defects. Am J Med Genet A 2010;152A:2731-5.
33. Leibson T, Neuman G, Chudley A, Koren G. The differential diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder. J Popul Ther Clin Pharmacol 2014;21:e1-30.
34. Goh YI, Chudley AE, Clarren SK, Koren G, Orrbine E, Rosales T, et al. Development of Canadian screening tools for fetal alcohol spectrum disorder. Can J Clin Pharmacol 2008;15:e344-66.
35. Bearer CF, Jacobson JL, Jacobson SW, Barr D, Croxford J, Molteno CD, et al. Validation of a new biomarker of fetal exposure to alcohol. J Pediatr 2003;143:463-9.
36. Gifford AE, Farkas KJ, Jackson LW, Molteno CD, Jacobson JL, Jacobson SW, et al. Assessment of benefits of a universal screen for maternal alcohol use during pregnancy. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2010;88:838-46.
37. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. Neuropsychol Rev 2011;21:73-80.
38. Kalberg W, May P, Blankenship J, Buckley D, Gossage J, Adnams M. A practical testing battery to measure neurobehavioral ability among children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. IJADR 2013;2:51-60.
39. Avner M, Henning P, Koren G, Nulman I. Validation of the facial photographic in fetal alcohol spectrum disorder screening and diagnosis. J Popul Ther Clin Pharmacol 2014; 21:e106-13.
40. Cranston ME, Mhanni AA, Marles SL, Chudley AE. Concordance of three methods for palpebral fissure length measurement in the assessment of fetal alcohol spectrum disorder. Can J Clin Pharmacol 2009;16:e234-41.
41. Memo L, Gnoato E, Caminiti S, Pichini S, Tarani L. Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. Early Hum Dev 2013;89:s40-3.
42. Paley B, O'Connor MJ. Behavioral interventions for children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. Alcohol Res Health 2011;34:64-75.

43. Bertrand J. Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): overview of findings for five innovative research projects. Res Dev Disabil 2009;30: 986-1006.
44. Idrus NM, Thomas JD. Fetal alcohol spectrum disorders: experimental treatments and strategies for intervention. Alcohol Res Health 2011;34:76-85.
45. United Nations. Profiles of aging 2013. New York, NY: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2013 [cited 2014 March 24]; Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/urban/profilesOfAgeing2013.shtml.
46. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ข้อมูลประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2557 (1 กรกฎาคม). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557 [ค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2557]; ค้นจาก: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html.
47. Wang YP, Andrade LH. Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. Curr Opin Psychiatry 2013;26:343-8.
48. กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร ปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
49. Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. Am J Geriatr Pharmacother 2006;4:380-94.
50. Culberson JW. Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 2: Screening instruments and treatment strategies. Geriatrics 2006;61:20-6.
51. Culberson JW, Ziska M. Prescription drug misuse/abuse in the elderly. Geriatrics 2008; 63:22-31.
52. Caputo F, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G, Zoli G, Bernardi M. Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. Exp Gerontol 2012;47:411-6.
53. Platt A, Sloan FA, Costanzo P. Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. J Stud Alcohol Drugs 2010;71:169-79.
54. Kaplan MS, Huguet N, Feeny D, McFarland BH, Caetano R, Bernier J, et al. Alcohol use patterns and trajectories of health-related quality of life in middle-aged and older adults: a 14-year population-based study. J Stud Alcohol Drugs 2012;73:581-90.
55. Veenstra MY, Lemmens PH, Friesema IH, Garretsen HF, Knottnerus JA, Zwietering PJ. A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. Alcohol Alcohol 2006;41:455-63.

56. Papaioannou A, Kennedy CC, Cranney A, Hawker G, Brown JP, Kaiser SM, et al. Risk factors for low BMD in healthy men age 50 years or older: a systematic review. Osteoporos Int 2009;20:507-18.
57. Lang I, Wallace RB, Huppert FA, Melzer D. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. Age Ageing 2007;36: 256-61.
58. Jones A, McMillan MR, Jones RW, Kowalik GT, Steeden JA, Pruessner JC, et al. Habitual alcohol consumption is associated with lower cardiovascular stress responses--a novel explanation for the known cardiovascular benefits of alcohol?. Stress 2013;16:369-76.
59. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. Arch Gerontol Geriatr 2012;54:421-8.
60. Bagge CL, Lee HJ, Schumacher JA, Gratz KL, Krull JL, Holloman G, Jr. Alcohol as an acute risk factor for recent suicide attempts: a case-crossover analysis. J Stud Alcohol Drugs 2013;74:552-8.
61. Blow FC, Barry KL. Alcohol and substance misuse in older adults. Curr Psychiatry Rep 2012;14:310-9.
62. Kuerbis A, Sacco P. A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. Subst Abuse 2013;7:13-37.
63. Assanangkornchai S. Substance use in different cultural contexts. In: Latt N, Conigrave KM, Saunders J, Marshall W, Nutt D, editors. Addiction medicine: Oxford specialist handbook. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 336-41.
64. Assanangkornchai S. Substance use in different cultural contexts. In: Saunders J, Conigrave K, Latt N, Nutt D, Marshall E, Ling W, et al., editors. Addiction Mmicine: Oxford specialist handbook. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2014.

บทที่ 14

ภาวะโรคร่วม

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย

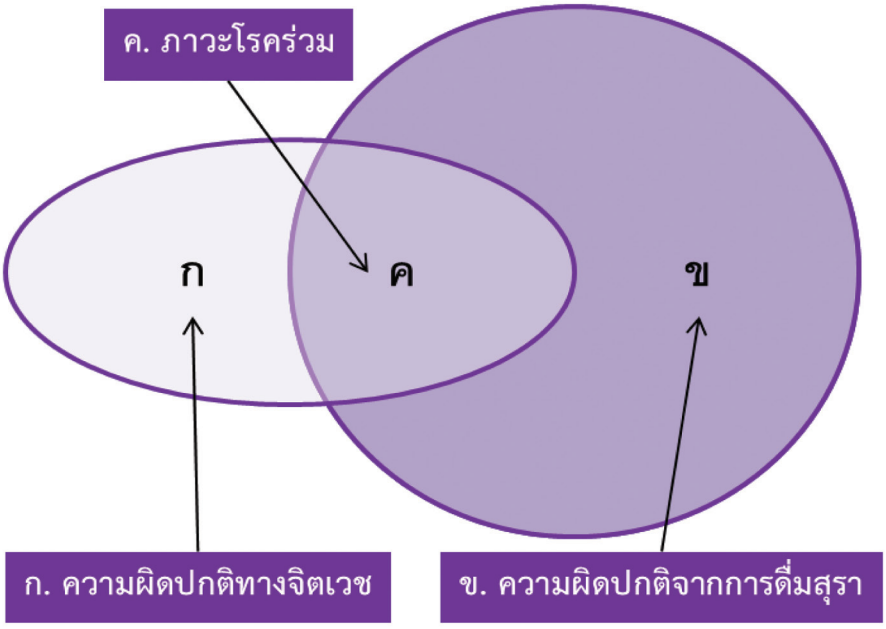
เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วยคำจำกัดความของภาวะโรคร่วม การศึกษาทางระบาดวิทยาของภาวะโรคร่วมในประเทศต่างๆ ลักษณะและกลไกของการเกิดภาวะโรคร่วม ขั้นตอนการประเมินและการวินิจฉัยภาวะโรคร่วม ระบบการให้บริการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม เนื้อหาในบทนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับจิตแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิต แพทย์และบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ได้เห็นความสำคัญของการมีภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคทางจิตเวช และเข้าใจแนวคิดของการเกิดภาวะดังกล่าว เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้เหมาะสมกับบริบทของในประเทศไทย

สาระสำคัญ

- ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคจิตเวชอื่นเป็นภาวะที่พบบ่อย ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมประเภทนี้มักมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่อายุยังน้อย อาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วม ต้องได้รับการดูแลรักษามากขึ้น แต่กลับไม่ค่อยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและมีอัตราการไม่มารับการรักษาตามนัดสูง ทำให้ผลการรักษาไม่ดี แรงเกื้อหนุนทางสังคมต่ำ อัตราการฆ่าตัวตายสูง ไร้ที่อยู่อาศัย มีความเสี่ยงสูงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง เป็นเหยื่อของการถูกทำร้าย ถูกจับหรือมีปัญหาทางกฎหมาย ปัญหาครอบครัว หรือเคยถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก
- ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคจิตเวชอื่นๆ มีสี่ลักษณะคือ
  1) ความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคจิตเวชชนิดอื่นเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยโรคทั้งสองนี้เป็นอิสระต่อกัน มีการดำเนินโรคแยกจากกัน
  2) โรคหนึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดโรคที่สองตามมา แต่โรคที่สองที่เกิดขึ้นก็มีการดำเนินโรคที่เป็นอิสระจากโรคที่หนึ่ง
  3) โรคจิตเวชเกิดขึ้นก่อน แล้วผู้ป่วยดื่มสุราเพื่อเป็นการรักษาอาการของโรคจิตเวชนั้นให้ดีขึ้น (self-medication)
  4) การดื่มสุราทำให้เกิดอาการของโรคจิตเวชอื่นตามมา (alcohol-induced disorders)
- สาเหตุการเกิดภาวะโรคร่วมมีสี่แบบคือ common factor model, secondary substance use disorder model, secondary psychiatric disorder model และ bidirectional model
- โรคทางจิตเวชที่มักพบร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุรา ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โรคจิตเภท ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดชนิดอื่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial และพฤติกรรมหรือความคิดฆ่าตัวตาย
- ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมีสี่รูปแบบคือ serial or sequential or consecutive services, parallel services, integrated or specialist dual diagnosis team services และ shared care model

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราจำนวนมากเป็นโรคอื่นๆ ทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ซึ่งทำให้การดูแลรักษามีความยากเพิ่มมากขึ้น ในภาษาอังกฤษมีคำหลายคำที่ใช้เรียก “ภาวะโรคร่วม” หรือภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดเกิดขึ้นร่วมกัน คำที่ใช้บ่อยได้แก่ psychiatric comorbidity, dual diagnosis, co-existing psychiatric disorders, mental illness and chemical abuse (MICA), mental illness and substance abuse (MISA) และ co-occurring disorders (COD)[1,2] นอกจากนี้ยังมีการแยกภาวะโรคร่วมนี้ออกเป็นสองชนิดคือ homotypic comorbidity ซึ่งหมายถึงภาวะที่มีโรคร่วมสองโรคในกลุ่มโรคเดียวกัน เช่น การดื่มสุราแบบผิดแผนร่วมกับการติดบุหรี่ (co-existing alcohol abuse and nicotine dependence) และ heterotypic comorbidity ซึ่งเป็นภาวะที่มีโรคร่วมสองโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคต่างกัน เช่น โรคติดสุราร่วมกับโรควิตกกังวล (comorbid alcohol dependence and anxiety disorder) เป็นต้น[3]

สำหรับในบทนี้จะใช้คำว่า “ภาวะโรคร่วม” แทนความหมายของภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติจากการดื่มสุราร่วมกับโรคอื่นๆ ทางจิตเวชตามแผนภาพที่ 14.1



ภาพที่ 14.1 แผนภาพแสดงลักษณะของภาวะโรคร่วม

ระบาดวิทยาของภาวะโรคร่วม

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาระบาดวิทยาของโรคจิตเวชที่ให้ข้อมูลความชุกของภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นและโรคจิตเวชหลายโครงการ ตัวอย่าง เช่น โครงการ Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) ในปี พ.ศ. 2523-2527[4] โครงการ National Comorbidity Survey (NCS) ในปี พ.ศ. 2533-2535[5] โครงการ National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) ในปี พ.ศ. 2534-2535[6] โครงการ National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) ในปี พ.ศ. 2544-2545[7] และโครงการ National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) ในปี พ.ศ. 2544-2545[8]

โครงการ NESARC เป็นโครงการสำรวจในประชากรทั่วไปอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 43,093 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วย Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV)[9] และให้การวินิจฉัยอิงตาม DSM-IV และในสามปีถัดมา (พ.ศ. 2547-2548) ได้มีการสำรวจซ้ำในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม 34,653 คนเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยโรคตาม axis 1 อีกครั้ง ข้อมูลจากโครงการนี้ถูกนำมาวิเคราะห์และเขียนเป็นบทความตีพิมพ์มากกว่า 500 บทความ โครงการนี้พบว่าความชุกของการดื่มสุราแบบผิดแผนและโรคติดสุราในปัจจุบัน (current alcohol abuse and alcohol dependence) ในประชากรทั่วไปของประเทศสหรัฐอเมริกาจากผลการสำรวจปี พ.ศ. 2544-2545 เท่ากับร้อยละ 4.65 และ 3.81 ตามลำดับ[6]

ผลการศึกษาของโครงการนี้แสดงว่าผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรามีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย โดยพบว่าภาวะดื่มแบบผิดแผน (alcohol abuse) ใน 12 เดือนที่ผ่านมาสัมพันธ์กับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 12 เดือนที่ผ่านมา แต่ไม่สัมพันธ์กับโรคจิตเวชอื่นๆ ส่วนโรคติดสุรา (alcohol dependence) สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นทุกชนิดและโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน กลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคบุคลิกภาพผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ (อัตราส่วนเสี่ยง (odds ratio) 2.1-4.8) บุคลิกภาพผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ติดสุราได้แก่ histrionic และ antisocial personality disorders[10] เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสามกลุ่ม คือผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราโดยไม่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดใน 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดโดยไม่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา และผู้ที่มีทั้งความผิดปกติจากการดื่มสุรากับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีทั้งความผิดปกติจากการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วยสูงกว่ากลุ่มอื่น ดังแสดงในตารางที่ 14.1[11]

ตารางที่ 14.1 ความชุกของภาวะโรคร่วมทางจิตเวชจากโครงการ NESARC[11]

โรคจิตเวช	สุราอย่างเดียว	สารฯ อย่างเดียว	ทั้งสุราและสารฯ	ไม่ทั้งสุราและสารฯ
Any personality disorder	25.3	44.0	50.8	13.2
Any mood disorder, past year	16.4	27.5	35.3	8.1
Any anxiety disorder, past year	15.6	24.0	26.5	10.4

ในทวีปยุโรปมีโครงการ European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) ซึ่งเป็นการสำรวจระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปในหกประเทศ คือ ประเทศเบลเยี่ยม ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี เนเธอร์แลนด์ และสเปน โดยใช้แบบวินิจฉัยโรค Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) ผลการศึกษาจากโครงการนี้พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของโรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล และความผิดปกติจากการดื่มสุราในประชากรทั่วไปเท่ากับร้อยละ 14, 13.6 และ 5.2 ตามลำดับ[12] ภาวะโรคร่วมมีความชุกสูงในประชากรทั่วไป ลักษณะของภาวะโรคร่วมมีความคล้ายคลึงกันระหว่างประเทศ คนหนุ่มสาวมีโอกาสที่จะมีภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคอารมณ์แปรปรวนหรือกับโรควิตกกังวลมากกว่าคนอายุมากกว่า ผู้หญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะโรคร่วมระหว่างโรคอารมณ์แปรปรวนกับโรควิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย[13]

นอกจากนี้ในการศึกษาของโครงการ European Schizophrenia Cohort (EuroSC) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในศูนย์การรักษาเก้าแห่งในประเทศฝรั่งเศส เยอรมันและสหราชอาณาจักร โดยการวินิจฉัยตาม DSM-IV พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโรคติดสุราร่วมด้วยค่อนข้างสูง (ร้อยละ 26 ในประเทศสหราชอาณาจักร ร้อยละ 18 ในประเทศเยอรมัน และร้อยละ 14 ในประเทศฝรั่งเศส)[14]

โครงการ National Survey of Mental Health and Wellbeing ในประเทศออสเตรเลีย เป็นการสำรวจในประชากรอายุ 16-85 ปีโดยใช้แบบสัมภาษณ์ WMH-CIDI วินิจฉัยตาม DSM-IV พบว่ากลุ่มโรควิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในประชากรทั่วไป และพบว่าเกิดขึ้นร่วมกันสูงมาก โดยประชากรร้อยละ 25.4 ที่เป็นโรควิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดโรคใดโรคหนึ่งจะมีโรคทางจิตเวชอีกหนึ่งโรคร่วมด้วย และประชากรประมาณร้อยละ 3.5 (95% confidence interval (CI): 2.3, 4.7) เป็นทั้งสามโรคนี้ร่วมกัน นอกจากนี้ ภาวะโรคร่วมระหว่างโรคจิตเวชกับโรคทางกายก็พบได้บ่อยเช่นกัน โดยผู้ที่มีโรคทางกายเรื้อรังร้อยละ 28 (95% CI: 25.1, 30.9) จะมีโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรคร่วมด้วย[15] การศึกษานี้ยังพบว่าโรควิตกกังวลมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดขึ้นร่วมกับโรคซึมเศร้า (major

depression) โรค dysthymia และความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความเสี่ยงที่จะมีภาวะโรคร่วมระหว่างโรควิตกกังวลกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดลดลงตามอายุ และผู้ที่มีภาวะโรคร่วมมีความจำเป็นต้องใช้บริการสุขภาพสำหรับการดูแลรักษาภาวะที่รุนแรงกว่าและบ่อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น[16]

สำหรับในประเทศไทย ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 5 ว่าการสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2551 พบความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุราในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 10.9 (แบ่งเป็นการดื่มแบบผิดแผนร้อยละ 4.2 และโรคติดสุราร้อยละ 6.6) ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราร้อยละ 7.1 มีโรคทางจิตเวชอย่างน้อยอีกหนึ่งโรคร่วมด้วย โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคในกลุ่มโรคอารณ์แปรปรวน รองลงมาคือกลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิต (psychosis)[17]

ในโครงการคัดกรองความเสี่ยงจากการใช้สุรา ยาสูบและสารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลาและคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูลของนพพร ตันติรังสีและผู้นิพนธ์ โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ฉบับย่อ เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2555-2556 พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภท 663 คนที่ถูกคัดกรอง ผู้ป่วย 322 คน (ร้อยละ 48.6) ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมา สารเสพติดที่ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้มากที่สุด คือ บุหรี่ (ร้อยละ 47.2) ความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของอาการทางจิตและความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ผู้ป่วยชายที่อายุน้อยมีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[18]

จากการศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่าอัตราความชุกของการมีภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคทางจิตเวชชนิดอื่นมีค่าแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ร้อยละ 5 ซึ่งเป็นภาวะโรคร่วมกับโรควิตกกังวล[19] ไปจนถึงร้อยละ 39 ซึ่งเป็นภาวะโรคร่วมกับบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial[20] ผู้ที่ดื่มสุราปริมาณมากและผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีโอกาสสูงที่จะมีภาวะโรคร่วมกับโรคจิตเวชชนิดอื่น โดยผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีโอกาสที่จะมีโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลร่วมด้วยสูงถึงสี่เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคติดสุรา โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีโอกาสที่จะเป็นโรคจิตเวชชนิดอื่นร่วมด้วยมากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ จะมีความผิดปกติจากการดื่มสุราร่วมด้วย[21]

ผลการศึกษาทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศสามารถสรุปได้ตรงกันว่า ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคจิตเวชอื่นเป็นภาวะที่พบบ่อย และผู้ที่มีภาวะโรคร่วมดังกล่าวมีลักษณะสำคัญดังนี้ คือ[1,21,22]

- มีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชเกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังน้อย
- มีความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วม
- มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษามากขึ้น แต่กลับไม่ค่อยเข้าถึงระบบการดูแลรักษา

- มีอัตราการขาดการติดตามการรักษาตามนัดสูง
- มีแรงเกื้อหนุนทางสังคมต่ำ
- ผลลัพธ์ของการรักษาเลวกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วม
- อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วม
- ไร้ที่อยู่อาศัยหรือมีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอน
- มีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงสูง
- มีความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อของการถูกทำร้ายสูง
- มีโอกาสถูกจับหรือมีเหตุเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมสูง
- มีปัญหาครอบครัว
- เคยถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (ทางร่างกายหรือทางเพศ)

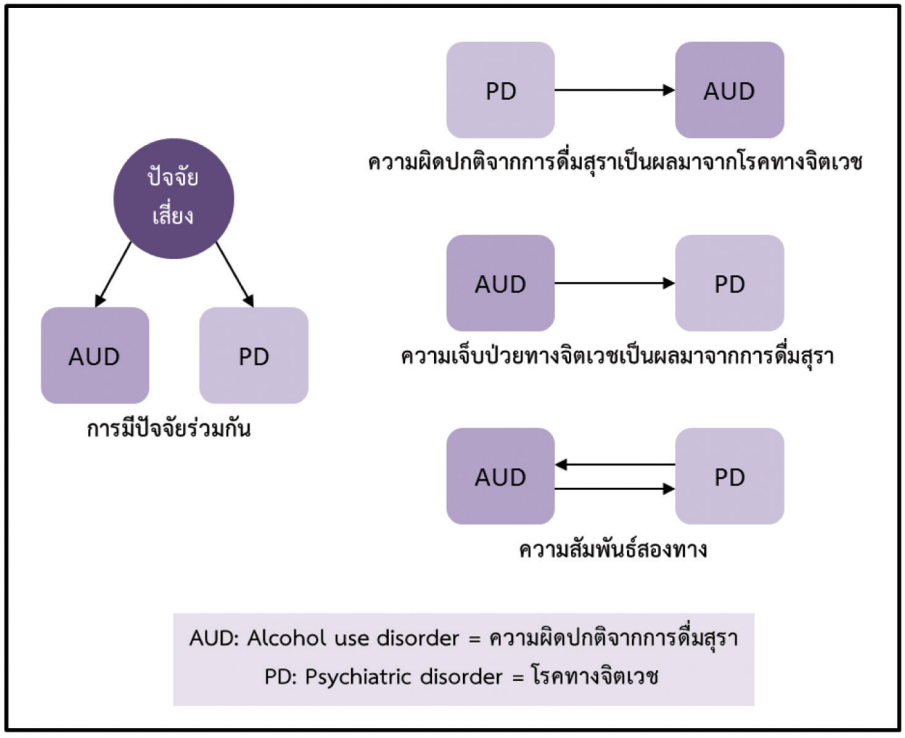
ลักษณะและกระบวนการเกิดภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดกับโรคจิตเวชอื่นๆ สามารถเกิดได้สี่ลักษณะ คือ[23]

- ความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดกับโรคจิตเวชชนิดอื่นเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยโรคทั้งสองนี้เป็นอิสระต่อกัน มีการดำเนินโรคแยกจากกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทั้งสองโรคนี้ไปพร้อมๆ กัน การที่ผู้ป่วยเป็นทั้งโรคความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดกับโรคจิตเวชชนิดอื่นในขณะเดียวกันได้นั้นอาจจะเป็นขึ้นมาเองโดยไม่มีสาเหตุร่วมกัน หรืออาจจะเป็นเพราะโรคทั้งสองชนิดนี้มีปัจจัยชักนำร่วมกัน (เช่น ความเครียด บุคลิกภาพผิดปกติ การป่วยเป็นโรคจิตเวชชนิดอื่นด้วย สิ่งแวดล้อมในวัยเด็ก และพันธุกรรม) ก็ได้
- โรคหนึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดโรคที่สองตามมา แต่โรคที่สองที่เกิดขึ้นก็มีการดำเนินโรคที่เป็นอิสระจากโรคที่หนึ่ง ตัวอย่างเช่นคนที่ดื่มสุราอย่างหนักเป็นประจำอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในสมองและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตหรือโรคซึมเศร้าได้ ในการดูแลรักษาจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจกับโรคทั้งสองนี้ไปพร้อมกัน ในผู้ป่วยบางคน การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชอาจจะเป็นต้นเหตุให้เขาดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเป็นประจำจนกลายเป็นโรคติดสุราหรือสารเสพติดชนิดอื่นได้ต่อมา ทั้งๆ ที่โรคจิตเวชที่เป็นต้นเหตุนั้นได้รับการดูแลรักษาจนอาการสงบลงแล้วก็ตาม
- ลักษณะที่สามเกิดขึ้นในคนที่พยายามดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นเพื่อเป็นการรักษาอาการของโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ก่อนแล้วให้ดีขึ้นด้วยตนเอง (self-medication) เช่น ผู้ป่วยอาจจะดื่มสุราเพื่อให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น หรือใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเวช ในกรณีนี้ความผิดปกติจากการดื่มสุราอาจจะกลายเป็นโรคเรื้อรังหากโรคจิตเวชที่เป็นอยู่นั้นไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

- การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการของโรคจิตเวชอื่นตามมา (Alcohol or substance-induced psychiatric disorders) โรคจิตเวชนี้อาจจะเกิดขึ้นชั่วคราวในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเมาสุราหรือขาดสุรา หรืออาจจะเกิดขึ้นแล้วคงอยู่ถาวรถึงแม้ผู้ป่วยจะหยุดดื่มสุราไปแล้วก็ได้ เช่น alcohol-induced persisting dementia หรือ alcohol-induced persisting amnestic disorder เป็นต้น

Mueser และคณะได้อธิบายโมเดลการเกิดภาวะโรคร่วมเอาไว้สี่แบบคือ common factor model, secondary substance use disorder model, secondary psychiatric disorder model และ bidirectional model[24] (ภาพที่ 14.2)



ภาพที่ 14.2 โมเดลการเกิดภาวะโรคร่วม

แบบที่ 1 การมีปัจจัยร่วมกัน (Common factor model) โมเดลนี้อธิบายว่าการที่พบความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดกับโรคจิตเวชเกิดขึ้นร่วมกันได้บ่อยก็เพราะว่า ทั้งสองโรคมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ปัจจัยที่มีการศึกษามาก ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม และบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial การศึกษามากมายบ่งชี้ว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญในการเกิดโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมักมีญาติพี่น้องที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียว ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial มักจะดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย อาการของภาวะบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial ที่เกิดขึ้นในคนที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมักจะมีความรุนแรง เกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังน้อย มีอาการติดยาทางร่างกาย (physical dependence) รุนแรง และมีปัญหาสังคมและกฎหมายตามมามากมาย นอกจากสองปัจจัยนี้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดและโรคจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การมีทักษะทางสังคมไม่ดี ขาดเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงานและเศรษฐกิจ และปัญหาการหย่าร้าง[22,24]

แบบที่ 2 ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดเป็นผลมาจากโรคทางจิตเวช (Secondary substance use disorder model) โมเดลนี้อธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจะทำให้คนๆ นั้นมีความอ่อนแอมากขึ้นที่จะใช้สุราหรือสารเสพติดและป่วยเป็นโรคความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดตามมา โดยรูปแบบการเกิดความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดแบ่งออกเป็นสองโมเดลย่อย คือ ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม (psychosocial risk factor model) และความไวมากเกิน (supersensitivity model)

โมเดลปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมยังแบ่งย่อยออกไปอีกสามรูปแบบ โดยมีทฤษฎีว่า ความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดเป็นผลตามมาจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชเนื่องจากเหตุผลสามประการคือ

1) การใช้สารเสพติดเพื่อเป็นยารักษาความเจ็บปวดภายใน (Self-medication model) การที่ผู้ใช้สารเสพติดเลือกใช้สารแต่ละชนิดไม่ใช่เรื่องบังเอิญ แต่เป็นเพราะสารชนิดนั้นมีฤทธิ์ทางจิตเภสัชวิทยาที่ไปบรรเทาความรู้สึกทุกข์ระทมในจิตใจของเขาได้พอดี อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยจำนวนมากก็ไม่สนับสนุนทฤษฎีนี้นัก เนื่องจากพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชเลือกใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ โดยไม่ได้ขึ้นกับชนิดของโรคที่เป็น
2) การใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาความรู้สึกโศกเศร้า (Alleviation of dysphoria) ทฤษฎีนี้จะกว้างกว่าทฤษฎีแรก โดยอธิบายว่า คนที่เป็นโรคทางจิตเวชมักจะมีความรู้สึกทุกข์ระทม จึงมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาความทุกข์นั้น คนเหล่านี้จะคล้ายกับผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดตรงที่ว่า ช่วงแรกเขาอาจจะใช้สารเสพติดเพื่อทำให้รู้สึกดีหรือเพื่อบรรเทาความทุกข์ของเขาเท่านั้น แต่เนื่องจากคนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะรู้สึกทุกข์บ่อยๆ เขาจึงต้องใช้สารบ่อยๆ จนเป็นประจำเพื่อบรรเทาความทุกข์ และกลายเป็นคนติดสารเสพติดต่อไป

3) การมีปัจจัยเสี่ยงหลายชนิด (Multiple risk factor model) ถึงแม้ว่าทฤษฎีการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาความทุกข์ระทมจะมีข้อมูลสนับสนุนหลายด้าน แต่ก็มีข้อมูลขัดแย้งเช่นกัน โดยอธิบายว่ามีกลไกทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทางจิตเวชอีกหลายด้านซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดสารเสพติดด้วย รวมทั้งความรู้สึกทุกข์ระทม ปัจจัยเสี่ยงร่วมเหล่านี้ได้แก่ การแยกตัวจากสังคม ทักษะด้านสัมพันธภาพส่วนบุคคลไม่ดี ทักษะด้านการนึกคิดและเข้าใจไม่ดี ผลการเรียนหรือการทำงานล้มเหลว ความยากจน ขาดความรับผิดชอบ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นระบบ การคบหาเฉพาะกลุ่มที่แปลกแยกจากสังคม และการอยู่อาศัยในย่านที่มีคนใช้สารเสพติดจำนวนมาก

ส่วนโมเดลความไวมากเกิน (supersensitivity model) นั้นอธิบายว่า ความอ่อนแอทางจิตชีววิทยา (psychobiological vulnerability) ซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในสิ่งแวดล้อม และกระตุ้นให้อาการของโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นหรือกำเริบขึ้น นอกจากความอ่อนแอนี้จะเป็นผลมาจากความเครียดแล้ว ยารักษาโรคทางจิตเวชจะช่วยลดความอ่อนแอนี้ลงได้ ในขณะที่สารเสพติดจะเพิ่มความอ่อนแอนี้ให้มากขึ้น[24]

แบบที่ 3 ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด (Secondary psychiatric illness model) แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดบางชนิด เช่นกัญชา ยาบ้า ยาหลอนประสาท มีฤทธิ์เป็น psychotomimetic ซึ่งทำให้เกิดอาการของโรคจิตที่คล้ายคลึงกับอาการของโรคจิตเภท เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน และการดื่มสุราเป็นประจำยังทำให้เกิดความผิดปกติของสมองที่เรียกว่า organic brain syndrome ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น blackouts, delirium, dementia และ amnestic syndrome เป็นต้น

แบบที่ 4 ความสัมพันธ์สองทาง (Bidirectional model) โมเดลนี้อธิบายว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดต่างเสริมแรงซึ่งกันและกัน ผู้ดื่มสุราอาจจะดื่มเพื่อต้องการให้เกิดความรู้สึกเมา สนุกเต็มที่ หรือผ่อนคลาย ซึ่งเป็นอาการทางจิตเวชแบบหนึ่ง เมื่อดื่มอย่างต่อเนื่องก็จะกลายเป็นผู้ติดสุรา ซึ่งเมื่อเป็นโรคติดสุราก็จะส่งผลให้มีอาการทางจิตตามมา ในทางกลับกัน ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชอาจจะดื่มสุราเพื่อลดอาการทางจิตของตนเอง วนเวียนไปเรื่อยๆ จนยากที่จะบอกว่าอาการหรือพฤติกรรมใดเกิดก่อนกัน[22,24]

โรคจิตเวชที่มักพบร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุรา

โรคทางจิตเวชที่มักพบร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุรา ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress

disorder; PTSD) โรคจิตเภท ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดชนิดอื่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบ anti-social และพฤติกรรมหรือความคิดฆ่าตัวตาย[21,25] สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้โรคเหล่านี้เกิดขึ้นร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุราได้สูงสามารถอธิบายได้ดังนี้

- **พันธุกรรม** มีงานวิจัยหลายประเภทสนับสนุนบทบาทของปัจจัยทางพันธุกรรมในการเกิดภาวะโรคร่วม เช่น การศึกษาในคู่แฝด (twin study) การศึกษาการเกิดโรคในครอบครัว (family aggregation study) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดงหรือ phenotype กับตำแหน่งของโครโมโซม (genome-wide linkage scan) และการศึกษายีนตัวอย่าง (candidate genes) เป็นต้น ตัวอย่างของการศึกษาเหล่านี้ได้แก่ การศึกษาในคู่แฝดวัยรุ่นในประเทศฟินแลนด์ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการดื่มสุราของวัยรุ่นเป็นผลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน โดยการดื่มสุราของพ่อแม่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 40-50 เมื่อควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมแล้ว[26]

ในการศึกษาญาติของผู้ติดสุราเปรียบเทียบกับญาติของกลุ่มควบคุม พบว่าญาติของผู้ติดสุรามีอัตราความเสี่ยงของการเป็นโรคติดสุรา ติดสารเสพติดชนิดอื่นนอกจากยาสูบ มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial เป็นโรคแพนิก โรคย้ำคิดย้ำทำ โรค PTSD และโรคซึมเศร้าสูงกว่าญาติของกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน การศึกษานี้ช่วยสนับสนุนบทบาทของพันธุกรรมต่อการเกิดภาวะโรคร่วม และสนับสนุนทฤษฎีปัจจัยร่วมกันของภาวะโรคร่วมนี้อีกด้วย[27]

นอกจากนั้นการศึกษา genome-wide linkage scan พบว่า phenotypes ของพฤติกรรม antisocial อาการของโรคซึมเศร้า การติดสุราหรือสารเสพติดชนิดอื่น โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล โรคสมาธิสั้น และโรคจิตเภทมีความเชื่อมโยงกับโครโมโซมที่ 17 ณ ตำแหน่งเดียวกัน คือที่ 57-58 cM ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มียีนที่เกี่ยวข้องกับจิตพยาธิสภาพหลายชนิดรวมทั้งยีนกำกับรหัสของ serotonin transporter (SLC6A4) ซึ่งสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า โรคติดสุรา โรคสมาธิสั้น และโรคจิตเภทด้วย[28]

โรคติดสุรามักสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวและการฆ่าตัวตาย ยีนตัวอย่างที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเหล่านี้ได้แก่ยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบของสารสื่อนำประสาท serotonin, norepinephrine และ dopamine การศึกษาพบว่า functional polymorphism ของเอนไซม์ catechol-O-methyl transferase (COMT) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ย่อยสลาย dopamine, epinephrine และ norepinephrine (COMT Val108/158Met) มีผลต่อการทำงานของ COMT โดยการมี valine (Val) variant จะทำให้ฤทธิ์ของ COMT เพิ่มขึ้น ส่วน methionine (Met) variant จะทำให้ฤทธิ์ของ COMT ลดลง การศึกษาเร็วๆ นี้ พบว่าผู้ชายที่เป็นโรคติดสุราและเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมี Met/Met genotype หรือ Met allele มากกว่าผู้ชายติดสุราที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญในผู้หญิง ผลการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดสุรากับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดสุราเพศชาย[29]

- **สารสื่อนำประสาท** กลไกการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับสารสื่อนำประสาทหลายตัว เช่น GABA, dopamine และ serotonin การที่แอลกอฮอล์ไปกระตุ้น receptors ของสารสื่อนำประสาทเหล่านี้จะช่วยลดความวิตกกังวล ความทุกข์และความเศร้าหมอง จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าดื่มสุรา ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ติดสุราเมื่อหยุดดื่มจะมีระดับของ dopamine, endorphine และ serotonin ที่ nucleus accumbens ลดลง จึงทำให้มีอารมณ์เศร้าและอาการของโรคจิตเกิดขึ้นได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก เพื่อให้เกิดความรู้สึกสุข ซึ่งเป็นลักษณะของ neuroadaptation ใน brain reward pathway แต่เมื่อหยุดดื่มก็จะมีภาวะขาดสุรา และมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าเกิดขึ้น ทำให้ต้องกลับไปดื่มซ้ำเป็นวงจรของการติดสุราในที่สุด[30,31]

Kindling mechanism เป็นอีกกลไกหนึ่งที่มีผู้นำมาอธิบายกลไกของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนและโรคติดสุรา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีความเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติจากการดื่มสุราได้ เพราะการดื่มสุราสามารถช่วยบรรเทาอาการหงุดหงิดได้ ในขณะเดียวกันการดื่มสุราก็ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนขึ้นเป็นระยะๆ เนื่องจากการกระตุ้น kindling mechanism คล้ายคลึงกับกลไกในโรคอารมณ์แปรปรวน การศึกษาประสิทธิผลของ valproate ซึ่งมีคุณสมบัติเป็น antikindling-sensitization และ GABA–mimetic ในการลดการดื่มสุราและสงบอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมแบบนี้ช่วยสนับสนุนทฤษฎีนี้[32]

- **กายวิภาคและการทำงานของสมอง** การศึกษาในด้าน alcohol cue response พบว่าเมื่อให้คนที่ดื่มสุราอย่างหนักเห็นภาพหรือได้ชิมแอลกอฮอล์จะเกิดการกระตุ้นสมองในส่วนของ meso-corticolimbic pathways (ในบริเวณ insula, cingulate, ventral tegmental area, striatum และ thalamus) ให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ในผู้ดื่มหนักที่มีอาการซึมเศร้าหรืออาการวิตกกังวลจะมีการกระตุ้นของสมองบริเวณดังกล่าวมากกว่าคนปกติอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล[33]

ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะมีความผิดปกติของ neural circuitry mediating drug reward และ reinforcement ที่ hippocampal formation และ prefrontal cortex ทำให้การกระตุ้นการส่งผ่าน dopamine ระหว่าง hippocampus กับ nucleus accumbens มีความบกพร่อง ส่งผลให้การตอบสนองต่อการหลั่ง dopamine เกิดขึ้นมากเกินไปทั้งในช่วงที่ใช้สารเสพติดและในช่วงพัก ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงไวต่อความรู้สึกได้รับรางวัลจากการที่มี dopamine สูงเกิน ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของสารเสพติดที่ nucleus accumbens แต่การยับยั้งควบคุมพฤติกรรมซึ่งถูกกระตุ้นโดย dopamine ลดลง ความผิดปกติอันนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดซ้ำๆ และมีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งมีอาการของโรคจิตเภทด้วย[34]

- **ปัจจัยทางจิตใจ** โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน และโรควิตกกังวลสามารถเกิดได้ทั้งก่อนและหลังการเป็นโรคติดสุรา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน หรือวิตกกังวลอาจจะดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการเหล่านี้[35] ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50 ดื่มสุราเพื่อลดอาการด้านลบของโรคจิตเภท (เช่น การแยกตัวจากสังคม อารมณ์เฉยเมย เบื่อหน่าย) และลดความวิตกกังวล ความประหม่าในการเข้าสังคม รวมทั้งลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต[36] การเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนอาจจะเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นความผิดปกติจากการดื่มสุรา ในขณะเดียวกันการดื่มสุราเป็นประจำก็ทำให้อาการของโรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล หรือโรคจิตเภทกำเริบหรือทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยโรค PTSD ก็พบว่าอาจจะดื่มสุราเพื่อลดอาการเครียดหรืออาการหวั่นวิตกซึ่งเกิดจากโรค PTSD ที่กำลังเป็นอยู่ ในทางกลับกันการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดก็เป็นพฤติกรรมที่ทำให้คนมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะพบกับเหตุการณ์รุนแรง และเป็นสาเหตุให้เกิดโรค PTSD ตามมา[22]

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ศูนย์ควบคุมการหลั่งฮอร์โมน corticotropin (corticotropin releasing factor; CRF) จะถูกกระตุ้น ทำให้มีการหลั่ง dopamine ในบริเวณ mesolimbic reward pathway เพิ่มมากขึ้น จึงกระตุ้นพฤติกรรมการดื่มสุราให้เพิ่มมากขึ้นไปด้วย การที่แอลกอฮอล์กระตุ้นสมองส่วนนี้ทำให้ผู้ดื่มสุราเกิดความรู้สบาย มีความสุข มีความพอใจ หายจากความเครียด เมื่อไม่ได้ดื่มสุรา ก็จะเกิดความรู้สึกอยากดื่ม มีอาการขาดสุรา วิตกกังวล ทุกข์ใจ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ทำให้คนๆ นั้นมีความต้องการดื่มสุราซ้ำอีก จนเกิดภาวะติดสุราตามมา[37,38]

จากความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคจิตเวชต่างๆ ที่ได้กล่าวมานี้ จะเห็นว่า ในหลายๆ กรณีอาจจะเป็นการยากที่จะบอกว่าโรคใดเกิดก่อน ข้อสำคัญคือจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต้องประเมินและวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม มิได้เป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม

การประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม

Clinimetric approach

ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม Cosci และ Fava ได้เสนอว่าควรจะเอาแนวคิด “clinimetric approach” ซึ่ง Feinstein กล่าวไว้เมื่อ 25 ปีที่แล้วมาใช้ กล่าวคือ ขั้นตอนในการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็นสองระดับใหญ่ๆ คือ macro-analysis กับ micro-analysis[39]

- Macro-analysis เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นร่วมกัน ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าควรเริ่มให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ณ จุดใด ด้วยแนวคิดนี้ แพทย์สามารถจะจัดกลุ่มอาการ ปัญหา หรือลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ แล้วภายในแต่ละ

กลุ่มนั้น แพทย์ก็จะสามารถพิจารณาได้ว่าอาการใดสำคัญที่สุด ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมระหว่างการดื่มสุราแบบผิดแผนและการติดโคเคน แพทย์อาจจะพิจารณาว่าโรคติดโคเคนน่าจะมีความสำคัญเป็นอันดับต้นกว่าภาวะดื่มสุราแบบผิดแผน ในขณะเดียวกันแพทย์ควรจะวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญข้ามกลุ่มโรคด้วย เช่น หากผู้ป่วยเป็นทั้งโรคติดบุหรี่และโรคแพนิก แต่เริ่มเป็นโรคติดบุหรี่ก่อนที่จะมีอาการของโรคแพนิก แพทย์ก็สามารถบอกได้ว่า โรคแพนิกเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังหรือถูกกระตุ้นให้เกิดอาการได้จากการสูบบุหรี่ ดังนั้น การวิเคราะห์แบบ macro-analysis จะทำให้แพทย์มองเห็นลักษณะทางคลินิกทั้งหมดของผู้ป่วย และตัดสินใจได้ว่าควรจะให้การดูแลรักษาปัญหาใดก่อน รวมทั้งยังเป็นเครื่องมือในการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคต่างๆ ที่เป็นร่วมกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมระหว่างการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดกับโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล โดยทั่วไปแพทย์จะให้ความสำคัญกับการใช้สารเสพติดเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตาม แพทย์ก็จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาให้โรคหนึ่งดีขึ้นไม่ได้หมายความว่าจะทำให้อีกโรคที่เป็นร่วมดีขึ้นไปเอง ดังนั้นผู้ป่วยควรมารับการดูแลรักษาต่อเนื่องสำหรับทั้งสองโรคที่เป็นร่วมกัน[39]

- Micro-analysis เป็นการประเมินองค์ประกอบย่อยของอาการในหลายๆ มิติ เริ่มตั้งแต่เวลาที่อาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก การดำเนินโรค เหตุการณ์ที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือเลวลง ผลกระทบระยะสั้นและระยะยาวของอาการต่อคุณภาพชีวิต การทำงานและสังคม นอกจากนี้ Cosci และ Fava ยังได้เสนอว่า ภายใต้การวิเคราะห์แบบ micro-analysis นั้นควรมีการประเมิน “ระยะของโรค” (staging) ด้วย คล้ายๆ กับการวินิจฉัย “staging” ของโรคทางกาย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ ณ ระยะใดของการดำเนินโรคนั้น สำหรับโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดนั้น มีผู้เสนอการกำหนดระยะของโรคเอาไว้บ้าง เช่น การกำหนดระยะของโรคตาม Transtheoretical model (TTM) of change ซึ่งแบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกเป็นสี่ระยะ คือ ระยะเพิกเฉย ลังเลใจ ลงมือกระทำ และคงการเปลี่ยนแปลง[40] ดังได้กล่าวรายละเอียดแล้วในบทที่ 5

นอกจากการวินิจฉัยระยะของโรคแล้ว Cosci และ Fava ยังได้เสนอต่อไปอีกว่า ควรมีการประเมินอาการที่ยังไม่ถึงระดับที่ปรากฏทางคลินิก (subclinical symptoms) ด้วย ซึ่งประกอบด้วยอาการสามแบบย่อย ได้แก่ อาการก่อนที่โรคจะปรากฏชัด (prodromes) อาการที่คงเหลืออยู่ (residual symptomatology) และอาการที่เปลี่ยนแปลงขึ้นลงในโรคเรื้อรัง (subclinical fluctuations in chronic disorders)[39]

ผู้นิพนธ์ค่อนข้างเห็นด้วยกับแนวคิดการประเมินผู้ป่วยแบบ “clinimetric approach” นี้ เพราะคิดว่าจิตแพทย์หรือแพทย์ที่ดีควรจะมีมุมมองที่กว้าง ประเมินผู้ป่วยทั้งภาคตัดขวางและระยะยาว ให้ความสนใจกับปัญหาทุกชนิดของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของความเจ็บป่วย หรือปัญหาทางจิตสังคม ไม่ควรใช้เพียงการวินิจฉัยแบบ “เช็คอาการ” (symptom checklist approach) ซึ่งเน้นการค้นหาว่าผู้ป่วยมีอาการครบตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหรือไม่เท่านั้น[41]

Integrated assessment

Center for Substance Abuse Treatment ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้เสนอหลักการประเมินแบบบูรณการ (integrated assessment) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมไว้ 12 ขั้นตอน[2] ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: ดึงผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา (Engage the client) ขั้นตอนแรกของการประเมินทางคลินิกคือ การทำให้ผู้ป่วยยอมเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาด้วยท่าทีที่เห็นอกเห็นใจ ยินดีต้อนรับ ไม่ตัดสินถูกผิด พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและให้ผู้ป่วยยินยอมที่จะเปิดเผยข้อมูลทั้งเรื่องการใช้สารเสพติดและปัญหาทางจิตเวช หลักการสำคัญในขั้นตอนนี้มีห้าประการคือ

1) การเข้าถึงแบบครอบจักรวาล (Universal access หรือ “no wrong door”) ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมอาจจะมาขอรับบริการสุขภาพที่หน่วยใดก็ได้ บุคลากรสุขภาพไม่ว่าจะทำงานในแผนกสารเสพติดหรือแผนกจิตเวชควรจะพร้อมที่จะรับผู้ป่วยเหล่านี้เข้าสู่บริการเสมอ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่ควรทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามาเข้ารับบริการ “ผิดที่” หรือ “เข้าผิดประตู” เช่น ผู้ป่วยภาวะโรคร่วมที่มีอาการทางจิตเวชเป็นปัญหาเด่นเมื่อมารับบริการที่สถานบำบัดสารเสพติดก็ควรได้รับบริการ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาหลักเมื่อมารับบริการที่สถานพยาบาลทางจิตเวชก็ควรได้รับการดูแลทั้งปัญหาการดื่มสุราและโรคทางจิตเวชร่วมกัน
2) ผู้รักษาควรมีท่าทีที่เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ทำงานร่วมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และต้องยอมรับว่าผู้รักษาไม่สามารถจะเปลี่ยนผู้ป่วยให้กลายเป็นคนใหม่ได้ แต่สามารถช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ได้
3) ใช้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการประเมิน จุดสนใจที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในครั้งแรกคือ การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ทราบอาการและปัญหาของเขา รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วย ไม่ใช่การกรอกแบบประเมิน หรือการพยายามเลือกโปรแกรมการรักษา
4) คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพศภาวะและอัตลักษณ์ทางเพศของผู้ป่วย
5) ไวต่อบาดแผล ความเจ็บปวด หรือเรื่องกระทบกระเทือนใจในอดีตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์รุนแรง การถูกทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางเพศ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเมือง ผู้รักษาต้องระวังที่ไม่ไปขุดคุ้ยเรื่องราวต่างๆ จนทำให้ผู้ป่วยกระทบกระเทือนใจมากเกินไป จนเหมือนกับเป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดซ้ำสอง (“retraumatising”)

ขั้นตอนที่ 2: ค้นหาและติดต่อคนใกล้ชิดของผู้ป่วย เช่น ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมบางคนอาจจะไม่สามารถเล่าประวัติและบอกอาการของตนเองได้ หรือ

ไม่อยากบอกความจริง ผู้รักษาจึงควรพยายามติดต่อญาติของผู้ป่วยเสมอเพื่อสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้รักษาต้องคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วย และปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ของสถานพยาบาลนั้น

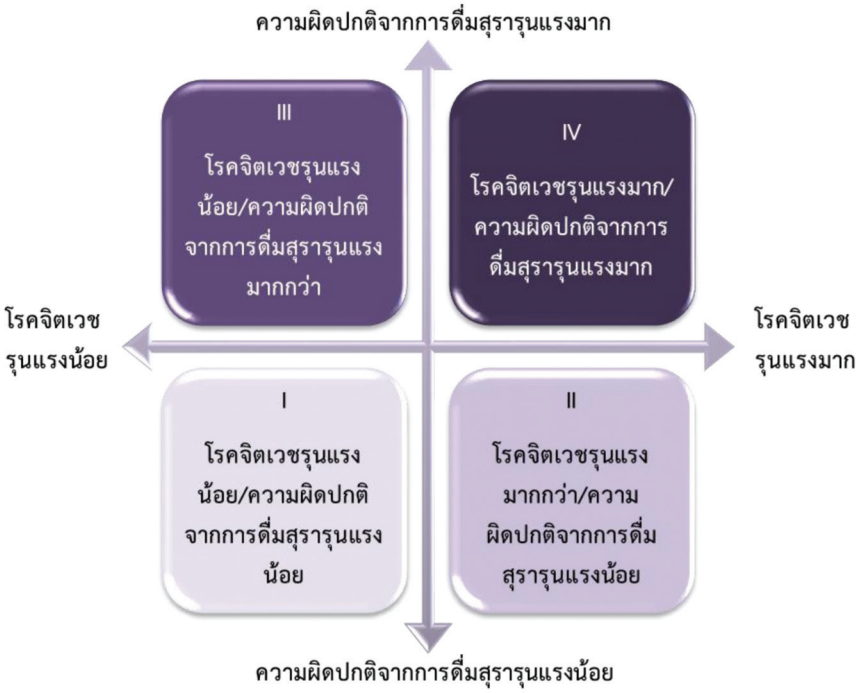
ขั้นตอนที่ 3: คัดกรองและค้นหาภาวะโรคร่วม เนื่องจากการมีภาวะโรคร่วมพบได้บ่อยมากในผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาเรื่องการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ผู้รักษาต้องคัดกรองว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชร่วมด้วยหรือไม่เสมอในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการรักษาด้วยปัญหาสุขภาพจิตควรได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ควรประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการเมาสุราหรือภาวะขาดสุราอย่างรุนแรง การใช้สุราหรือสารเสพติดทั้งในอดีตและปัจจุบัน ปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติด และการมีความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดในอดีต คัดกรองความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมรุนแรง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเสี่ยงในการตกเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงทั้งทางร่างกายและทางเพศ อาการของโรคทางจิตเวชทั้งในอดีตและปัจจุบัน ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ และการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ขั้นตอนที่ 4: พิจารณาความรุนแรงของโรคและโปรแกรมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ได้เสนอ Four-quadrant model สำหรับใช้ในการจำแนกผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานบริการ โดยประเมินผู้ป่วยตามความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดและปัญหาทางจิตเวช ดังแสดงในภาพที่ 14.3 นี้

ความรุนแรงของโรคทางจิตเวชสามารถประเมินได้จาก ชนิดของโรคที่เป็นอยู่ ความรุนแรงของอาการ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยมา ส่วนการพิจารณาความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดก็ควรประเมินจากลักษณะพฤติกรรมการดื่มหรือใช้สาร การมีภาวะติดสุรา และปัญหาอื่นๆ ที่เป็นผลกระทบตามมาจากการใช้สาร และจัดการบริการให้เหมาะสมกับความรุนแรงของปัญหาทั้งสองด้าน ดังนี้

Quadrant 1: กรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาจากการใช้สารเสพติด หรือใช้แบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย และไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชชัดเจน สามารถรับบริการในหน่วยบริการทั่วไป หรือหน่วยบริการปฐมภูมิได้

Quadrant 2: กรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาจากการใช้สารเสพติด แต่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชชัดเจน ควรได้รับบริการในหน่วยบริการทางจิตเวช เพื่อดูแลรักษาอาการทางจิตเวชซึ่งจัดว่ามีความสำคัญในลำดับสูงกว่า



ภาพที่ 14.3 รูปแบบการจำแนกความรุนแรงของภาวะโรคร่วมระหว่างโรคจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุราแบบสี่ส่วน (Four-quadrant model)[2]

Quadrant 3: กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดรุนแรงมาก เช่น เป็นผู้ติดสุราหรือสารเสพติด และมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะขาดสุราหรือขาดสารเสพติดรุนแรง โดยที่ปัญหาทางโรคจิตเวชมีความรุนแรงน้อย ควรจะได้รับการดูแลรักษาจากหน่วยบริการที่เน้นในด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เช่น สถานบำบัดยาเสพติด

Quadrant 4: กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งสองด้านรุนแรงมาก ควรได้รับการดูแลในหน่วยบริการแบบบูรณการที่สามารถให้การดูแลได้ทั้งปัญหาจากการใช้สารเสพติดและปัญหาจากโรคจิตเวช เช่นในโรงพยาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแผนกจิตเวช เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5: พิจารณาระดับของการดูแล กระบวนการนี้ประกอบด้วยการประเมินในหกมิติ ได้แก่

1) อาการเมาสุราหรือสารเสพติดเฉียบพลัน และ/หรือความเสี่ยงต่อภาวะขาดสุราหรือสารเสพติด
2) สภาพและภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย
3) สภาพจิต เช่น อารมณ์ พฤติกรรม ระดับการรับรู้ และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
4) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5) แนวโน้มในการกลับไปดื่มซ้ำ การคงดื่มต่อไป และปัญหาเรื้อรังจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด
6) มิติสุดท้ายคือ การประเมินสภาพทางสังคมและที่อยู่อาศัยที่จะมีส่วนช่วยในการบำบัดฟื้นฟู

ข้อมูลจากการประเมินนี้จะช่วยในการเลือกระดับของการดูแลรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรจะได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อยก็อาจจะให้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปหรือดูแลแบบผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6: ให้การวินิจฉัยโรค ในบางกรณีการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมอาจจะทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการที่ผสมระหว่างอาการของโรคทางจิตเวชและอาการเมาหรือขาดสุรา หรือในบางกรณีอาการจากการใช้สุราหรือสารเสพติดก็อาจจะไปบดบังอาการทางจิตเวช หรือทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการทางจิตเวชที่ไม่เหมือนกับอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคนั้น

วิธีการเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับการซักประวัติอาการที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งอาการทางจิตเวชและลักษณะการใช้สารเสพติด รวมทั้งประวัติการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาก่อนหน้านั้น นอกจากนี้ ควรซักประวัติลำดับของการเกิดอาการทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับระยะเวลาของการใช้สุราหรือสารเสพติด เช่น อาการทางจิตนั้นเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการดื่มสุรา โดยทั่วไป โรคจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (substance-induced mental disorders) มักจะเกิดขึ้นในเวลาไม่เกิน 30 วันหลังจากหยุดใช้สารเสพติดนั้น[42] หากผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตเวชหลังจากหยุดดื่มสุราไปนานมากกว่า 30 วัน ผู้รักษาควรพิจารณาว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวชนั้นอีกโรคหนึ่งที่ไม่ใช่เป็นผลมาจากการดื่มสุราหรือไม่

ขั้นตอนที่ 7: ประเมินความพิการและความบกพร่องในการทำหน้าที่ การประเมินในส่วนนี้จะช่วยบอกว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตระดับใด เช่นผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้หรือไม่ ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงิน ความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้เพื่อจะเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 8: ประเมินจุดแข็งและปัจจัยเกื้อหนุน การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมควรครอบคลุมถึงจุดแข็งของผู้ป่วย ทักษะทางสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ ความสนใจหรือความสามารถพิเศษ สัมพันธภาพส่วนบุคคล เครือข่ายหรือแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา กิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยทำแล้วประสบความสำเร็จและความภาคภูมิใจในชีวิต การประเมินคุณสมบัติทางบวกของผู้ป่วยนอกเหนือไปจากการประเมินความบกพร่องหรือปัญหาที่ผู้ป่วยมีนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 9: ประเมินความจำเป็นในการได้รับความช่วยเหลือด้านภาษาและวัฒนธรรม การประเมินความแตกต่างทางวัฒนธรรมจะมีความคล้ายคลึงกับการประเมินผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราทั่วไป ดังกล่าวรายละเอียดแล้วในบทที่ 13 ประเด็นที่ผู้รักษาควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมอาจจะมีลักษณะที่เข้าไม่ได้กับวัฒนธรรมการรักษาของหอผู้ป่วยเฉพาะทาง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชหรือหอผู้ป่วยที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาสำหรับภาวะทั้งสองที่เกิดขึ้นร่วมกัน หรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดที่จัดสำหรับผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง นอกจากนั้น ผู้ป่วยอาจจะมีความแตกต่างด้านภาษาหรือมีปัญหาในการอ่านเขียนหนังสือ ทำให้ไม่สามารถร่วมในการบำบัดรักษาที่จำเป็นต้องใช้การอ่านและเขียนหนังสือ

ขั้นตอนที่ 10: ประเมินปัญาด้านอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมี เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย อาชีพการงาน ปัญหาทางกฎหมาย ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร และความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาต่างมิติ ซึ่งอาจมีผลต่อการตอบสนองต่อการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาทางกฎหมายที่ทำให้ต้องไปรายงานตัวกับสำนักงานคุมประพฤติเป็นประจำ กิจกรรมนี้อาจจะเป็นสิ่งช่วยเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการดูแลรักษามากขึ้นหรือน้อยลงก็ได้

ขั้นตอนที่ 11: ประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลักการสำคัญอันหนึ่งในการเลือกวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมคือ การพิจารณาให้เหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลังเลใจ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะนั้น การประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้อาจจะทำโดยการใช้แบบประเมิน Stages of Change, Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) ซึ่งมีฉบับภาษาไทย ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 5

ขั้นตอนที่ 12: วางแผนการรักษา เป้าหมายของการประเมินทางคลินิกคือการได้ข้อมูลที่แม่นยำสำหรับเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้รักษาควรตระหนักว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การเลือกโปรแกรมหรือวิธีการรักษาต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับความจำเป็นและ

ความต้องการของผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษาควรคำนึงถึงการวินิจฉัยโรคทั้งทางจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปัจจัยสนับสนุนภายนอกอื่นๆ พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ของการบำบัดและตัวชี้วัดผลการบำบัดรักษาเอาไว้ล่วงหน้า ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยติดสุราที่อยู่ในระยะลังเลใจซึ่งมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายต่ำ การรักษาที่เหมาะสมอาจจะเป็นการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา ซึ่งประเมินด้วยการสัมภาษณ์จำนวนวันที่ไม่ดื่ม และรักษาอาการซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า รวมทั้งการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้อาการลดลง และประเมินจากการตรวจสภาพจิตซึ่งครอบคลุมถึงสภาพอารมณ์และอาการแสดงอื่นๆ (vegetative signs)

การวินิจฉัยและจำแนกภาวะโรคร่วม

เนื่องจากภาวะโรคร่วมหมายถึงการมีทั้งความผิดปกติทางจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุราเกิดขึ้นพร้อมกัน การวินิจฉัยภาวะนี้จึงเป็นการวินิจฉัยความผิดปกติทั้งสองชนิดที่เกิดขึ้นร่วมกันในผู้ป่วยคนหนึ่ง วิธีการที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะนี้จึงเป็นวิธีเดียวกันกับที่ใช้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ และความผิดปกติจากการดื่มสุรา อย่างไรก็ตาม นอกจากการวินิจฉัยความผิดปกติแต่ละชนิดแล้ว แพทย์หรือผู้รักษามักให้ความสำคัญกับการค้นหาว่าความผิดปกติใดเกิดขึ้นก่อน (primary หรือ secondary) และความผิดปกติทั้งสองเมื่อเกิดร่วมกันมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือไม่ และมีผลต่อการเลือกใช้ยาหรือวิธีการรักษาทางจิตสังคมด้วยหรือไม่

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าภาวะโรคร่วมสามารถเกิดขึ้นได้สี่รูปแบบ โดยสองรูปแบบเป็นลักษณะที่ผู้ป่วยมีสองโรคที่เป็นอิสระต่อกันแต่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน และอีกสองรูปแบบเป็นลักษณะที่โรคร่วมทั้งสองโรคนี้เป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน ในทางปฏิบัติสิ่งที่สำคัญคือการแยกให้ได้ว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาจากการดื่มสุราและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยนั้นเป็นสองโรคที่แยกจากกัน เช่นเป็นทั้งโรคติดสุราและโรคซึมเศร้าพร้อมกัน (co-occurring alcohol dependence and major depressive disorder) หรือผู้ป่วยเป็นโรคติดสุรามาก่อน และอาการซึมเศร้านั้นเป็นผลมาจากการดื่มสุรา (alcohol-induced depressive disorder)

ความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สุราหรือสารเสพติดสามารถจะแยกได้จากความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ได้เป็นผลจากสารเสพติดได้ที่ระยะเวลาที่เกิดอาการทางจิตหลังการหยุดใช้สารและความรุนแรงของอาการ[42] ยกตัวอย่างเช่น alcohol-induced depressive disorder จะแยกจาก major depressive disorder ได้ดังนี้

- ถ้าเป็น alcohol-induced depressive disorder ผู้ป่วยต้องมีอาการของโรคซึมเศร้าชัดเจน (เช่น อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น)

อาการเหล่านี้เป็นผลมาจากการดื่มสุรา โดยที่อาการต้องเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราหรือเมาสุรา

- ถ้าเป็น major depressive disorder อาการของโรคซึมเศร้าอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มต้นดื่มสุราแบบหนักเป็นประจำหรือเป็นโรคติดสุรา อาการที่เกิดขึ้นจะต้องคงอยู่นานพอสมควร หรือประมาณ 1 เดือนหลังจากที่ภาวะเมาสุราหรือขาดสุราหายไปแล้ว อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรงมากกว่าที่จะเป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราในช่วงสั้นๆ นอกจากนั้น ผู้ป่วยอาจมีประวัติว่าเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อนแล้ว และครั้งนี้เป็นอาการที่กำเริบขึ้นมาใหม่ (recurrent major depressive episode)[42]

การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำจะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมาก ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่เป็น alcohol-induced depression ซึ่งมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราอย่างหนัก หากให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราและให้การรักษาแบบประคับประคองในระยะขาดสุรา อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจะหายไปเองได้ภายในเวลาไม่กี่วัน โดยไม่ต้องใช้ยาต้านเศร้า แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราร่วมกับการป่วยด้วย major depressive disorder ซึ่งเป็นภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลานานต่อเนื่อง และต้องให้การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราด้วย

Alcohol-induced mental disorders

ในการจำแนกโรคตามระบบ ICD-10 นั้น โรคหรือภาวะทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราจัดอยู่ในหมวด F10.-Mental and behavioural disorders due to use of alcohol ดังได้กล่าวรายละเอียดแล้วในบทที่ 6 ซึ่งในหมวดนี้นอกจากจะมีภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราซึ่งรวมถึงการดื่มแบบอันตรายและโรคติดสุรา ภาวะเมาสุรา และภาวะขาดสุราแล้ว ยังมีโรคจิตเวชที่เป็นผลจากการดื่มสุราอีกห้าหมวดใหญ่ คือ F10.5 Psychotic disorder, F10.6 Amnesic syndrome, F10.7 Residual and late-onset psychotic disorder, F10.8 Other mental and behavioural disorders และ F10.9 Unspecified mental and behavioural disorder[43]

F10.5 Psychotic disorder หมายถึง กลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือเกิดขึ้นทันทีหลังจากการดื่มสุรา และมีลักษณะสำคัญคือ ประสาทหลอนแบบชัดเจนมีชีวิตชีวา (vivid hallucinations) ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นประสาทหลอนทางหู แต่ก็อาจจะมีประสาทหลอนมากกว่าหนึ่งรูปแบบได้บ่อยๆ misidentifications การหลงผิดหรือเข้าใจผิด (ideas of reference) ซึ่งมักจะเป็นแบบหวาดระแวงหรือประสงค์ร้าย psychomotor disturbances (ตื่นเต้นมากไปหรือง่วงซึม) การแสดงอารมณ์ผิดปกติซึ่งอาจมีลักษณะตั้งแต่หวาดกลัวไปจนถึงครึกครื้นรื่นเริง (ecstasy) การรู้สึกตัวมักจะยังคงเป็นปกติแต่ก็อาจจะมีลักษณะคลุมเครือได้บ้าง (clouding of consciousness) แต่ไม่สับสนจนเกินไป ความผิดปกติเหล่านี้มักจะหายไปบางส่วนภายใน 1 เดือนและหายสนิทภายใน 6 เดือน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมฯ กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นจากการใช้สุราหรือสารเสพติด

ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคจิตเวช	โรคจิตเวชที่เป็นผลมาจากความผิดปกติจากการดื่มสุรา
• โรคจิตเวชเกิดขึ้นเอง โดยไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ผู้ป่วยมีลักษณะที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (major psychiatric disorder) ถึงแม้ว่าเขาไม่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา • ผู้ป่วยมีการวินิจฉัยตาม DSM Axis I เป็นโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่ง เช่น schizophrenia หรือ mood disorder • ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อรักษาอาการทางจิตเวช หากหยุดยา ผู้ป่วยอาจจะมีอาการของโรคกลับขึ้นมาใหม่หรือมีอาการเลวลงได้ • การดื่มสุราอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้อาการทางจิตเวชรุนแรงขึ้นได้ แต่อาการเหล่านี้มักจะคงอยู่เป็นเวลานานหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านพ้นจากภาวะขาดสุราแล้ว • ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง (severe psychiatric disorder) มักมีอาการทางจิตเวชหลงเหลืออยู่ (residual symptom) ถึงแม้ว่าจะอยู่ในระยะที่โรคสงบลงแล้วก็ตาม เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจจะแยกตัวจากสังคม หรือมีอารมณ์ไม่เหมาะสม และเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ซึ่งจะแยกได้จากผู้ติดสุราซึ่งไม่มีโรคทางจิตเวชที่รุนแรง	• ผู้ป่วยมีอาการติดสุราอย่างรุนแรงมาเป็นเวลานานหลายปีแล้ว หรืออาจติดสารเสพติดชนิดอื่นด้วยก็ได้ • ผู้ป่วยมักจะมีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial • ผู้ป่วยมักมารับการรักษาในแผนกเฉพาะสำหรับผู้ใช้สุราหรือสารเสพติด • ผู้ป่วยอาจจะมารับการรักษาในแผนกจิตเวช เนื่องจากมีอาการโรคจิตเฉียบพลัน (acute psychotic symptoms) ที่เป็นจาก “พิษ” (toxic) ของแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการเฉียบพลันของโรคจิตก็ได้ ซึ่งอาการนี้เกิดจากการกระตุ้นของแอลกอฮอล์ โดยที่ผู้ป่วยมักไม่มีโรคทางจิตเวชอยู่ก่อน • อาการเฉียบพลันนี้จะหายไปหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเมาสุราหรือขาดสุราไปแล้ว ซึ่งมักใช้เวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ แต่ก็มีบางรายที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เป็นเดือน • ผู้ป่วยมักไม่มีอาการทางจิตเวชหลงเหลืออยู่ (residual symptoms) เมื่ออาการเฉียบพลันหายไปทั้งหมดแล้ว

แนวทางการวินิจฉัยภาวะในหมวดนี้คือ อาการโรคจิตนี้มักเกิดขึ้นในระหว่างหรือทันทีหลังจากการดื่มสุรา ส่วนใหญ่แล้วเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้เป็นอาการของภาวะขาดสุราแบบ delirium tremens ในกรณีที่อาการโรคจิตนี้เกิดขึ้นภายหลัง 2 สัปดาห์ของการดื่มสุรา ควรให้การวินิจฉัยเป็น F10.75 Late-onset psychotic disorder

ผู้ป่วยที่เป็น alcohol-induced psychotic disorder อาจจะมาด้วยอาการแตกต่างกันขึ้นกับบุคลิกภาพพื้นฐานของผู้ป่วย ควรระมัดระวังการวินิจฉัยผิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่รุนแรงกว่า เช่น วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภททั้งๆ ที่ผู้ป่วยน่าจะเป็น alcohol-induced psychosis มากกว่า ซึ่งเป็นภาวะที่มักจะเกิดขึ้นเป็นเวลาสั้นๆ หากผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราต่อ การวินิจฉัยผิดจึงทำให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบทางลบทั้งต่อผู้ป่วยและระบบบริการ

ชื่ออื่นๆ ที่ใช้เรียกโรคในกลุ่มนี้คือ alcoholic hallucinosis, alcoholic jealousy, alcoholic paranoia และ alcoholic psychosis NOS

โรคอื่นๆ ที่ต้องวินิจฉัยแยกจากโรค alcohol-induced psychotic disorder คือ โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่อาจจะถูกกระตุ้นให้เกิดอาการหรือให้อาการรุนแรงมากขึ้นด้วยการใช้สารเสพติด เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน บุคลิกภาพผิดปกติแบบหวาดระแวงหรือแบบ schizoid เป็นต้น

ในการลงรหัสโรคในกลุ่มนี้ แพทย์สามารถระบุลักษณะของอาการให้ละเอียดยิ่งขึ้นได้ ดังนี้

F10.50 Schizophrenia-like
F10.51 Predominantly delusional
F10.52 Predominantly hallucinatory (includes alcoholic hallucinosis)
F10.53 Predominantly polymorphic
F10.54 Predominantly depressive symptoms
F10.55 Predominantly manic symptoms
F10.56 Mixed

F10.6 Amnesic syndrome เป็นกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของความจำระยะสั้นเป็นลักษณะเด่น ส่วนความจำระยะยาวอาจจะบกพร่องได้ด้วยในบางคน แต่ความจำระยะกระชั้นชิด (immediate recall) ยังเป็นปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการสับสนเรื่องเวลาและลำดับของเหตุการณ์ต่างๆ และมีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผู้ป่วยมักมีลักษณะ “โกหกพกลม” (confabulation) ปรากฏชัดเจน ความสามารถทางการนึกคิดและเข้าใจด้านอื่นๆ มักยังคงเป็นปกติ และความบกพร่องของความจำมักมีความรุนแรงไม่เป็นสัดส่วนกับความผิดปกติของระดับการนึกคิดและเข้าใจด้านอื่นๆ

แนวทางการวินิจฉัยกลุ่มโรคนี้คือ กลุ่มโรค amnesic ที่เกิดจากการดื่มสุราต้องมีลักษณะตามหลักเกณฑ์ในการวินิฉัย organic amnesic syndrome โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้

1. มีความบกพร่องของความจำซึ่งแสดงออกโดยการบกพร่องของความจำระยะสั้น (การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ) ความผิดปกติของการเข้าใจเวลา (เปลี่ยนลำดับการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ หรือนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไกลๆ หลายเหตุการณ์รวมเป็นเหตุการณ์เดียวกัน)
2. ไม่มีความบกพร่องของความจำระยะกระชั้นชิด ระดับการรู้สึกตัว และความสามารถในการนึกคิดและเข้าใจด้านอื่นๆ โดยทั่วไป
3. มีประวัติหรือหลักฐานของการดื่มสุรา (โดยมากมักจะเป็นการดื่มหนัก) ยืนยันชัดเจน

ผู้ป่วยอาจจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย มักจะเป็นในลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ (apathy) ขาดความคิดริเริ่ม และมีแนวโน้มที่จะไม่ดูแลตนเอง แต่การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพนี้ไม่จัดเป็นเงื่อนไขจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคนี้

ถึงแม้ว่ามักจะพบการโกหกพกลมได้อย่างชัดเจน แต่ไม่ควรถือว่าลักษณะนี้เป็นเงื่อนไขจำเป็นสำหรับการวินิฉัยโรคเช่นกัน

ชื่ออื่นที่ใช้เรียกโรคนี้คือ Korsakov's psychosis or syndrome

โรคที่ต้องวินิจฉัยแยกจากโรคนี้คือ organic amnesic syndrome (nonalcoholic), หรือโรคทางสมองอื่นๆ ที่มีการบกพร่องของความจำ เช่น dementia หรือ delirium และ depressive disorder

F10.7 Residual and late-onset psychotic disorder เป็นความผิดปกติของการนึกคิดและเข้าใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ หรือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการดื่มสุรา แต่อาการคงอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่น่าจะเป็นผลโดยตรงของการดื่มสุรา (เช่น ไม่ได้เป็นอาการของภาวะเมาสุรา)

แนวทางการวินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้คือ การเกิดอาการครั้งแรกควรสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุรา ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกเกิดขึ้นภายหลังจากหยุดดื่มสุราไปแล้วจะต้องมีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าภาวะที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลจากฤทธิ์ที่หลงเหลืออยู่ของแอลกอฮอล์ อาการที่เกิดขึ้นในภาวะนี้จะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากระดับความสามารถตามปกติของผู้ป่วย

ถ้าเป็น alcohol-induced dementia อาการอาจจะไม่จำเป็นต้องคงอยู่ถาวร หากผู้ป่วยหยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาดเป็นเวลานานสักระยะหนึ่ง ระดับความสามารถของสติปัญญาและความจำอาจจะกลับมาดีขึ้นก็ได้

ควรต้องแยกภาวะนี้ออกจากภาวะที่สัมพันธ์กับการขาดสุราด้วยความระมัดระวัง เพราะในบางกรณี ภาวะขาดสุราอาจจะคงอยู่นานหลายวันหรือหลายสัปดาห์หลังจากหยุดดื่มสุรา

หากผู้ป่วยมีอาการที่เข้าได้กับการวินิฉัยกลุ่มโรค F10.5, alcohol-induced psychotic disorder ไปแล้ว ก็ไม่ควรวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นกลุ่มโรค F10.7 alcohol-induced residual and late-onset

psychotic disorder นี้อีก และผู้ป่วยที่เป็นระยะสุดท้ายเรื้อรังของ Korsakov's syndrome ก็ไม่ควรถูกวินิจฉัยภายใต้กลุ่มโรคนี้เช่นกัน

ในการวินิจฉัยแยกโรค ควรพิจารณาโรคจิตเวชอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นมาก่อนแต่อาจจะถูกบดบังด้วยการดื่มสุรา หรืออาการเพิ่งมากำเริบขึ้นมาใหม่หลังจากที่ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์หมดไป ตัวอย่าง เช่น โรคแพนิก โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือ schizotypal disorder ในกรณีที่ผู้ป่วยมี flashbacks ควรคิดถึงโรคจิตแบบชั่วคราวและเฉียบพลันด้วย (acute และ transient psychotic disorders) นอกจากนี้ควรนึกถึงการบาดเจ็บของสมอง และภาวะปัญญาอ่อนแบบรุนแรงน้อยหรือปานกลางซึ่งอาจจะพบร่วมกับการดื่มสุราแบบอันตรายก็ได้

ในการลงรหัสโรคในกลุ่มนี้ แพทย์สามารถระบุลักษณะของอาการให้ละเอียดยิ่งขึ้นได้ ดังนี้

F10.70 Flashbacks ซึ่งอาจจะแยกจากโรคจิตอื่นๆ (psychotic disorders) ได้ตรงที่ภาวะ flashbacks จะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นๆ (เป็นวินาทีหรือนาที) และลักษณะอาการจะคล้ายคลึงกับอาการในขณะที่ดื่มสุรา

F10.71 Personality or behaviour disorder ผู้ป่วยต้องมีลักษณะที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์การวินิจฉัย organic personality disorder (F07.0)

F10.72 Residual affective disorder ผู้ป่วยต้องมีลักษณะที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์การวินิจฉัย organic mood [affective] disorders (F06.3)

F10.73 Dementia ผู้ป่วยต้องมีลักษณะที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์ทั่วไปในการวินิจฉัย dementia

F10.74 Other persisting cognitive impairment เป็นรหัสสำหรับวินิจฉัยภาวะอื่นๆ ที่เหลือที่มีอาการของการนึกคิดและเข้าใจบกพร่องที่คงอยู่ถาวร ซึ่งไม่เข้ากับหลักเกณฑ์การวินิฉัยโรค alcohol-induced amnesic syndrome (F10.6) หรือ dementia (F10.73)

F10.75 Late-onset psychotic disorder

ส่วนการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม alcohol-induced mental disorders ตามระบบ DSM นั้น (ทั้ง DSM-IV-TR และ DSM-5 ใช้หลักเกณฑ์เหมือนกัน) โดยทั่วไปจะมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 3-5 ข้อดังนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องมีอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคจิตเวชของกลุ่มนั้นๆ เช่น ถ้าเป็น alcohol-induced anxiety disorder ผู้ป่วยต้องมีอาการวิตกกังวล panic attacks หรือย้ำคิดย้ำทำเป็นลักษณะทางคลินิกที่เด่นชัด

2. มีหลักฐานยืนยันจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นในระหว่างหรือภายใน 1 เดือนของภาวะเมาสุราหรือขาดสุรา

3. อาการในข้อ ก. ต้องไม่ได้เป็นอาการของโรคจิตเวชนั้นโดยตรงที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มสุรา เช่น ไม่ได้เป็นอาการของโรค anxiety disorder โดยหลักฐานที่จะระบุว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคจิตเวชนั้นโดยตรงได้แก่ อาการเกิดขึ้นก่อนการเริ่มดื่มสุรา อาการที่เกิดขึ้นคงอยู่นานพอสมควร (ประมาณ 1 เดือน) หลังจากที่ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะที่มีภาวะเมาสุราหรือขาดสุราไปแล้ว หรืออาการนั้นรุนแรงมากเกินกว่าที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้จากการดื่มสุรา หรือมีหลักฐานอื่นๆ แสดงว่าอาการนั้นเป็นจากโรคจิตเวชนั้นโดยตรง (เช่น มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรามาก่อนในอดีต)

4. อาการต้องไม่เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่มีภาวะ delirium (หลักเกณฑ์การวินิจฉัย alcohol-induced sexual dysfunction ไม่มีข้อ ง. นี้)

5. อาการที่เกิดขึ้นต้องทำให้เกิดความทุกข์ทรมานที่มีนัยสำคัญทางคลินิก หรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือหน้าที่สำคัญอื่นๆ (หลักเกณฑ์การวินิจฉัย alcohol-induced psychotic disorder และ alcohol-induced sexual dysfunction ไม่มีข้อ จ. นี้)

โรคจิตเวชที่เป็นผลจากการดื่มสุราตามระบบ DSM มี 7 โรคดังนี้ alcohol-induced dementia, amnestic disorder, psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, sexual dysfunction และ sleep disorder

เครื่องมือคัดกรองและวินิจฉัยภาวะโรคร่วม

ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 4 และ 6 ว่ามีเครื่องมือหลายชนิดที่สามารถใช้คัดกรองหรือวินิจฉัยปัญหาการดื่มสุราและภาวะโรคร่วม ตัวอย่างเครื่องมือคัดกรองที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมด้วย ได้แก่ Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)[44,45], Co-occurring Disorder Screening Instrument (COMM)[46,47] (ดูรายละเอียดในบทที่ 4) และ DrugCheck Problem List (PL)[48] ส่วนเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยภาวะโรคร่วมได้มักเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือกึ่งโครงสร้าง (structured- or semi structured-interview schedule) ตัวอย่างของแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่ Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS)[9,49], Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)[50,51], Composite International Diagnostic Interview (CIDI)[52], Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)[53] (ดูรายละเอียดในบทที่ 6) และ Psychiatric Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)[54] ในเวชปฏิบัติผู้รักษาจำเป็นต้องวินิจฉัยกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล หรือกลุ่มอาการทางจิตเวชอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดให้ได้ การฝึกใช้เครื่องมือที่มีโครงสร้าง เช่น AUDADIS, CIDI, SCAN หรือแบบสัมภาษณ์อื่นๆ จะมีประโยชน์ในทางคลินิก เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยภาวะความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่ง

ในการสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบปกติอาจจะลืมหรือได้ข้อมูลของภาวะต่างๆ ไม่ครบถ้วนก็ได้ นอกจากนี้ เครื่องมือวินิจฉัยหลายเครื่องมือ เช่น PRISM หรือ M.I.N.I. ยังทำให้สามารถจำแนกได้ว่ากลุ่มอาการทางจิตเวช ตัวอย่างเช่น major depression ที่ผู้ป่วยมีนี้เป็นกลุ่มอาการปฐมภูมิหรือเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการใช้สุราหรือสารเสพติด (substance-induced) หรือเป็นเพียงอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากฤทธิ์ของสารเสพติดที่ใช้อยู่ การที่จะวินิจฉัยได้ถูกต้องแม่นยำต้องอาศัยข้อมูลที่น่าเชื่อถือจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย รวมทั้งอาจจะต้องติดตามผู้ป่วยระยะยาวหรือใช้ผลการตอบสนองต่อการรักษาประกอบในการวินิจฉัย การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำจะทำให้ผู้รักษาสามารถวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอีกด้วย[41]

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม

ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมักมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และตอบสนองต่อการรักษาน้อย รวมทั้งใช้ค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลรักษาสูง เพราะต้องดูแลรักษาทั้งสองหรือสามภาวะที่เกิดขึ้นร่วมกัน ในหลายๆ ประเทศรวมทั้งในประเทศไทยยังมีสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพจำนวนน้อยที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีทั้งปัญหาจากการดื่มสุราและโรคจิตเวชเกิดขึ้นพร้อมกันได้ สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยแยกระหว่างการดูแลผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชออกจากกัน ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมไม่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาทั้งสองด้านไปพร้อมๆ กัน หรือได้รับการรักษาเพียงด้านเดียว เช่น หากผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานบำบัดสารเสพติดก็อาจจะได้รับการดูแลรักษาปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพียงด้านเดียว แต่ถ้าไปโรงพยาบาลจิตเวชก็อาจจะได้รับการรักษาปัญหาโรคจิตเวชเพียงด้านเดียวเช่นกัน แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริก ผลจากการสำรวจครัวเรือนก็พบว่า ผู้ที่มีทั้งความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรงและปัญหาจากการใช้สารเสพติดเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดรักษาสำหรับทั้งสองปัญหา[55] ปัญหานี้จึงยังเป็นปัญหาที่คงมีอยู่ต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ

รูปแบบของระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมอาจแบ่งออกได้เป็นสี่รูปแบบ[42]

- **การให้บริการแยกส่วนทีละระบบต่อกันไป (Serial or sequential or consecutive services)** เป็นการบริการที่แยกส่วนระหว่างหน่วยบริการผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดและผู้ป่วยโรคจิตเวช ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเรียงลำดับไปตามความรุนแรงของปัญหา เช่น ถ้าปัญหาหลักของผู้ป่วยเป็นปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ป่วยก็จะได้รับบริการในหน่วยบำบัดสุราก่อนจนอาการดีขึ้น แล้วจึงถูกส่งต่อหรือได้รับคำแนะนำให้ไปรับการรักษาที่หน่วยบริการทางจิตเวชต่อไป รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ใช้ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่ไม่ได้บูรณการบำบัดรักษาระหว่างแผนก หากทีมผู้รักษาทีมแรกไม่ได้ส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาให้กับทีมผู้รักษาทีมต่อไปก็จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยขาดความเชื่อมโยง

- **การให้บริการทั้งสองระบบขนานกันไป (Parallel services)** ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาสำหรับปัญหาทั้งสองด้านไปพร้อมๆ กัน แต่ทีมผู้รักษาสองทีมแยกจากกัน หากทีมผู้รักษาทั้งสองทีมขาดการติดต่อสื่อสารประสานงานซึ่งกันและกันก็จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยคนเดียวกันขาดความเชื่อมโยง และอาจจะมีปัญหาเกี่ยงความรับผิดชอบหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งมักจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง เพราะผู้ป่วยอาจจะต้องเดินทางไปรับการรักษาที่หน่วยบริการทั้งสองแห่งที่อยู่ห่างจากกัน และอาจจะได้รับยาซ้ำซ้อนกัน หรือได้รับคำแนะนำหรือการดูแลรักษาที่ขัดแย้งกันระหว่างสองระบบก็ได้
- **การให้บริการทั้งสองด้านแบบบูรณการในหน่วยบริการเดียว (Integrated or specialist dual diagnosis team services)** เป็นการดูแลรักษาแบบผสมผสานโดยทีมผู้รักษาทีมเดียวซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมระหว่างโรคจิตเวชและโรคจากการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ เป็นระบบที่ได้ผลดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้นทุนต่ำ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดูแลรักษา แต่หน่วยบริการที่มีทีมผู้รักษาที่มีความสามารถในการดูแลปัญหาทั้งสองระบบมักจะมีน้อย สำหรับในประเทศไทยโรงพยาบาลจิตเวชหรือคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์ที่สนใจงานด้านสารเสพติดมักจะให้บริการแบบนี้ได้
- **การให้บริการจากทีมผู้รักษาเฉพาะด้านสองระบบที่ทำงานร่วมกัน (Shared care model)** ตามรูปแบบนี้ผู้รักษาสองทีมจะร่วมมือกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหนึ่งคนที่รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยคนหนึ่ง แต่มีทีมบุคลากรสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชและผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดสองทีมทำงานประสานกัน รูปแบบนี้จะทำให้การดูแลรักษาปัญหาทั้งสองด้านของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและไร้รอยต่อ (seamless) ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปมาระหว่างสองหน่วยบริการ ทีมผู้รักษาจะได้รับการฝึกหัดให้มีทักษะเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอีกด้านหนึ่งไปในตัว

จิตสังคมบำบัดสำหรับภาวะโรคร่วม

ดังได้กล่าวแล้วว่าระบบการรักษาที่ดีน่าจะเป็นระบบที่บูรณการหรือประสานการดูแล อย่างไรก็ตาม จากรายงานการทบทวนงานวิจัยแบบเป็นระบบที่เพิ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2556 นี้ ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomized controlled trial; RCT) 32 งานที่ศึกษาผลของจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมระหว่างโรคจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด จำนวนตัวอย่างรวม 3,165 คน ผลของการทบทวนนี้สรุปได้ว่า ไม่พบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาระหว่างวิธีการบำบัดแต่ละรูปแบบ กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดรูปแบบต่างๆ ได้แก่ แบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้นที่ไม่บูรณการ (nonintegrated intensive case management) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) การนึกคิด-พฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavioral therapy) เพียงอย่างเดียว การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ

การนึกคิด-พฤติกรรมบำบัด การฝึกทักษะ หรือ contingency management กับการดูแลรักษาตามปกติ (usual treatment) อัตราการออกจากการรักษาที่เวลา 12 เดือน การตรึงผู้ป่วยให้อยู่ในโปรแกรมบำบัดที่ระยะเวลา 12 เดือน การลดการใช้สารเสพติด อัตราการกลับไปเสพซ้ำ การทำหน้าที่โดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างจิตสังคมบำบัดแต่ละแบบนี้กับการดูแลรักษาตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่างานวิจัยที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในด้านคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัย และยังจำเป็นต้องมีงานวิจัยขนาดใหญ่ที่มีคุณภาพเพื่อสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้ที่จะเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมในเวชปฏิบัติต่อไป[56]

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ผู้รักษาควรคำนึงว่า

- หากสามารถทำได้ ทีมผู้รักษาทีมเดียวควรให้การดูแลทั้งปัญหาการดื่มสุราและปัญหาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย
- หากใช้วิธีการบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน ต้องระมัดระวังว่าเนื้อหาและวิธีการของแต่ละรูปแบบจะไม่ทำให้ผู้ป่วยสับสน ในบางครั้งเมื่อผู้รักษาเน้นที่การรักษาอาการวิตกกังวลหรืออาการของโรคซึมเศร้ามากเกินไป ก็อาจจะทำให้ไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยเท่าที่ควร จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้หยุดหรือลดการดื่มลง ซึ่งก็จะมีผลให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาการทางจิตเวชได้อีกด้วย[57]

หากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรามีอาการทางจิตเวชที่ยังคงอยู่หลังจากหยุดดื่มสุรา (หรือดื่มปริมาณน้อยลงมาก) ไปแล้ว 3-6 สัปดาห์ หรือเพิ่งมีอาการทางจิตเวชเกิดขึ้นมาหลังหยุดดื่มไปแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการดูแลรักษาสำหรับปัญหาโรคจิตเวชตามแนวทางการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ จิตสังคมบำบัดที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเวชที่ไม่ได้เป็นร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุรา (เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิต) ได้แก่ การนึกคิด-พฤติกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด การนึกคิดบำบัด (cognitive therapy) และสัมพันธภาพบำบัด (interpersonal therapy) ส่วนวิธีการบำบัดแบบอื่นๆ นั้นยังมีผลการวิจัยสนับสนุนน้อย[58]

จิตเภสัชบำบัด

มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนประสิทธิผลของยาต่างๆ เช่นยาต้านเศร้ากลุ่มต่างๆ ยาต้านโรคจิต ยารักษาอาการแมเนีย ในการรักษาอาการทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานทางวิชาการน้อยที่แสดงว่าการรักษาโรคจิตเวชด้วยยาเหล่านี้จะทำให้การดื่มสุราของผู้ป่วยลดลงไปด้วยในระยะยาว แต่การรักษาด้วยยาร่วมกับจิตสังคมบำบัดจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ทั้งในด้านลดอาการทางจิตเวชและการดื่มสุรา[58]

(รายละเอียดเกี่ยวกับหลักการวางแผนและประเมินผลการรักษา และวิธีการบำบัดรักษาแต่ละรูปแบบ สามารถอ่านได้จากบทที่ 7, 10 และ 11)

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

การสำรวจระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในประเทศไทยได้ยืนยันว่า การมีภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคจิตเวชอื่นๆ มีความชุกสูง จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้นิพนธ์ก็พบผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วย หรือผู้ป่วยโรคติดสุรามีโรคจิตเวชอื่นๆ เช่นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลร่วมด้วยจำนวนมากเช่นกัน ด้วยข้อค้นพบเหล่านี้ ผู้นิพนธ์เห็นว่างานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมจึงมีโอกาสพัฒนาสูงในประเทศไทย ดังนี้

- การป้องกันโรคทุติยภูมิที่จะเกิดร่วมกับโรคปฐมภูมิที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อนแล้ว ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีโรคปฐมภูมิเป็นความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือโรคจิตเวชชนิดอื่น หากบุคลากรสุขภาพให้การดูแลรักษาโรคปฐมภูมิเป็นอย่างดี ให้ความสนใจว่าผู้ป่วยมีปัจจัยร่วมที่นำไปสู่การป่วยด้วยโรคทุติยภูมิตามมาและให้การดูแลปัจจัยนั้นด้วย ก็อาจจะป้องกันการเกิดโรคทุติยภูมิได้ ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา หากได้รับการดูแลรักษาให้เลิกดื่มสุราก็อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลตามมาได้
- การศึกษาหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันของการเกิดภาวะโรคร่วม รวมทั้งลักษณะการดำเนินโรคในคนไทย การศึกษาวิจัยทางด้านนี้ในคนไทย จะทำให้ทราบถึงลักษณะทางชีววิทยาหรือพันธุกรรม แบบแผนพฤติกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นลักษณะของคนไทย หรือชาวเอเชียเชื้อสายจีนหรือมุสลิม ซึ่งจะทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติทางจิตเวชกับการดื่มสุราในคนไทยเพียงพอที่จะวางแผนโครงการป้องกันหรือการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไทย
- การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม ดังได้กล่าวแล้วว่าในประเทศไทยในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเป็นปัญหาหลักก็มักไปรับบริการที่หน่วยบริการเฉพาะทางด้านสารเสพติด ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชก็ไปรับบริการที่คลินิกจิตเวชเป็นหลัก ส่วนหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมแบบบูรณการยังมีจำกัด ดังนั้น ควรพัฒนาวิธีการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะโรคร่วมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไทย พยายามส่งเสริมให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคุ้นเคยและยอมรับการใช้เครื่องมือคัดกรองและวินิจฉัยในเวชปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพและความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยโรค พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไทย และประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มทุนของวิธีการดังกล่าว รวมทั้งควรพัฒนาโปรแกรมการรักษาที่มีใช้อยู่แล้วให้ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วยไทยยิ่งขึ้น และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเหล่านั้นด้วย นอกจากนี้ ควรพัฒนาสถานบริการทางจิตเวช และสถานบริการสำหรับผู้ป่วยสารเสพติด ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมแบบบูรณการได้ พัฒนาระบบการให้บริการและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมเข้าถึงบริการและคงรับการรักษาต่อเนื่องได้มากยิ่งขึ้น และมีการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีความรู้ความสามารถมากขึ้น และก้าวทันวิทยาการที่ทันสมัยและมีการพัฒนาไปข้างหน้าอยู่ตลอดเวลาด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Banerjee S, Clancy C, Crome I, editors. Co-existing problems of mental disorder and substance misuse ("Dual diagnosis"): An information manual. London: Royal College of Psychiatrists; 2002.
2. Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3992. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 1998.
3. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry 1999;40:57-87.
4. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264:2511-8.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
6. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. Drug Alcohol Depend 2004;74:223-34.
7. Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. Int J Methods Psychiatr Res 2004;13:60-8.
8. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. Curr Opin Psychiatry 2012; 25:165-71.
9. Grant BF, Harford TC, Dawson DA, Chou PS, Pickering RP. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. Drug Alcohol Depend 1995;39:37-44.
10. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2007;64:830-42.
11. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug Alcohol Depend 2005;80:105-16.

12. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004:21-7.
13. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004:28-37.
14. Carra G, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Heider D, Brugha T, et al. The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2012;262:607-16.
15. Teesson M, Slade T, Mills K. Comorbidity in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust N Z J Psychiatry 2009;43:606-14.
16. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust N Z J Psychiatry 2011;45:957-67.
17. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงค์ปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;19:88-102.
18. Tantirungsi N, Assanangkornchai S. Prevalence, patterns, severity and associated factors of substance use among schizophrenic patients in southern Thailand (PhD thesis). Songkhla: Prince of Songkla University; 2014.
19. Kandel DB, Huang FY, Davies M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. Drug Alcohol Depend 2001;64:233-41.
20. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2004;61:361-8.
21. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug Alcohol Rev 2006;25:515-36.
22. บุญศิริ จันศิริมงคล, บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา; 2556.

23. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. Addiction 2006;101:s76-88.
24. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. Addict Behav 1998;23:717-34.
25. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addict Behav 1998;23:893-907.
26. Edwards AC, Sihvola E, Korhonen T, Pulkkinen L, Moilanen I, Kaprio J, et al. Depressive symptoms and alcohol use are genetically and environmentally correlated across adolescence. Behav Genet 2011;41:476-87.
27. Nurnberger JI, Jr., Wiegand R, Bucholz K, O'Connor S, Meyer ET, Reich T, et al. A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. Arch Gen Psychiatry 2004;61:1246-56.
28. Gizer IR, Ehlers CL, Vieten C, Feiler HS, Gilder DA, Wilhelmsen KC. Genome-wide linkage scan of antisocial behavior, depression, and impulsive substance use in the UCSF family alcoholism study. Psychiatr Genet 2012;22:235-44.
29. Nedic G, Nikolac M, Sviglin KN, Muck-Seler D, Borovecki F, Pivac N. Association study of a functional catechol-O-methyltransferase (COMT) Val108/158Met polymorphism and suicide attempts in patients with alcohol dependence. Int J Neuropsychopharmacol 2011; 14:377-88.
30. Koob GF. A role for GABA mechanisms in the motivational effects of alcohol. Biochem Pharmacol 2004;68:1515-25.
31. Brady KT, Verduin ML. Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders. Subst Use Misuse 2005;40:2021-41, 43-8.
32. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Kirisci L, Himmelhoch JM, Thase ME. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. Arch Gen Psychiatry 2005;62:37-45.
33. Feldstein Ewing SW, Filbey FM, Chandler LD, Hutchison KE. Exploring the relationship between depressive and anxiety symptoms and neuronal response to alcohol cues. Alcohol Clin Exp Res 2010;34:396-403.
34. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. Biol Psychiatry 2001;50:71-83.
35. Lazareck S, Robinson JA, Crum RM, Mojtabai R, Sareen J, Bolton JM. A longitudinal investigation of the role of self-medication in the development of comorbid mood and

drug use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Clin Psychiatry 2012;73:e588-93.

36. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. J Clin Psychiatry 1998;59: s26-30.
37. Heinz A, Schafer M, Higley JD, Krystal JH, Goldman D. Neurobiological correlates of the disposition and maintenance of alcoholism. Pharmacopsychiatry 2003;36:s255-8.
38. Nemeroff CB. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. Mol Psychiatry 1996;1:336-42.
39. Cosci F, Fava GA. New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. Clin Psychol Rev 2011;31:418-27.
40. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991;59:295-304.
41. Assanangkornchai S, Edwards JG. Clinical and epidemiological assessment of substance misuse and psychiatric comorbidity. Curr Opin Psychiatry 2012;25:187-93.
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed, text-revised). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
43. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) version for 2010. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2013 Dec 29]; Available from: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10-F19.
44. Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. Pediatrics 2000;105:948-53.
45. Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. J Adolesc Health 2001;29:125-30.
46. Duncan A, Sacks S, Melnick G, Cleland CM, Pearson FS, Coen C. Performance of the CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instruments (CODSIs) among minority offenders. Behav Sci Law 2008;26:351-68.
47. Sacks S, Melnick G, Coen C, Banks S, Friedmann PD, Grella C, et al. CJDATS co-occurring disorders screening instrument for mental disorders: a validation study. Crim Justice Behav 2007;34:1198-215.

48. Kavanagh DJ, Trembath M, Shockley N, Connolly J, White A, Isailovic A, et al. The DrugCheck Problem List: a new screen for substance use disorders in people with psychosis. Addict Behav 2011;36:927-32.
49. Assanangkornchai S, Geater AF, Saunders JB, McNeil DR. Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood home environment on the development of alcohol use disorders in a Thai population. Addiction 2002;97:217-26.
50. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998;59:s22-33.
51. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, กอบโชค จูวงษ์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และคณะ. M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview: Thai version 5.0.0-Revised 2007. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550 [ค้นเมื่อ 13 มกราคม 2557]; ค้นจาก: http://www.vms.skph.go.th/Download/MINI.pdf.
52. World Health Organization. The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2014 Jan 13]; Available from: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/.
53. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch Gen Psychiatry 1990;47:589-93.
54. Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. Am J Psychiatry 1996;153:1195-201.
55. Epstein J, Barker P, Vorburger M, Murtha C. Serious mental illness and its co-occurrence with substance use disorders, 2002 (DHHS Publication No. SMA 04-3905, Analytic Series A-24). Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services 2004.
56. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Schizophr Bull 2014; 40:18-20.
57. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: The University of Sydney; 2009.
58. Proude E, Lopatko O, Lintzeris N, Haber P. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. Sydney: The University of Sydney; 2009.

ดัชนี

4-A's 220
4P's Plus 95
5-HT3 antagonist 296

ก

กลุ่มช่วยเหลือกันเอง 357
กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม 343, 354
กับผู้ป่วย 123
การกลับไปติดซ้ำ 190
การก่อให้เกิดความมึนเมา 11
การกำหนดเป้าหมาย 214
การกำหนดอายุขั้นต่ำที่จะซื้อสุราได้ตามกฎหมาย 56
การขับขี่ขณะมึนเมา 54
การเข้าอกเข้าใจผู้ดื่มสุรา 214
การควบคุมการเข้าถึงสุรา 54
การจัดการรายกรณี 341
การดื่มแบบควบคุมได้ 4
การดื่มแบบปลอดภัย 4
การดื่มแบบพอประมาณ 4
การดื่มแบบไม่เป็นปัญหา 167
การดื่มแบบเสี่ยง 4
การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 4
การดื่มมากเกินไป 7
การดื่มระดับเสี่ยงอันตราย 39
การดื่มสุราในเยาวชนอายุก่อนเกณฑ์ 36
การดื่มสุราแบบปลอดภัย 7

การดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ 8
การดื่มหนักต่อครั้ง 4, 32, 36
การดูดซึมแอลกอฮอล์ 233
การตรวจระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด 109
การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในน้ำลาย 109
การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในปัสสาวะ 109
การตรวจสภาพจิต 137
การตลาดและโฆษณาสุรา 55
การถ่ายทอดทางพันธุกรรม 16
การนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา 182
การแนะนำแบบย่อ 54
การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน 344
การบำบัดแบบย่อ 54, 96
การบำบัดแบบย่อที่อิงตามผล ASSIST 215
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 318
การบำบัดรักษาเป็นลำดับขั้น 189
การฟื้นสภาพทางจิตวิญญาณ 342
การลดอันตราย 55, 369
การส่งเสริมการขาย 55
การสัมภาษณ์จูงใจ 318
การสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรค 124
การสำรวจการดื่มสุราในประเทศไทย 34
การสูญเสียปีสุขภาวะ 39, 41
การเสนอรายการทางเลือก 212
การเสริมพลังโดยชุมชน 337
การเสริมสมรรถนะแห่งตน 214
การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 31
การแสดงความรับผิดชอบ 211
การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 211
การให้ความรู้ 54
การให้คำแนะนำ 212

ข

ข้อคำนึงทางจริยธรรม 81
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 128

ค

ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม 128
ความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุรา 42
ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน 124
ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ 11
ความพร้อม 124
ความรุนแรงของภาวะติดสุรา 131, 132
ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 42
ความสูญเสียปีสุขภาวะ 31
คุณค่าความเป็นมนุษย์ 370

จ

จิตวิญญาณ 344

ช

ชนิดของสุรา 3
ชุมชนบำบัด 349

ด

ดัชนีการดื่มสุรา 38
ดัชนีคะแนนแบบแผนการดื่ม 33

ต

ตั้งวงเหล้า 126

น

นโยบายสุรา 53
ในโรงเรียน 60

บ

บรรทัดฐานการดื่มสุราของประชากรไทย 38
บุคลิกภาพและพฤติกรรม 16
แบบแผนการดื่ม 9, 32, 37
แบบแผนการดื่มสุรา 37, 124, 125

ป

ปฏิบัตินิยม 344, 369
ปริมาณการดื่ม 9
ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากร 29
ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากร 30
ปริมาณเฉลี่ยของสุราที่ดื่มต่อวัน 32
ปริมาณสุราที่ดื่มต่อหัวประชากร 33
ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม 16
ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา 11
ปัจจัยป้องกัน 12
ปัจจัยเสี่ยง 12
ปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา 44
เป้าหมายการดื่มสุรา 184
เป้าหมายของการรักษา 123
โปรแกรมในชุมชน 54
โปรแกรมป้องกัน 60
โปรแกรมป้องกันในครอบครัว 59
โปรแกรมป้องกันในโรงเรียน 60
โปรแกรมป้องกันแบบหลายองค์ประกอบ 61

ผ

ผลกระทบจากการดื่มสุรา 132
ผู้ป่วยจิตเวช 85

พ

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 65-67

พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 64
พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ 37, 44
พิษของแอลกอฮอล์ 234

ภ

ภาระโรค 32, 41
ภาระโรคจากการดื่มสุรา 39
ภาระโรคทั่วโลก 31
ภาวะเครียด 16
ภาวะโรคร่วม 5, 138
ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช 136
ภาษีสรรพสามิตสุรา 64
ภาษีสุรา 55, 56

ม

มีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ 31
ไม้บรรทัดวัดความพร้อม 130

ย

ยากันชัก 297, 298
ยาต้านโรคจิต 299
ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ 68

ร

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 84, 235, 238
ระบบยุติธรรม 88
แรงจูงใจ 123, 124
โรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา 5
โรคซึมเศร้า 295
โรคติดสุรา 5
โรคร่วมทางจิตเวช 135

ฤ

ฤทธิ์เสพติดของแอลกอฮอล์ 11

ล

ลักษณะทางพันธุกรรม 13

ว

วงจรรางวัล 283, 293, 295
วางแผนการรักษา 123
วิถีพุทธ 357

ส

สร้างสัมพันธภาพ 123
สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 9
สุรานอกระบบ 56

ห

หญิงตั้งครรภ์ 86
หน่วยดื่มมาตรฐาน 6, 126, 128
หลัก 12 ขั้นตอน 345
ห้องฉุกเฉิน 84
หอผู้ป่วยใน 85
อัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิภาพ 210
อายุขั้นต่ำในการซื้อสุรา 64
อุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 45
แอลกอฮอล์ในเลือด 242

INDEX

A

Acamprosate 286, 287, 289, 290
Acetaldehyde 13, 279
Adult per capita consumption; APC 29
Advice 212
Agoraphobia 296
Alcohol abuse 4, 159
Alcohol dehydrogenase (ADH) 13, 279
Alcohol dependence 5, 160
Alcohol flushing reaction 13
Alcoholic cerebellar degeneration 139
Alcoholics Anonymous 343
Alcohol-induced dementia 426
Alcohol-induced depressive disorder 422
Alcohol-induced disorders 5
Alcohol-induced mental disorders 423
Alcohol-induced psychotic disorder 425
Alcohol-induced sexual dysfunction 428
Alcohol policy 53
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) 83, 95, 204
Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) 204
Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS) 168
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT 42, 91
Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 247
Aldehyde dehydrogenase (ALDH) 13
Anticonvulsants 297
Anticraving 283

Antipsychotic drugs 299
ASSIST 96, 203, 205
ASSIST-linked brief intervention 203

B

Baclofen 300, 301
Behavioral couples therapy (BCT) 340
Behavioral therapies 335
Benzodiazepines 254
Binge drinking 4, 32, 83
Blackouts 246
Blood alcohol concentration; BAC 84, 233
Brief advice 54
Brief-ASSIST 86
Brief behavioural counseling intervention 200
Brief intervention 54
Buspirone 297

C

CAGE 90
CAGE-AID (CAGE - Adapted to Include Drugs) 105
Carbamazepine (CBZ) 256
Carbohydrate deficient transferrin (CDT) 144
Case finding 79
Circadian system 14
Citalopram 295
Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) 247
Clinimetric approach 415
Cognitive-behavioral therapy (CBT) 333
Cognitive behavior coping skills therapy (CBT) 315
COMBINE Project 287

Community integration 183
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) 337
Community Reinforcement Approach 337
Comorbidity 5
Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 169
Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) 407
Contingency Management (CM) 335
Controlled drinking 4
Co-occurring Disorder Screening Instrument (CODSI) 107
Course specifier 165
CRAFFT 106

D

DALY 39
DARES 319
Delirium tremens: DTs 245, 250
Dependence 11
Designated driver 54
Diagnostic interview 124
Diagnostic tool 168
Disability-Adjusted Life Years; DALY 31
Disulfiram 280
Disulfiram 279, 281, 282
Disulfiram-alcohol interaction 281, 282
Dopamine 244, 283, 293, 299
Drug Abuse Screening Test (DAST) 106
Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen 95
DSM-5 427
DSM-IV-TR 427
DTs 252

E

Early remission 165, 167
Empathy 214
Establishing a drinking goal 214
European Schizophrenia Cohort (EuroSC) 407
European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) 407

F

F10.5 Psychotic disorder 423
F10.6 Amnesic syndrome 425
F10.7 Residual and late-onset psychotic disorder 426
F10.-Mental and behavioural disorders due to use of alcohol 423
Fast Alcohol Screening Tool (FAST) 84
Feedback 211
Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) 86
Fetal Alcohol Syndrome (FAS) 86
Fixed dose 264
Fixed dose regimen 254
Flashbacks 427
Flumazenil 256
Fluoxetine 295
Four-quadrant 418
FRAMES 216
Front loading regimen 254
Full remission 165

G

GABA 299
$GABA_A$ receptors 243, 244
GABA receptors 286
GABA type A 235

Gamma-aminobutyric acid (GABA) 14
Gammahydroxybutyric acid (GHB) 299
Global burden of disease 31
Good behavior game 60
Graduated licensing 58

H

Harmful alcohol use 4
Harmful use of alcohol 158
Harm reduction 55, 369
Hazardous alcohol use 4
Humanistic Values 370

I

ICD-10 423
Ignition interlock 54
Incremental cost effectiveness ratio; ICER 208, 210
Indirect biological marker 143
Intoxication 11
Intravenous loading regimen 255

K

Kindling mechanism 414
Korsakoff syndrome 139
Korsakov's psychosis 426

L

Ldehyde dehydrogenase (ALDH) 279
Life skills training programme 60
Low-risk drinking 4

M

Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity (Project MATCH) 314
Medical management (MM) 287
Menu of alternative change options 212
Mesa Grande 187, 318
Metadoxine 241, 242
Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) 89
Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 169
Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.) 42
Mini Mental State Examination (MMSE) 139
Moderate drinking 4
Modified Tri-level method 37
Motivation 124
Motivational enhancement therapy (MET) 315, 318
Motivational interviewing (MI) 318
Multi-component prevention programme 59
Multidimensional family therapy (MDFT) for adolescents 341
Multisystemic therapy (MST) for adolescents 340

N

Nalmefene 290-294
Naltrexone 284-286
National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) 406
National Survey of Mental Health and Wellbeing 407
NMDA glutamate receptors 243, 286
Non-pathological use of alcohol 167
Nuclear factor-κB–related genes 14

O

OARS 320
Ondansetron 296, 297

Opioid receptors 292, 293
Opportunistic brief intervention 199
Organic amnesic syndrome 426
Oxcarbamazepine 257

P

Partial remission 165
Pattern of drinking 9
Patterns of drinking score 33
Phramongkutklao Model; PMK Model 355
Physiological dependence 165
Pragmatism 344, 369
Price elasticity 55
Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) 107
Project MATCH 318, 344
Propofol 267
Protective factor 12
Psychometric properties 82
Psychosocial rehabilitation 314
PTSD 295

Q

Quantitative trait loci (QTLs) 14
Quantity of consumption 9

R

Readiness 124
Readiness to Change Questionnaire (RTCQ) 131
Refractory delirium tremens 266
Relapse 190
Relapse prevention 331

Remission 165
Responsibility 211
Reward circuit 283
Risk factor 12
Ritanserin 297

S

Safe-limit drinking 4
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) 169
Scottish Health Technology Assessment 188
Screening, Brief Interventions, Referral for Treatment; SBIRT 83
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) 295
Self-efficacy 124, 214
Serotonergic system 297
Serotonin 299
Sertraline 295
Serum gamma-glutamyltransferase (GGT) 143
Server training 56
Shortened MAST 90
Single-question screen 83
SMAST 90
Sober-up shelter 370
Sobriety check point 58
Social phobia 296
Spirituality 344
Spirituality Recovery 342
Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) 131
Standard drink 6
State marker 108
Stepped care 58
Stepped care approach 189
Stress circuitry 17

Structured interview questionnaire 168
Substance-induced mental disorders 420
Sustained remission 165, 167
Symptom-trigger 263
Symptom triggered regimen 254

T

Thailand ASSIST-SBI 83
Thailand ASSIST Screening and Brief Intervention Implementation Project 83
Therapeutic Community; TC 349
Therapeutic paradox 326
The Twelve Steps 343
The Twelve Traditions 343
Thiamine 265
Timeline follow-back method 125
Topiramate 257, 298
Toxicity 11
Trait marker 108
Trans-theoretical model 129
Trazodone 297
Treatment delivery 182
Treatment engagement 182
Twelve-step facilitation 344
Twelve-step facilitation therapy (TSF) 315
Twelve Steps 344
Twelve Traditions 344
Two-Chosen-One; 2C1 64

U

UK Alcohol Treatment Trial (UKATT) 317
Underage drinking 36, 88
Unplugged programme 60

V

Valproate (VPA) 256
Voluntary industry codes 59

W

Web-based screening 89
Wernicke encephalopathy 139

Y

Years lived with disability; YLDs 31
Years of life lost to premature mortality; YLLs 31
YLD 39
YLL 39

Z

Zero tolerance law 58