

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Prevalence and factor associated with Alcohol consumption behavior of patients with chronic hepatitis C virus (HCV) infection at Lomsak Hospital

Kantida Aksorn

Family medicine department Lomsak Hospital, Phetchabun Province

Received: March 20, 2024 | Revised: October 3, 2024 | Accepted: October 15, 2024

Abstract

This research aimed to study the prevalence and factors associated with alcohol consumption behavior of patients with chronic hepatitis C virus (HCV) infection at Lomsak Hospital. The cross-sectional study was designed. The sample were simple selected of 442 HCV patients with non anti-viral drugs treatment. Data was collected from September – December 2023 (Undated). Questionnaires were used including demographic data, knowledge about Hepatitis C virus Disease, Attitude about Alcohol consumption behavior, and The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for finding HCV patients who active drinking alcohol. Data were analyzed by statistics include frequency, percentages, Mean, S.D., Chi-square test, Odd ratio, with a significant level of 0.05. **Results:** The prevalence of Alcohol consumption behavior of patients with chronic HCV infection was 12.2 % (54 patients) included high risk drinker 74.1 % (40 patients) and low risk drinker 25.9 % (14 patients). The factors associated with Alcohol consumption behavior included Male ($p = 0.021$), Middle Age (40–59 yr.) ($p < 0.001$), Couple Status ($p < 0.001$), Primary school educated ($p < 0.001$), Farmer ($p = 0.047$), Income < 5000 Bath/Month ($p < 0.001$) and High knowledge about Hepatitis C virus disease ($p < 0.001$). Patients who have high score about Hepatitis C virus disease can decline risk of Alcohol consumption behavior for 87.1 (OR 0.129, 95% CI 0.048 – 0.353) ($p < 0.001$), but level of the attitude about Alcohol consumption behavior not associated with Alcohol consumption behavior (OR 0.712, 95% CI 0.231 – 2.192) ($p = 0.289$) **Conclusion:** There for, the health care system and public policy should to provide and improve the treatment guideline for action and protection HCV patients who active drinking alcohol for better quality of life and decline complications and mortality of HCV patient with Alcohol consumption and accomplish of WHO achievement for eradication of HCV disease within 2030 BC.

Correspondence: Kantida Aksorn

E-mail: kid1412nirvana@gmail.com

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยไวรัส ตับอักเสบบีเรื้อรังในโรงพยาบาลหล่มสัก

กานต์ธิดา อักษร

หน่วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วันรับ: 20 มีนาคม 2567 | วันแก้ไข: 3 ตุลาคม 2567 | วันตอบรับ: 15 ตุลาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โรงพยาบาลหล่มสัก รูปแบบงานวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส 442 คน คัดเลือกจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2566 เนื้อหาในวิธีการดำเนินการวิจัยไม่มีการระบุวันที่ โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) เพื่อหาจำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.), Chi-square test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Odd ratio กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัย พบความชุกของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.2 (54 คน) โดยมีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง 74.1 % (40 คน) และระดับเสี่ยงต่ำ 25.9 % (14 คน). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มได้แก่ เพศชาย ($p=0.021$) วัยกลางคน อายุ 40 – 59 ปี ($p<0.001$) สถานภาพสมรส ($p<0.001$) เรียนจบชั้นประถมศึกษา ($p<0.001$) อาชีพเกษตรกร ($p=0.047$) รายได้น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน ($p<0.001$) และความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ($p<0.001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับสูงมีโอกาสจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับที่ต่ำกว่า 87.1 เท่า ($OR = 0.129$, 95% CI 0.048 – 0.353) ($p<0.001$) แต่ทศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรมการดื่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.712$, 95% CI 0.231 – 2.192) ($p=0.289$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ทั้งภาคสังคมและสาธารณสุข ควรมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกให้ได้ภายในปีพุทธศักราช 2573

ติดต่อผู้พิมพ์: กานต์ธิดา อักษร

อีเมล: kid1412nirvana@gmail.com

Keywords

Alcohol consumption behavior

Chronic HCV infection

คำสำคัญ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี ถูกตรวจพบบนโลกตั้งแต่เมื่อกว่า 30 ปีก่อน¹⁻³ พบการติดเชื้อ และแพร่ระบาดทั่วโลก ซึ่งเป็นโรคที่มีการดำเนินโรครุนแรง และส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพมาโดยตลอด โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้พยายามแก้ไขปัญหามหาโรคระบาดของไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพุทธศักราช 2559 ได้ประกาศยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบบีระดับโลก (Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021) ร่วมกับนานาประเทศ เพื่อตั้งเป้าหมายในการลดการเกิดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ลดลงมากกว่าร้อยละ 90 และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคลงมากกว่าร้อยละ 65 เพื่อกำจัดและกวาดล้างเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้หมดไปจากโลกให้ได้ ภายในปีพุทธศักราช 2573⁴ โดยมีเป้าหมาย 2 ประการคือ 1) ผู้ติดเชื้อต้องได้รับการวินิจฉัยให้ได้มากกว่าร้อยละ 90 และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยต้องเข้าสู่อการรักษาได้มากกว่าร้อยละ 80⁴

รายงานข้อมูลตั้งแต่ ปี 2558 – 2562 พบว่า ทั่วโลก ยังมีประชากรผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากถึง 57.8 ล้านคน โดยพบจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด ในพื้นที่เมดิเตอร์เรเนียนและยุโรป รองลงมาคือ ภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้⁵ โดยพบจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 3 ของโลก หรือ มากกว่า 20 ล้านคน หรือ เท่ากับ 1 ใน 3 ของประชากรผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งหมดทั่วโลก⁵ โดยข้อมูลในปีพุทธศักราช 2562 พบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากถึง 2.3 แสนคน และมีจำนวน ผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ มากถึง 3.2 หมื่นคน⁴ โดยประเทศไทย พบการระบาดของไวรัสตับอักเสบบีมากเป็น อันดับที่ 4 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

จากการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาพบมีการระบาดมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา คือ ภาคกลาง และภาคเหนือ จากข้อมูลในปีพุทธศักราช 2559 ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย เท่ากับ ร้อยละ 0.94 โดยจังหวัดเพชรบูรณ์ มีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งจังหวัด อยู่ที่ร้อยละ 6.4 โดยพบความชุกมากที่สุด ที่อำเภอหล่มสัก คือ ร้อยละ 10.3 โดยมากกว่าภาพรวมความชุกของ ประเทศถึง 10 เท่า^{6,7} พบว่าแนวโน้มอัตราการป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราเพิ่มขึ้น 1.7 ต่อแสน ประชากร และ 2.16 ต่อแสนประชากรในปีพุทธศักราช 2559 และยังคงมีอัตราการป่วย 0.70 ต่อแสน ประชากร ในปีพุทธศักราช 2562 จะเห็นได้ว่าขนาดของปัญหายังคงรุนแรง แผลขยายเป็นวงกว้างทั่วโลก และยังไม่สามารถขจัดให้หมดสิ้นไปได้⁴

โดยการดำเนินโรคของไวรัสตับอักเสบบี ในระยะแรก มักเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ที่ได้รับเชื้อยังคงดำรงชีวิตได้อย่างปกติและส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเกิดการติดเชื้อขึ้นในร่างกาย มีเพียงผู้ติดเชื้อร้อยละ 20 เท่านั้นที่สามารถหายเองได้⁸ โดยผู้ติดเชื้อร้อยละ 80 ที่เกิดโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่นำไปสู่ภาวะตับแข็งได้ ถึงร้อยละ 30 โดยในผู้ป่วยที่เกิดภาวะตับแข็งแล้ว เกือบร้อยละ 5 มีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งตับต่อไป⁶ ความร้ายแรงของไวรัสตับอักเสบบี คือ มักแสดงอาการเมื่อเข้าระยะท้ายของโรค การได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรักษาโรคให้หายขาดได้โดยใช้ยาต้านไวรัสที่มี ประสิทธิภาพ⁹ หากผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เกิดการดำเนินโรคจนเป็นมะเร็งตับขั้นแล้ว และหาก ไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตใน 1 ปี อยู่เพียงร้อยละ 17.5 และมีอัตราการเสียชีวิต สูงถึงร้อยละ 12⁸

ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2560 ประเทศไทยจัดตั้งยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบ จนในปัจจุบันคือ ฉบับพุทธศักราช 2565–2573⁴ ประเทศไทยได้นำปัญหาที่พบจากผลการดำเนินงานจากยุทธศาสตร์ ก่อนหน้ามาปรับแก้ไข โดยมีเป้าหมายให้มีการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐานใน ชุมชนเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการการรักษาที่รวดเร็ว⁷ กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมโรคตับของประเทศ ไทย ได้พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสตับอักเสบซี เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบซี สอดคล้องไปกับยุทธศาสตร์องค์การอนามัยโลก^{4,8,10}

แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบซี ปีพุทธศักราช 2561⁹ แนะนำให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ทุกรายต้องได้รับการรักษาการติดเชื้อไวรัสด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ โดยบัญชียาหลักแห่งชาติได้บรรจุ ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง คือ Sofosbuvir/Velpatasvir ลงในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตั้งแต่ ปีพุทธศักราช 2565¹¹ ที่ในอดีต มีเงื่อนไขในการเข้าถึงยา^{4,8} คือ ต้องเลิกดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้ เกิน 6 เดือน ทำให้มีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีอีกกว่าร้อยละ 90^{4-5,8,10} ที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสหลังการวินิจฉัยโรค โดยในปัจจุบัน ประเทศไทยได้ยกเลิกเงื่อนไขดังกล่าวนี้ และอนุญาตให้ แพทย์ที่ผ่านการอบรมการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สามารถสั่งจ่ายยาต้านไวรัสได้ แทนในอดีต ที่ต้องจ่ายยาโดยอายุรแพทย์โรคตับเท่านั้นเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย¹¹

ในปี 2563 ประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีในประเทศไทยเกือบ 400,000 ราย และในปี 2564 มะเร็งตับยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเจ็บป่วยเรื้อรัง สูงเป็นอันดับ 1 โดยพบสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ ในเพศชาย สูงเป็นอันดับ 5 และเป็นอันดับที่ 7 ในเพศหญิง⁸

จากสถานการณ์การกวาดล้างไวรัสตับอักเสบซีที่ผ่านมา พบว่ายังมีกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถ เข้าถึงยาได้ และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการทำลายตับได้ในอันดับรองลงมาจากไวรัสตับอักเสบ แอลกอฮอล์⁸ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำลายต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะกับโรคไวรัสตับอักเสบซี ที่เมื่อพิษ ของแอลกอฮอล์ผสมเข้ากับการดำเนินโรคของไวรัสตับอักเสบซี ก็เป็นปัจจัยร่วมที่ทวีความรุนแรง ของโรคขึ้นมาได้ โดยเกิดจากกระบวนการย่อยสลายเอทานอล และแอซีทาลดีไฮด์ในร่างกาย ส่งผลให้ เกิดสารอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น จนเกิดการทำลายสารพันธุกรรมในเนื้อเยื่อตับ และกลายเป็นมะเร็งตับขึ้น ได้ โดยพบว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากขึ้น 2–3 เท่า¹⁸

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก ปีพุทธศักราช 2561 พบว่า มีมากถึง 2.3 พันล้านคนที่ ดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลจากศูนย์วิจัยสุรา ประเทศไทย พบว่า ประชากรในช่วงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นนักดื่มปัจจุบันมากถึงร้อยละ 28¹⁹ โดยจังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้บริโภคแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ ที่ 16 ของประเทศ²⁰ จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับความเสี่ยงด้านสุขภาพจากแอลกอฮอล์ และจากงานวิจัยที่ ผ่านมาในอำเภอหล่มสัก พบว่ากลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ยังคงมีประชากรนักดื่ม²¹ จึงมีความเสี่ยง ต่อการเกิดมะเร็งตับและภาวะแทรกซ้อนมากกว่าประชากรทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จนนำไปสู่การดำเนินโรคที่แย่งได้ เป็นเหตุให้ ผู้วิจัยสนใจการหาความชุกของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อศึกษา ขนาดของปัญหา และปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อ นำมาสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง อำเภอหล่มสัก

รูปแบบการศึกษา การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากรเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่อยู่ระหว่างรอเข้ากระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในอำเภอหล่มสัก ที่คลินิกรักษาระดับ ในโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งหมด 4,260 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาเดือนกันยายน 2566 – ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่อายุ 18 ปี – 80 ปี ที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังในโรงพยาบาลและรอเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ยังไม่ได้เริ่มรับยาต้านไวรัส) คลินิกรักษาระดับ โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Wayne (1995) ²²

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวนประชากรที่ศึกษา (N) : 4260 สัดส่วนประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม (P) คือ 0.30 ระดับความมั่นใจที่กำหนด (Z) หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 = 1.96 ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง คือ α สัดส่วนความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (d) คือ = 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) ได้กลุ่มตัวอย่าง 301 ราย โดยผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 330 คน เป็นตัวแทนอ้างอิงผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่รับการรักษาที่คลินิกรักษาระดับ โรงพยาบาลหล่มสัก และคัดเลือกตัวอย่างโดยสุ่มแบบง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม (Random Table)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่ได้รับการตรวจยืนยันแล้ว และยังไม่ได้เริ่มรับยาต้านไวรัส 2) อายุ 18 ปี – 80 ปี 3) อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค หรือมีสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ในโรงพยาบาลหล่มสัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำเครื่องมือมาจากแบบวัดมาตรฐาน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบซี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา เป็นต้น
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบซี สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำถามปลายปิด 20 ข้อ โดยมีคำตอบให้ผู้เลือกตอบ โดยเป็นคำถามเชิงบวก คือ ข้อที่ 1,3,7,8,10,11,12,14,16,18,19 และคำถามเชิงลบ คือ ข้อที่ 2,4,5,6,9,13,15,17,20 โดยให้คะแนนเป็น คำตอบแบบใช่ และไม่ใช่

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี

ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพัฒนาจากการวิจัยเชิงคุณภาพของ นายสทัญญู พิศาลวุฒิ เรื่อง ประสพการณ์การเข้าสู่กระบวนการรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับซี โรงพยาบาลหล่มสัก²¹ และการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 18 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก คือ ข้อที่ 3,5,6,9,11,14,17,18 และคำถามเชิงลบ

คือข้อที่ 1,2,4,7,8,10,12,13,15,1 โดยให้คะแนนเป็นระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ Audit score Thai version²³

แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder identification test หรือ AUDIT) แปลโดยสาวิตรี อึ้งฉ่างกรชัย จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินเบื้องต้น ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยรายใด ที่ยังคงมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ เพื่อนำมารวมคะแนนแปลผลพฤติกรรมการณ์ดื่มว่าอยู่ในระดับความเสี่ยงใด เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดต่อไป โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของแบบสอบถาม แสดงผลเป็นระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ คือ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) 0-7 คะแนน, การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) 8-15 คะแนน, การดื่มแบบอันตราย (Harmful drinking) 16-19 คะแนน และการดื่มแบบติด (Alcohol dependence) มากกว่า 20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา (IOC) ทั้งประชากร และ ความรอบรู้สุขภาพ ทำการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนทดลองใช้ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 และแบบสอบถามชุดที่ 2 นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7

ขั้นตอนการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามที่คลินิกโรคตับ โดยผู้วิจัย เป็นผู้ให้ข้อมูลการศึกษา ตอบข้อซักถามที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล มีพยาบาลประจำคลินิกโรคตับเป็นผู้ช่วยวิจัย แจกแบบสอบถาม และเอกสารยินยอมเข้าสู่โครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ ไม่ระบุตัวตน สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถาม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสโครงการ สสจ.พช. 2/66 - 25 - 01/09/66 และขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัย เป็นผู้ให้ข้อมูลการศึกษา ตอบข้อซักถามที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล มีพยาบาลประจำคลินิกโรคตับ เป็นผู้ช่วยวิจัย แจกแบบสอบถาม และเอกสารยินยอมเข้าสู่โครงการวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยอิสระ โดยไม่มีการระบุตัวตน ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวจากโครงการได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

การวิเคราะห์ทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Odd ratio โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ นำเสนอค่าความเสี่ยงด้วย Odds ratio และ 95% confidence interval

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม คิดเป็น Response rate เท่ากับร้อยละ 96.1 ประกอบด้วย ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพศชาย ร้อยละ 83.5 เพศหญิง ร้อยละ 16.5 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 – 59 ปี ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 41.6 สถานภาพส่วนใหญ่ เป็นสมรส/คู่ ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 15.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.6 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 23.3 ลิทธิการรักษาส่วนใหญ่ เป็นบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.6 รองลงมาคือ ลิทธิประกันสังคม ร้อยละ 6.1 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 64.7 สถานภาพครอบครัว อาศัยอยู่กับครอบครัว เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.4 และอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 13.6 โดยจากแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) พบว่าผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหมดร้อยละ 12.2

2. ความชุกของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ AUDIT พบความชุกของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.2 โดยมีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง 74.1 % และระดับเสี่ยงต่ำ 25.9 %

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยแบ่งเป็น

3.1 ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ามีตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศชาย ($p=0.021$) วัยกลางคน อายุ 40 – 59 ปี ($p<0.001$) สถานภาพสมรส ($p<0.001$) เรียนจบชั้นประถมศึกษา ($p <0.001$) อาชีพเกษตรกร ($p=0.047$) รายได้น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน ($p<0.001$) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง พบว่ามีตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่ม คือ ระดับความรู้ (ตารางที่ 2) ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ($n=442$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์					OR (95 % CI)
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์		ดื่มแอลกอฮอล์		p-value	
	จำนวน (n=388)	ร้อยละ	จำนวน (n=54)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	318	86.2	51	13.8	0.021*	0.267 (0.081-0.881)
หญิง	70	95.9	3	4.1		
อายุ						
วัยรุ่น (13-19 ปี)	0	0.0	0	0.0	<0.001*	0.505 (0.269 -0.948)
วัยหนุ่มสาว (20-39 ปี)	3	75.0	1	25.0		
วัยกลางคน (40-59 ปี)	216	85.1	38	14.9		
วัยชรา (60 ปีขึ้นไป)	169	91.8	15	8.2		
สถานภาพ						
คู่	300	77.3	38	22.7	<0.001*	8.459

โสด	70	100.0	0	0.0	<0.001*	0.026 (0.005–0.125)		
หม้าย / หย่าร้าง	4	80.0	1	20.0				
อื่น ๆ	14	48.3	15	51.7				
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียน	25	65.8	13	34.2				
ประถมศึกษา	258	99.6	1	0.4				
มัธยมศึกษาตอนต้น	52	100.0	0	0.0				
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	35	100.0	0	0.0				
อนุปริญญา/ปวส.	6	100.0	0	0.0				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	8.3	40	91.7				
สูงกว่าปริญญาตรี	2	100.0	0	0.0	0.047*	0.632 (0.142–2.814)		
อื่นๆ	8	100.0	0	0.0				
อาชีพ								
เกษตรกรรม	222	89.5	26	10.5				
ค้าขาย	27	93.1	2	6.9				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	85.7	1	14.3				
ธุรกิจส่วนตัว	6	85.7	1	14.3				
รับจ้าง	81	78.6	22	21.4				
ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์						p-value	OR (95 % CI)
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์		ดื่มแอลกอฮอล์					
	จำนวน (n=388)	ร้อยละ	จำนวน (n=54)	ร้อยละ				
อาชีพ (ต่อ)					0.047*	0.632 (0.142–2.814)		
ว่างงาน	33	94.3	2	5.7				
อื่นๆ	13	100.0	0	0.0	0.975	0.957 (0.213–4.305)		
สิทธิในการรักษา								
เบิกได้	22	84.6	4	15.4				
ประกันสังคม	23	85.2	4	14.8				
บัตรประกันสุขภาพ	322	88.2	43	11.8				
ชำระเงินเอง	7	87.5	1	12.5				
อื่นๆ	14	87.5	2	12.5	<0.001	–		
รายได้								
น้อยกว่า 5,000 บาท	282	98.6	4	1.4				
5,001 – 10,000 บาท	71	94.7	4	5.3				
10,001 – 15,000 บาท	23	34.8	43	65.2				

15,001 – 20,000 บาท	5	83.3	1	16.7	0.158	0.474 (0.165–1.365)
มากกว่า 20,000 บาท	7	77.8	2	22.2		
อาศัยอยู่กับครอบครัว	332	86.9	50	13.1		
อาศัยคนเดียว	56	93.3	4	6.7		

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี (n=442)

ระดับความรู้ ของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย	พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				p-value	OR (95% CI)
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์		ดื่มแอลกอฮอล์			
	จำนวน (n=388)	ร้อยละ	จำนวน (n=54)	ร้อยละ		
ระดับความรู้ต่ำ	8	47.1	9	52.9	<0.001	0.098 (0.040 – 0.239)
ระดับความรู้ ปานกลาง	309	87.3	45	12.7		
ระดับความรู้สูง	71	100.0	0	0.0		

3.2 ปัจจัยด้านระดับความรู้ พบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 3.8 ซึ่งพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากถึงร้อยละ 52.9 ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้อยู่ปานกลางมีร้อยละ 80.1 โดยพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพียงร้อยละ 12.7 ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สูง มีร้อยละ 16.1 และในกลุ่มนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เลย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบซีอยู่ในระดับสูงมีโอกาสมิ่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ในระดับที่ต่ำกว่า 87.1 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI 0.048 – 0.353) (p<0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านทัศนคติกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี (n=442)

ระดับทัศนคติของ ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย	พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				p-value	OR (95% CI)
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์		ดื่มแอลกอฮอล์			
	จำนวน (n=388)	ร้อยละ	จำนวน (n=54)	ร้อยละ		
ระดับทัศนคติต่ำ	19	82.6	4	17.4	0.289	0.712 (0.231 – 2.192)
ระดับทัศนคติ ปานกลาง	287	86.9	43	13.1		
ระดับทัศนคติสูง	82	92.1	7	7.9		

3.2 ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านทัศนคติกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5.2 พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.4 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.7 พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.1 และระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.1 พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 7.9 พบว่า ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะแปรผกผันตามระดับทัศนคติในระดับที่สูงขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI 0.231 – 2.192) ($p < 0.289$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของการดื่มสุราในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ร้อยละ 12.2 ถือว่าต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการบันทึกข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก ในระหว่างปี 2533 – 2560 ที่ผ่านมารายงานของ Manthey และคณะได้ทำนายแนวโน้มของความชุกในการดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกไว้ว่า ภายในปีพุทธศักราช 2573 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17^{24,25} ซึ่งความชุกที่พบน้อยลงจากงานศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากการเข้าถึงการรักษาที่มากกว่าในอดีต และมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การรักษาจากเดิม^{9,11} เป็นการเก็บข้อมูลภายหลังสถานการณ์โควิด 2019 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจ และการตัดสินใจดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน แต่แม้ว่าความชุกที่ดูแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า¹²⁻¹⁸ นอกจากนี้ ค่าความชุกที่ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยทางภูมิภาคและวัฒนธรรมในแต่ละประเทศอีกด้วย

โดยจากแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) พบว่าผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.2 เป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงขึ้นไปถึง ร้อยละ 74.1 โดยในกลุ่มความเสี่ยงสูงขึ้นไป เป็นเพศชายมากถึง ร้อยละ 94.4 แม้ว่าในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ เมื่อคิดสัดส่วนในเพศเดียวกัน ทำให้ดูเหมือนว่าเพศชายพบการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง แต่ก็มีผลสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาของศูนย์วิจัยสุรา^{16,19} ที่มีการเก็บข้อมูลแบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย ในช่วงระหว่างปี 2558 – 2560 พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง พบว่านักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28.41 มีความแตกต่างระหว่างเพศชัดเจน แม้ว่าในปี 2560 จะเริ่มมีแนวโน้มลดลงกว่าปี 2558 ทั้งเพศชาย และเพศหญิงแล้วก็ตาม และสอดคล้องกับผลวิจัย ชำนาญบริรักษ์ และคณะ²⁶ ที่พบว่าเพศชายมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิง พบความชุกผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มาก ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีพฤติกรรมเริ่มดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของมูทิตา พันภัยพาลและคณะ²⁷ พบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านอายุ พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุดในวัยกลางคน คือ ช่วงอายุ 40 – 59 ปี ($p=0.024$) ซึ่งสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาของศูนย์วิจัยสุราที่พบว่า ในประเทศไทย กลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 25 – 44 ปี ร้อยละ 36 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20 – 24 ปี และ 45 – 59 ปี (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) ^{16,19}

ปัจจัยด้านการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เรียนจบชั้นปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ($p<0.001$) และด้านคะแนนความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ($p<0.001$) พบว่า ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงสูง มีความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 15.0 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.0 ถึงแม้จะเป็นกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาก็ตาม แสดงถึงว่า ในประชากรกลุ่มนี้ ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี และอันตรายของการดื่มแอลกอฮอล์มากเพียงพอ ทำให้ในประชากรกลุ่มนี้ เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบบี และแอลกอฮอล์ตามมาในอนาคตได้ หากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองป่วยไม่เพียงพอ

โดยปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีพฤติกรรมการดื่มในระดับความเสี่ยงสูง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.0 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5 และในระดับสูง ร้อยละ 12.5 พบว่า ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ($p=0.415$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) แม้ว่าในงานวิจัยนี้ จะพบว่าทัศนคติที่มีต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม แต่จากสอดคล้องกับเพียงพิมพ์ และคณะ ^{26,27} พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลมาจากทัศนคติที่ว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นการสร้างความนิยมให้เกิดการยอมรับในกลุ่ม เพลิตเพลิน สนุกสนาน เชื่อว่าการดื่มแสดงออกถึงการเคารพ การให้เกียรติ การแสดงความมั่นใจ จะเห็นได้ว่าสังคมไทยในปัจจุบัน ยังคงมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา และพบเห็นการมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลอง ประเพณีต่างๆ อยู่เสมอ ตั้งแต่อดีต มาจนถึงปัจจุบัน โดยการศึกษาของมูทิตา พันภัยพาล และคณะ ²⁷ พบว่าการมีเพื่อนและครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแม้จะมีความชุกของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ในส่วนน้อยแต่ก็เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงมากที่สุด ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบบี และการดื่มแอลกอฮอล์ หากยังไม่ได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันอยู่ จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆ ที่ผู้จัดทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ที่น่าสนใจ และสามารถนำมาปรับปรุงแก้ไข แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีได้มาก คือ ด้านความรู้ โดยหากมีการส่งเสริมด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้มากขึ้น และเหมาะสม กับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งในภาคสังคม และในหน่วยบริการสาธารณสุข อย่างเพียงพอและเหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบบีลงได้ และนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรที่ยังไม่เกิดโรคได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

องค์ความรู้ที่มีต่อโรค ทศนคติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อกระบวนการและโอกาสสำเร็จในการรักษาโรค โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่มีพฤติกรรมการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ จนเกิดเป็นปัญหาต่อเนื่องที่ทำให้เข้าสู่กระบวนการรักษาซ้ำ และส่งผลต่อการดำเนินโรคของไวรัสตับอักเสบซี เช่น เกิดตับอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับ ขึ้นในระหว่างที่รอเข้าสู่กระบวนการการรักษาได้ ในกระบวนการการรักษาจึงควรมีการสอดแทรกความรู้ และสร้างความตระหนักต่อประชากรกลุ่มนี้ เช่น ควรจัดให้มีโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังทราบวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบซี หรือ โครงการช่วยเหลือดื่มแอลกอฮอล์โดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Pawlotsky JM, Feld JJ, Zeuzem S, Hoofnagle JH. From non-A, non-B hepatitis to hepatitis C virus cure. *J Hepatol.* 2015;62:S87–99.
2. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci.* 2006;3(2):47–52.
3. Westbrook, Rachel H. et al. Natural history of hepatitis C, *Journal of Hepatology*, 2014;58 – 68.
4. Department of Disease Control. 2022 – 2030 Thailand National Strategies to Eliminate. *L. Disease Control Journal* 2021;4–34.
5. Cui F, Blach S, Manzengo MC, Gonzalez MA, Sabry AA, Mozalevskis A, et al. Global reporting of progress towards elimination of hepatitis B and hepatitis C. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8(4):332–342.
6. Napaporn P., Rujipat W., Khuandao T., Yong P. Nawarat P., Prevalence and risk factors of Hepatitis C virus in Phetchabun. *Disease Control Journal.* 2020; 8(3):28–40.
7. Kessraporn Mongkolwaj. The development of self-health management system for hepatitis C infection patients during waiting for the treatment process at Lomsak hospital. *Academic Journal of Phetchabun hospital* 2022;1:1–18.
8. Thai Association for the Study of the Liver. Thailand Guideline for Management of Hepatocellular Carcinoma 2021. Bangkok; 2564;15–52.
9. Thai Association for the Study of the Liver. Thailand Practice Guideline for Management of Chronic Hepatitis C 2018. Bangkok; 2019;8–10.
10. Drugs for Neglected Diseases initiative corporation. Public health guidance on the spread of hepatitis C By Drugs for Neglected Diseases initiative corporation 2565. Malaysia; 6–15.
11. Thai National drug information. National Drug Policies in Thailand 2022., Bangkok; 2022.
12. Leggio L, Mellinger JL. Alcohol use disorder in community management of chronic liver diseases. *Hepatology.* 2023 ;77(3):1006–1021.

13. Proeschold–Bell RJ, Evon DM, Makarushka C, Wong JB, Datta SK, Yao J, et al. The Hepatitis C–Alcohol Reduction Treatment (Hep ART) intervention: Study protocol of a multi-center randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2018 Sep;72:73–85.
14. Llamosas–Falcón L, Shield KD, Gelovany M, Manthey J, Rehm J. Alcohol use disorders and the risk of progression of liver disease in people with hepatitis C virus infection – a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020 Jun 30;15(1):45.
15. Im, P.K., Millwood, I.Y., Kartsonaki, C. et al. Alcohol drinking and risks of liver cancer and non-neoplastic chronic liver diseases in China: a 10-year prospective study of 0.5 million adults. *BMC Med* 19, 216 (2021).
16. Center of Alcohol Studies, Department of Epidemiology, Prince of Songkla University, Report on the situation of alcohol control policy implementation in Thailand be 2008 – 2018. Bangkok; 2018
17. Rehm J, Patra J, Brennan A, Buckley C, Greenfield TK, Kerr WC, et al. The role of alcohol use in the aetiology and progression of liver disease: A narrative review and a quantification. *Drug Alcohol Rev*. 2021 ;40(7):1377–1386.
18. Sims OT, Oh H, Pollio DE, Hong BA, Pollio EW, North CS. Quality of Life, Functioning, and Coping in HCV Patients Continuing Versus Ceasing Alcohol Use. *Health Promot Pract*. 2020 ;21(6):1012–1017.
19. Center of Alcohol Studies, Department of Epidemiology, Prince of Songkla University, Patterns and trends in alcohol drinking behavior of the Thai population. Bangkok; 2018
20. Abassa KK, Wu XY, Xiao XP, Zhou HX, Wu YW, Bin, et al. Effect of alcohol on clinical complications of hepatitis virus-induced liver cirrhosis: a consecutive ten-year study. *BMC Gastroenterology*. 2022;22:1–11.
21. Sahanut Phisalwut, The Experience of Entering the Treatment Process in Chronic Hepatitis C patients with a History of Alcohol Drinking at Lomsak Hospital, Phetchabun Province. *Academic Journal of Phetchabun hospital*. 25663;3(1):49–60
22. Wayne W., D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 1995:180.
23. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care 2nd edition. Bangkok;2001.
24. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J (2019) Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030:a modelling study. *The Lancet* 393, 2493–502.

25. Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Shrek A, Stock well T. Alcohol and society 2021: Alcohol and the coronavirus pandemic: individual,societal and policyperspective. Stockholm: Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF, CERA, The Swedish Society of Addiction Medicine, SIGHT, Movendi international & IOGT–NTO, 2021; 9–27.
26. Phadoongsit Chumnanborirak. Factors Associated with Alcohol Consumption among People in Community of Dong Bang Sub district, Na Dun District,Maha Sarakham Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal; 16(2) 2022 :711–22.
27. Muthita Ponpaipan. Factors related to alcohol drinking behavior of nursing students in Chiang Rai Province. Community health development journal, Khon Kaen University. 2017; 5(1):77–90.
28. Phiangphim Punrasi, Narongsak Noosorn. Behavioral Factors that Relate to Alcohol Consumption among Women Farmers. Science and technology EAU Heritage journal 2019; 13(3):143–58.