

บทที่ 5

บทวิจารณ์ ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ

5.1 วิจารณ์ (Discussion)

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 104 คน เป็นเพศชายทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับ ระบาดวิทยาของภาวะพึ่งพิงสุรา อาการถอนสุรา และอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year: DALY) ที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหญิง 6 เท่า (ช = 54.6%, หญิง = 6.9%)¹⁸ (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550) และชายมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหญิง 3 เท่า¹⁹ (Yeh & Chiang, 2005) และผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV TR โดยจิตแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ ถูกยืนยันการวินิจฉัยซ้ำด้วย the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), version 5 ฉบับภาษาไทยที่ถูกแปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ²⁰ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะ เป็นโครงสร้างที่ชัดเจนและผ่านการทดสอบความแม่นยำแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยในทั้งที่โรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ช่วงเวลา เก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถให้ความร่วมมือ และสื่อสารได้โดยไม่มีภาวะถอนสุรารุนแรง ได้แก่ ภาวะชักหลังจากหยุดแอลกอฮอล์ และภาวะเพื่อสับสนจากการหยุดแอลกอฮอล์ โดยยืนยันจาก เครื่องมือ CIWA_Ar ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินภาวะถอนแอลกอฮอล์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกรายจะต้องมีค่าคะแนนของ CIWA_Ar ไม่เกิน 9 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการ ระดับน้อย (no symptom to mild symptom) โดยเฉพาะในส่วนของข้อคะแนนเกี่ยวกับอาการทางจิต และการรับรู้สติในหัวข้อย่อยที่ 2, 4, 6 และ 10 ต้องไม่เกิน 1 คะแนน

จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ยคือ 41.53 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 8.81 ปี สอดคล้องกับข้อมูลในคนไทยที่พบว่าผู้ที่ดื่มส่วนใหญ่จะมีอายุ 15 ปีขึ้นไป²¹ (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550) จำนวนผู้ดื่มเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ซึ่งเพิ่มมากขึ้นในส่วนของผู้ดื่มประจำ พบว่า กลุ่มผู้ดื่มที่เป็นเยาวชน อายุ 15 – 19 ปีนั้น ดื่มเป็นอัตราร้อยละ 13.8 และตัวเลขเพิ่มสูงขึ้นกว่าเท่าตัวเมื่ออายุผู้ดื่มขยับไปที่ระดับ อายุ 20 ปีขึ้นไป (ศรีรัช ลาภใหญ่, 2552) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าดัชนีมวลกายคือ 21.59 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 2.79 ซึ่งจัดว่าอยู่ในกลุ่มที่มีน้ำหนักปกติทั้งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์ของชาว เอเชีย²² แต่มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (เฉลี่ยเท่ากับ 23.1

กก./ตร.เมตร ในผู้ชาย)สถานภาพสมรสจำแนกเป็น สมรส 50รายคิดเป็นร้อยละ48.1 โสด 29 รายคิดเป็นร้อยละ27.9หย่า 21 รายคิดเป็นร้อยละ 20.2 แยก 4 รายคิดเป็นร้อยละ3.8 สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยสุราที่จะมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน มากกว่าคนโสด ²³(สุกมา แสงเดือนฉาย, 2550)

โรคประจำตัวที่พบร่วมจำแนกเป็น โรคทางกายและโรคทางจิตเวช ในส่วนของโรคทางกายพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีโรคประจำตัวทางกาย 91 รายคิดเป็นร้อยละ 87.5 มีโรคประจำตัว 13 ราย คิดเป็นร้อยละ12.5 ส่วนโรคประจำตัวทางจิตเวช พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีโรคทางจิตเวชร่วม 101 รายคิดเป็นร้อยละ 97.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เหลือ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ2.9มีโรคประจำตัวคือ โรคซึมเศร้าทั้งหมดจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีปัญหาจากการดื่ม(alcohol use disorder)มีโรคทางจิตเวชร่วมถึง 37%²⁴(NIAAA2004) และพบว่ามีปัญหาโรคทางอารมณ์ (Mood Disorders) 13%²⁵(Reiger,1990)และมีการศึกษาวิจัยที่พบว่าในผู้ป่วยจากปัญหาแอลกอฮอล์เพศชายมีภาวะโรคทางอารมณ์ (Mood Disorders) 28.1%(Kessler et al., 1997)²⁶ส่วนในประเทศไทยจากข้อมูลการสำรวจระดับชาติ 2551 ด้วยเครื่องมือ MINI (N 17140 คน) พบความชุก alcohol abuse 4.2%ความชุก alcohol dependence 6.6% ความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุรา ร้อยละ 7.1 ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ความชุกของโรคจิตเวชร่วมของผู้ติดสุราสูงกว่าผู้ดื่มแบบอันตราย โรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อย คือ ความผิดปกติทางอารมณ์ (4.6%) กลุ่มโรควิตกกังวล (2.8%) และกลุ่มโรคจิต (1.5%) ตามลำดับ²⁷ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยนี้ที่พบโรคซึมเศร้าเพียง 2.9% อาจเกิดจากการไม่ได้มีการคัดกรองโรคทางจิตเวชด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมและครอบคลุมในผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมวิจัย

จำนวนปีการศึกษาทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีค่าเฉลี่ยคือ 8.71 ปีมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 4.01 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย (ระดับประถมหรือไม่ได้เรียนหนังสือ) มีความชุกของการดื่มสุราสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (วิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย) ²⁸(วิชัย โชควิวัฒน์, 2550)

จากข้อมูลที่แสดงลักษณะของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน AUDIT เฉลี่ยคือ 30.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 6.41 คะแนน แสดงถึงปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในระดับรุนแรงถึงภาวะติดแอลกอฮอล์ ในด้านประวัติการดื่มพบว่า อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกเฉลี่ยคือ 16.72 ปี มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ3.29ปี อายุที่เริ่มดื่มมีปัญหาจากการดื่มคือ 29.27 ปีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 8.77 ปี และอายุที่เริ่มเข้ารับการรักษาโรคติดสุราก็ 38.88 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ9.19ปี สอดคล้องกับการศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในไทยพบว่า ร้อยละ 46.7 เริ่มดื่มในขณะที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และส่วนใหญ่ยังคงดื่มอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน²⁹

(สิริรัฐ สุกันธา, 2551) และพบว่าจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2550 ประชากรไทยเริ่มดื่มสุราโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 20.5 ปี เพศชายเริ่มดื่มเร็วกว่าเพศหญิงคือ 19.5 และ 25.9 ปีตามลำดับ³⁰ งานวิจัยนี้ซึ่งพบว่ามีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลจากปัญหาติดสุราเฉลี่ยคือ 2.91 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 3.49 ครั้ง มีการศึกษาของไทยที่ผ่านมาพบว่าโดยเฉลี่ยแล้ว มีผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาติดสุราวันละประมาณ 3-5 คน หรือประมาณ 15 คนต่อเดือน³¹

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ของการดื่ม ทั้งสี่ประการประกอบด้วย ค่าผลลัพธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดที่หนึ่งคือ จำนวนดื่มมาตรฐาน ต่อวัน (drink per days) มีค่าเฉลี่ยคือ 16.02 ดื่มมาตรฐานต่อวัน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 12.43 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ค่าผลลัพธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดที่สองคือ จำนวนดื่มมาตรฐาน ต่อวันที่ดื่ม (drink per drinking days) มีค่าเฉลี่ยคือ 17.23 ดื่มมาตรฐานต่อวันที่ดื่ม มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 12.23 ดื่มมาตรฐานต่อวันที่ดื่ม ค่าผลลัพธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดที่สามคือ ร้อยละของวันที่ดื่ม (percent of drinking days) มีค่าเฉลี่ยคือ 91.11 เปอร์เซ็นต์ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 16.02 เปอร์เซ็นต์ ค่าผลลัพธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดที่สี่คือ ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) มีค่าเฉลี่ยคือ 84.50 เปอร์เซ็นต์ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 25.60 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเข้าได้กับการดื่มหนัก (heavy drinking) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกคือในเพศชายดื่มตั้งแต่ 5 แก้วมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน หรือ 35 แก้วมาตรฐานขึ้นไปต่อสัปดาห์³²

ด้านคะแนนความอยากสุรา ในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าเฉลี่ย 0.73 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.44 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับความอยากสุราน้อย อาจเกิดเนื่องจาก ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในช่วงเวลาของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและไม่มีปัจจัยกระตุ้นความรู้สึกอยากสุราและไม่มีกลุ่มอาการถอนสุราที่รุนแรงตามเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย (CIWA_Ar ไม่เกิน 9 คะแนน)

ส่วนในด้านค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ GGT ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะตับอักเสบจากการใช้แอลกอฮอล์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคือพบว่ามีค่าเฉลี่ยคือ 231.04 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 195.24 U/L ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าคนไทยที่ไม่ดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยของ serum GGT กับ 35.1 U/L ผู้ที่ดื่มแบบไม่เป็นปัญหาและดื่มแบบเสี่ยง/อันตราย จะมีค่าเฉลี่ยของ GGT คือ 42.2 และ 75.9 U/L ตามลำดับ³³ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัยและคณะ 2552) แต่จากการศึกษาไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ในการศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มของค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุรา ซึ่งประเมินโดยใช้เครื่องมือ RAND SF_36 ออกเป็น 2 ด้านคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย (physical health) และสุขภาพทางจิตใจ (mental health) พบว่า มีค่าคุณภาพชีวิตเฉลี่ยด้านสุขภาพทางกายคือ 74.77 คะแนน (SD13.62) มีค่าคุณภาพชีวิตเฉลี่ยด้านสุขภาพทางจิตใจคือ 65.32 คะแนน (SD19.67) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่อนข้างต่ำในส่วนของ subcategory Role-physical และ Role-emotion คือ 52.40 และ 51.76 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาใน Swiss subject ที่พบว่ากลุ่มผู้ติดสุราจะมีค่าคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง โดยเฉพาะในส่วนคุณภาพด้านสุขภาพทางจิตใจการศึกษา พบว่า SF-36 ในส่วนของค่าเฉลี่ยของ role and psychological function score จะพบว่าต่ำกว่าส่วนของ physical score ³⁴ สอดคล้องกับผลการวิจัยชิ้นนี้ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม mental health จะต่ำกว่ากลุ่ม physical health ในทุก category ย่อย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ RAND SF_36 ในกลุ่มประชากรชาวไทยที่ติดสุรา เมื่อนำค่าคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ด้านดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ เบื้องต้นโดยวิธีการ univariate analysis พบว่า ทั้งคุณภาพชีวิตทางร่างกาย และจิตใจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัย 2 กลุ่มคือ ค่าคะแนน AUDIT และ ผลลัพธ์ของการดื่ม 3 ประการซึ่งประกอบด้วย จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน (drink per days) ร้อยละของวันที่ดื่ม (percent of Drinking days) ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days)

ในส่วนด้านค่าคะแนน AUDIT ในการศึกษานี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 30.18 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 6.41 คะแนน ซึ่งเคยมีการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นการศึกษาสำหรับการดูแลปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับปฐมภูมิที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของค่าคะแนน AUDIT กับค่าคุณภาพชีวิต โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ค่าคะแนนเข้าได้กับภาวะดื่มแบบติดสุรา มีค่าคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านสุขภาพทางจิตใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ³⁵ แต่ในการศึกษาของประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะทางด้านสุราพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีค่าคุณภาพต่ำลงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง ค่าคะแนน AUDIT กับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ³⁶ มีการศึกษาวิจัยที่ใช้เครื่องมือประเมินการติดสุราที่ต่างออกไป ได้แก่การใช้ ASI (addiction severity index) ประเมินความรุนแรงของการติดสุรา พบว่าค่าคะแนนของการติดสุราที่รุนแรงสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลสอดคล้องกันในทุกการศึกษาว่าผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราระดับรุนแรงหรือติดสุรา มีค่าคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ³⁷ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่ในเบื้องต้นพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าคะแนน AUDIT และคุณภาพชีวิตทั้งสองด้าน อาจเกิด



จากลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ซึ่งมีการติดสุราที่รุนแรง เรื้อรัง อาจทำให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งในด้านสุขภาพทางกายและทางจิตใจ

ในส่วนด้านผลลัพธ์ของการดื่มทั้ง 3 ประการ ได้แก่ จำนวนดื่มมาตรฐาน ต่อวัน (drink per days) ร้อยละของวันที่ดื่ม (Percent of drinking days) ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) ซึ่งคำนวณจากการเก็บข้อมูลลักษณะการดื่มสุรา ทั้งในด้านปริมาณการดื่ม และความถี่บ่อยของการดื่มเมื่อนำมาคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานต่อวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดื่มมีค่าเฉลี่ยคือ 16.02 ดื่มมาตรฐานต่อวัน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 12.43 ดื่มมาตรฐานต่อวันซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มดื่มหนัก ในเบื้องต้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพทางกายและทางจิตใจ สอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกที่จัดการดื่มในเพศชายที่มากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวันเป็นผู้ที่ดื่มหนัก³⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบของ 36 งานศึกษาวิจัย พบว่าผู้ที่ดื่มสุราบ่อย และดื่มหนักในแต่ละครั้งที่ดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป จะมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ลดต่ำลงอย่างชัดเจน³⁹

ส่วนผลลัพธ์ของการดื่ม 2 ชนิดที่เหลือ ได้แก่ ร้อยละของวันที่ดื่ม (percent of Drinking days) และร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) ที่ได้จากการคำนวณจากข้อมูลการดื่มทั้งปริมาณ วันที่ดื่ม และวันที่ดื่มหนัก พบว่าในเบื้องต้นมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามี การใช้ผลลัพธ์ของการดื่มทั้ง 2 ชนิดเพื่อแสดงความสัมพันธ์กับค่าคุณภาพชีวิตมาก่อน การศึกษานี้จึงนับเป็นการศึกษาชิ้นแรก ที่อ้างถึงความสัมพันธ์ในเบื้องต้นของผลลัพธ์ของการดื่มชนิดร้อยละของวันที่ดื่ม (percent of Drinking days) ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) กับคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ด้านในผู้ติดสุรา

ในขั้นตอนถัดไปเมื่อนำปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ ค่าคะแนน AUDIT จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน (drink per days) ร้อยละของวันที่ดื่ม (percent of Drinking days) และร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) ที่พบว่าในเบื้องต้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิจัยแบบ stepwise multiple logistic regression เพื่อตัดปัจจัยรบกวนที่อาจเกี่ยวข้องออกไป พบว่าในด้านคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ มีเพียงร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยใดที่ใช้ผลลัพธ์ของการดื่มชนิดนี้เพื่อแสดงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมาก่อน

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัยคือ ค่าคะแนนAUDIT ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามาทั้ง 2 ชิ้นซึ่งเป็นการศึกษาในระดับปฐมภูมิในชุมชน และในแผนกผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะทางด้านจิตเวช ที่ทั้ง 2 รายงานพบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและพบว่าระดับคุณภาพชีวิตมีการลดต่ำลงอย่างชัดเจนกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ติดสุราหรือมีปัญหาจากแอลกอฮอล์⁴⁰ มีรายงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เครื่องมือ AUDIT และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าในช่วงปี ค.ศ.1993-2009 มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องถึง36 ชิ้น ซึ่งมีการศึกษาโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมด 12 ชนิดที่แตกต่างกันออกไป พบว่า ผู้ที่ดื่มบ่อย ดื่มถี่ (frequent heavy drinking) ตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานต่อวันขึ้นไป มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการลดลงของคุณภาพชีวิต และผู้ที่ติดสุราที่มีการลดลงอย่างชัดเจนของคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ และผู้ติดสุราจะมีการเพิ่มขึ้นของระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อการหยุดสุราทั้งผลในระยะสั้นและระยะยาว แต่แม้ว่าหลังการรักษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดสุราจะดีขึ้นแต่คุณภาพชีวิตก็ยังไม่ดีเท่ากับประชากรทั่วไป และการทบทวนวรรณกรรมนี้ยังพบอีกว่าในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตราย (hazardous/harmful drinking) เมื่อลดปริมาณการดื่มลงโดยแม้จะยังไม่หยุดดื่ม (complete abstinence) ก็ยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวโดยสรุปว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้สุรา (alcohol use disorder) ที่ประเมินโดยเครื่องมือAUDIT และสามารถนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์หลังการรักษา (treatment outcome) สอดคล้องกับการศึกษานี้⁴¹

อีกปัจจัยหนึ่งที่พบที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาใดที่ใช้ผลลัพธ์ของการดื่มชนิดนี้เพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมาก่อน ซึ่งร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) เป็นผลลัพธ์ของการดื่มที่ใช้ข้อมูลการดื่มของผู้ป่วย ทั้งด้านปริมาณ ความถี่บ่อยของการดื่ม โดยมุ่งเน้นวันที่ดื่มหนักเกินค่าดื่มมาตรฐาน มาคำนวณเป็นผลลัพธ์ของการดื่มชนิดนี้ ซึ่งสามารถแสดงลักษณะสำคัญของการดื่มสุราของผู้ป่วยทั้งในแง่ปริมาณ และคุณภาพได้อย่างดี มีงานวิจัยที่กล่าวถึงผลลัพธ์ของการดื่มอื่นๆ ได้แก่ ระยะเวลาที่จะกลับไปดื่มซ้ำ (time to relapse) ไม่พบว่ามี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างค่าคุณภาพชีวิต กับ ระยะเวลาที่จะกลับไปดื่มซ้ำ (time to relapse)⁴²

จึงอาจกล่าวได้ว่าร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกายภาพและจิตใจ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ใช้ผลลัพธ์ของการดื่มชนิดนี้ในการแสดงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ด้าน อีกประการสำคัญคือ ค่าคะแนนAUDIT ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพในชีวิตเฉพาะด้านจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งแม้ว่าจะเป็นศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะทางด้านจิตเวช และผู้ป่วยทั่วไปในชุมชนที่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ AUDIT จึงกล่าวได้ว่าค่าคะแนนAUDIT เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สามารถนำมาใช้ประเมิน คัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้ในหลายระดับการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงระดับตติยภูมิ ผู้สนใจและผู้ให้บริการทางสาธารณสุขจึงสามารถนำผลการประเมินค่าคะแนนAUDIT ดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนให้การดูแลทางด้านจิตใจผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราหรือผู้ติด เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.2 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. จำนวนประชากรที่ใช้ศึกษาวิจัยมีน้อยอาจยังไม่สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ทางสถิติได้อย่างชัดเจนหากมีการศึกษาในประชากรที่มากขึ้นอาจพบความสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับชัดเจนมากขึ้น
2. กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้งหมด ค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจึงอาจต่ำกว่าผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และค่าคะแนนAUDIT ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาอาจมีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่นที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา จึงอาจทำให้เกิด selection bias ได้ในการศึกษานี้
3. กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งหมดเป็นเพศชาย จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรเพศหญิงได้
4. กลุ่มประชากรที่ศึกษามีเกณฑ์การเลือกเข้าหลายประการ ได้แก่ ต้องไม่มีอาการทางจิต ไม่มีอาการเพื่อสับสน ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรงจนไม่สามารถประเมินและร่วมมือได้ จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรที่ติดสุราทั้งหมดได้
5. ขาดข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตในส่วนของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ญาติหรือผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาจเป็นข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

6. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยชนิดสุ่มควบคุม อาจมีข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านประชากรที่ไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรของผู้ติดสุราได้

แม้ว่าจะมีข้อจำกัดดังกล่าว แต่การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุรา ซึ่งพบว่ามีผลลัพธ์ของการดื่มคือร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) และค่าคะแนนAUDIT ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราได้ ผู้สนใจหรือผู้วิจัยอาจนำข้อมูลนี้ไปใช้ตัดสินใจทางคลินิก เพื่อวางแผนการรักษา และการดำเนินการวิจัยในอนาคต ซึ่งการใช้ปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยดังกล่าว เพื่อศึกษา ดูแลและติดตามผลการรักษา อาจจะแสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราได้อย่างดีและอาจช่วยลดขั้นตอนในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยตรงซึ่งอาจต้องใช้เวลาและเครื่องมือในการประเมินที่ซับซ้อน การใช้ปัจจัยดังกล่าวในเวชปฏิบัติหรือการศึกษารั้งต่อไป อาจทำให้การดูแลรักษาผู้ติดสุรามีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาวะของผู้ติดสุรามากที่สุด