



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุราในสถาบันธัญญารักษ์

Factors Related to Relapsing of Alcohol Dependence Patients' Behaviors
in Thanyarak Institute

นามผู้วิจัย นางวาสนา คงสมบัติ

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอ่อน, ค.ศ.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา
ในสถาบันธัญญารักษ์

Factors Related to Relapsing of Alcohol Dependence Patients' Behaviors
in Thanyarak Institute

โดย

นางวาสนา คงสมบัติ

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วาสนา คงสมบัติ 2554: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา
ในสถาบันธัญญารักษ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา
ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอุ่น, ค.ด.
124 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้จากการเลือก
แบบเจาะจงคือ ผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการเสพซ้ำและเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์
ในเดือนมีนาคม 2554 จำนวน 128 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการทดสอบ
คุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบไคสแควร์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและ
การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราอยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 46.88 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส
ปริมาณการดื่มต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา แต่ความถี่ในการดื่มและ
ลักษณะการดื่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา 3) ปัจจัยนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ
โทษพิษภัยของการเสพสุรา มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วย
สุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ปัจจัยอื่น ได้แก่ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอน
หลับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุราและ
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา 6) ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราได้มีจำนวน
4 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด ความถี่ในการดื่ม แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลดละเลิกการ
ดื่มสุรา การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 25.10 ตัวแปรที่มีอำนาจ
การทำนายสูงสุดคือ ความเครียด สามารถทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบัน
ธัญญารักษ์ได้ร้อยละ 12.20

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Wassana Khongsombat 2011: Factors Related to Relapsing of Alcohol Dependence Patients' Behaviors in Thanyarak Institute. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Ranumas Ma-oon, Ph.D. 124 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors related to relapsing of alcohol dependence patients' behaviors in Thanyarak Institute. The samples, by purposive sampling on March 2011, were 128 alcohol dependence patients in Thanyarak Institute. The research instrument, used for data collecting, was the questionnaires developed by the researcher, and its quality was tested and accepted. The data analysis were made by statistic for percentage, mean, standard deviation, Chi-square-test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis.

The major findings were as follows: 1) The most of relapsing behaviors of alcohol patients in Thanyarak Institute were at a moderate level of 46.88%. 2) The bio-social factors such as gender, age, education, income marital status and quantity of drinking perday had no relation with relapsing behaviors of alcohol dependence patients, but duration and type of drinking had relation with relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute with statistical significance at the level of .05. 3) Predisposing factors such as knowledge about danger of drinking had negative relation with relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute with statistical significance at the level of .05. 4) Enabling factors such as stress and insomnia had positive relation with relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute with statistical significance at the level of .05. 5) Reinforcing factors such as social support for decrease or stop drinking from family and friends had no relation with relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute. 6) There were four variables which were able to predict relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute. All of these variables were stress, quantity of drinking perday, social support for decrease or stop drinking from friends and perception of risk factors, which were able to predict relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute for 25.10 percent. The best predictable variable was stress which was able to predict relapsing behaviors of alcohol dependence patients in Thanyarak Institute for 12.20 percent.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.เรณูมาศ มาอุ่น ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ทุกท่านใน สาขาวิชาสุศึกษา และสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว ที่ได้ให้ความรู้ทางวิชาการ และประสบการณ์ที่มีคุณค่า และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณา ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านวิชาการและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้งานวิจัยมีความถูกต้อง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ วิโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันชัญญารักษ์ เจ้าหน้าที่ประจำ ดิگสุราทุกท่าน รวมทั้งผู้ป่วยสุราทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามเป็นอย่างดี ตลอดจนทุกท่านที่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณแม่ที่ให้กำลังใจและเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมานะอดทน ในการศึกษา และขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้านแก่ผู้วิจัย เป็นอย่างดีตลอดมา จนประสบผลสำเร็จ

วาสนา คงสมบัติ

พฤษภาคม 2554

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
การตรวจเอกสาร	8
อุปกรณ์และวิธีการ	42
ผลการวิจัยและวิจารณ์	50
ผลการวิจัย	50
วิจารณ์	74
สรุปและข้อเสนอแนะ	78
สรุป	78
ข้อเสนอแนะ	83
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	86
ภาคผนวก	93
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือในการวิจัย	94
ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการวิจัย	96
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	124

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	51
2	ระดับความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	56
3	ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	57
4	ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	58
5	ระดับความเครียดของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	59
6	ระดับสภาวะการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	60
7	ระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	62
8	ระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	63
9	ระดับของพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	64
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	65
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	69
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	70
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	71
14	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Medthod) เพื่อทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญูรักษ์	73

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงลำดับขั้นตอนของสามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม	19
2	กรอบแนวคิดการวิจัย	40



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา
ในสถาบันธัญญารักษ์**

**Factors Related to Relapsing of Alcohol Dependence Patients ' Behaviors
in Thanyarak Institute**

คำนำ

ปัจจุบันอัตราการบริโภคสุราของประชากรไทยเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการบริโภคสุราต่อหัวประชากร (per capita consumption) ขององค์การอนามัยโลกพบว่าการดื่มสุราของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มจาก 5.1 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2523 เป็น 7.46 ลิตร ในปี 2533 และ 8.47 ลิตรในปี 2544 ตามลำดับ ซึ่งทำให้ประเทศไทยถูกจัดเป็นอันดับที่ 40 ของสถิติโลกของการดื่มสุราในปี 2544 และหากจำแนกตามประเภทของเครื่องดื่มก็พบว่าประเทศไทยเป็นอันดับที่ 85 ของโลกสำหรับการดื่มเบียร์ (1.31 ลิตรต่อคนต่อปี) อันดับที่ 124 สำหรับการดื่มไวน์ (0.04 ลิตรต่อคนต่อปี) และอันดับที่ 5 สำหรับการดื่มวิสกี้หรือเหล้า (7.13 ลิตรต่อคนต่อปี) ซึ่งแสดงว่าประเทศไทยมีคนนิยมดื่มสุรามาก และในการวัดความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) โดยใช้แบบคัดกรอง Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) พบว่าประชากรไทยที่อายุ 12-65 ปี มีประมาณ 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 22.7 เป็นผู้มีความเสี่ยงในระดับปานกลางจากการดื่มสุรา หรือเรียกว่าเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ประมาณ 3.8 แสนคน หรือ ร้อยละ 3.1 เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และ 2.3 แสนคน หรือ ร้อยละ 1.9 เป็นผู้ดื่มแบบอันตรายมาก หรืออาจเรียกว่ามีภาวะเสพยาติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) จากตัวเลขดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วย Alcohol - related disorders มากพอสมควร

ในแง่สถิติที่ชัดเจนในระดับประเทศเกี่ยวกับจำนวนผู้ติดสุรา ยังไม่มีปรากฏชัด แต่จากการดำเนินงานของสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นสถานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดรวมทั้งสุรา พบว่าจำนวนผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ในปี 2545-2550 มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากจำนวน 932 รายในปี 2545 เป็น 1554 รายในปี 2550 ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 45 ได้กลับไปดื่มสุราอีกในช่วง 3 เดือนแรกและกลับไปติดซ้ำภายหลังการรักษาเกิน 3 เดือน ในระยะติดตาม 1 ปี (สถาบันธัญญารักษ์, 2550) นับว่าเป็นอัตราการเสพยาซ้ำที่ค่อนข้างสูง และจากรายงานการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในสถาบันธัญญารักษ์ที่ผ่านมาย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปีงบประมาณ

2550, 2551, 2552 มีจำนวนผู้ที่สามารถติดตามได้ 4 ครั้งในหนึ่งปีและเลิกได้ร้อยละ 79.01, 78.43 และ 45.73 ตามลำดับ จากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการเลิกได้มีแนวโน้มลดลง นั่นแสดงให้เห็นว่าอัตราการเสพซ้ำมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งผลจากการดื่มสุราซ้ำๆจะทำให้เกิดอันตรายต่อระบบต่างๆของระบบของร่างกาย มีพิษโดยตรงต่อสมองและหัวใจซึ่งจะมีผลทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น พิษสุราเรื้อรัง โรคมะเร็งที่กระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง ระบบประสาทถูกทำลายทำให้มีอาการทางจิต เช่น นูแ่ว่ว ประสาทหลอน ซึมเศร้า พุดคุยสับสน(ทรงเกียรติและคณะ,2545) รวมทั้งมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว และไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ส่งผลต่อรายได้และเศรษฐกิจ ภายในครอบครัว ปัญหานี้เกิดเป็นลูกโซ่ส่งผลกระทบต่อทั้งไปทั้งผู้ดื่ม ครอบครัว ญาติ พี่น้องและบุคคลใกล้ชิด (การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ, 2547) จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ดื่มสุราต้องเข้ารับการบำบัดรักษา บางรายญาติต้องนำส่งเพื่อเข้าบำบัดให้เลิกหรือหยุดสุรา รักษาโรคแทรกซ้อนทางร่างกาย และฟื้นฟูด้านสภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากบำบัดรักษาแล้วและกลับไปดื่มซ้ำทำให้ต้องวนเวียนเข้าออก โรงพยาบาลหลายครั้ง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว การได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา จะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันการเสพสุราซ้ำ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา โดยเฉพาะในสถาบันธัญญารักษ์ ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถาบันธัญญารักษ์ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำเพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ไม่ให้มีพฤติกรรมกลับมาเสพซ้ำอีกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบัน
 ราชวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชวิทยาลัย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสูรา ปริมาณและความถี่ในการดื่มสูรา รวมทั้ง ลักษณะการดื่มสูรากับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชวิทยาลัย
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการเสพยาสูบ ทักษะการตัดสินใจ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสูรา กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วย สูรา ในสถาบันราชวิทยาลัย
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชวิทยาลัย
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในการลด ละ เลิก การดื่มสูรากับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชวิทยาลัย
6. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญคือ

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราที่สามารถจะนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยสูราให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลให้แก่งานอื่น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในสถาบันธัญญารักษ์ จ. ปทุมธานี
2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูราที่มีพฤติกรรมการเสพยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ รวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 1505 คน ในปีงบประมาณ 2553

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว คือ

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการเสพยาสูบ

1.2 ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา

1.3 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยตัวแปร 2 ตัว คือ

2.1 ความเครียด

2.2 สภาพการพักผ่อนนอนหลับ

3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วยตัวแปร 2 ตัว คือ

3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

3.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ

ตัวแปรอธิบาย

ตัวแปรอธิบาย ประกอบด้วย ตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา รวมทั้งลักษณะการดื่มสุรา

นियามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. นิยามปฏิบัติการของตัวแปรตาม

พฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมกลับไปดื่มสุราอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 7 วัน ของผู้ติดสุราที่เคยหยุดดื่ม ได้แล้ว ซึ่งการหยุดดื่มนี้รวมทั้งที่เกิดจากการบำบัดรักษาหรือหยุดดื่มได้เอง

2. นิยามปฏิบัติการของตัวแปรต้น

2.1 ปัจจัยนำ คือปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโทษและพิษภัยของการเสพสุรา หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาของผู้ป่วยสุราในการที่จะเรียนรู้ และเข้าใจถึงโทษและพิษภัยของสุรา เป็นการนำไปสู่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ

2.1.2 ทักษะต่อการดื่มสุรา หมายถึง ความรู้สึกลึกซึ้ง ความคิดเห็น ความพึงพอใจ ประกอบกับความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา หมายถึง การรับรู้และเข้าใจของผู้ป่วยถึงปัญหาการดื่มสุรา ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อระบบต่างๆในร่างกาย จนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ และยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 ปัจจัยเอื้อ คือปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร

2.2.1 ความเครียด หมายถึงภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ

2.2.2 สถานะการพักผ่อนนอนหลับ หมายถึง การที่ผู้ติดสุราทั้งผู้ที่นอนหลับได้ปกติและ ผู้ที่นอนไม่หลับ มีความยากลำบากในการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอหรือกล่าวได้ว่ามีคุณภาพของการนอนที่ไม่ดีผู้ที่นอนไม่หลับจะมีอาการดังกล่าวนี้ 1 อาการหรือมากกว่า ดังนี้ มีความยากลำบากในการที่จะหลับ / ตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อยและยากที่จะหลับต่อได้ / ตื่นเช้ามากหรือตื่นนอนเร็ว / รู้สึกว่านอนไม่เพียงพอหรือตื่นแล้วรู้สึกไม่สดชื่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำได้

2.3 ปัจจัยเสริม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสพสุราซ้ำ ประกอบด้วยตัวแปร 2 ตัวแปร คือ

2.3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งของ คำแนะนำ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเผชิญปัญหาอุปสรรค และจัดการกับปัญหาได้โดยไม่พึ่งพาสุรา

2.3.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งของ คำแนะนำ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเผชิญปัญหาอุปสรรค และจัดการกับปัญหาได้โดยไม่พึ่งพาสุรา

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยสุรา หมายถึง บุคคลที่มารับการรักษาภาวะติดสุราที่สถาบันสถาบันรณรงค์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงเดือนมีนาคม

ภาวะติดสุรา หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยดื่มสุราในปริมาณที่มากและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน โดยไม่สามารถหยุดดื่มได้ ถึงแม้จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว หน้าที่การงาน และสังคม และยังคงต้องพึ่งพาสุราในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปใช้ในการกำหนดตัวแปร สมมุติฐาน กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และประมวลไว้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา
 - 1.1 ผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกาย
 - 1.2 ความผิดปกติที่เกิดจากการเสพสุรา
 - 1.3 อาการสำคัญของอาการถอนสุรา
2. ลักษณะของพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ
 - 2.2 แนวคิดเรื่องการเสพสุราซ้ำ
 - 2.3 ปัจจัยของการเสพติดซ้ำ
3. ทฤษฎีและงานวิจัยที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ
 - 3.1 ทฤษฎี PRECEDE Model
 - 3.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยา

ผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกาย

ทวีพร (2548) ได้อธิบายถึงผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายไว้ดังนี้

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ในการกดประสาทส่วนกลาง คนส่วนมากเมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียง 1 หรือ 2 แก้ว จะมีความรู้สึกที่ผ่อนคลาย แต่ความจริงแล้วมันได้เป็นเช่นที่รู้จัก ทั้งนี้เนื่องจากแอลกอฮอล์แม้เพียงปริมาณน้อย ๆ ก็จะไปกดสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการตัดสินใจ ควบคุมสติและการยับยั้งคิด ทำให้บุคคลนั้น ๆ กระทำไปโดยขาดความยับยั้งชั่งใจซึ่งดูเหมือนว่าสมองถูกกระตุ้นการดื่มในขนาดที่สูงขึ้น แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กดสมองมากขึ้น ทำให้เกิดการงีบและบรรเทาความกังวล พุดอ้อแอ้ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน การตัดสินใจผิดพลาด ขาดการสำรวจที่เรียกว่าเกิดการมึนเมา ถ้าดื่มในขนาดสูงมากขึ้นไปอีก ศูนย์ควบคุมการหายใจและการไหลเวียนของเลือดที่สมองถูกกด ซึ่งส่งผลให้อาจถึงแก่ความตายได้

การมึนเมาที่เกิดจากการดื่มสุรา จะมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม อารมณ์เป็นสุขควบคุมได้ด้วย ซึ่งเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่คนชอบดื่มสุรา นอกจากนี้ผู้ที่เมาสุราจะเสียความสำนึกไป เช่น สายตาพร่า มองเห็นภาพไม่ชัด หูอื้อ ฟังเสียงไม่ชัด เสียการทรงตัว เดินโซเซ ความรู้สึกในเรื่องกลิ่นรสและสัมผัส เสียไป ประการสุดท้ายก็คือ แอลกอฮอล์ทำลายการรับรู้ การรับรู้จะลดลง รวมทั้งการแก้ปัญหาด้วย ปัญหาที่ง่ายกลับกลายเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก การดื่มสุราในปริมาณมากและเป็นเวลานาน จะทำให้ระบบประสาทเสื่อม โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration) ได้แก่

โรคสมองน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) ถ้ามีการเสื่อมของสมองส่วนนี้จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติไป มีการเดินทรงตัวไม่ได้ (Ataxia) เดินเซ เดินขาถ่างออก เพราะกลัวว่าจะล้ม เวลาเดินเหมือนกับคนเมาสุราทุกอย่าง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ การใช้มือในการทำงานจะผิดปกติไป ไม่สามารถประกอบอาชีพที่ใช้มือในการประกอบสิ่งของละเอียดได้ หรือเวลารับประทานอาหาร เมื่อตักอาหารเข้าปากบางครั้งก็อาจตักเข้าจมูกหรือเข้าตาได้ แม้แต่ลายมือก็ผิดปกติ และยังพบว่าการพูดผิดปกติ (Speech impaired) เวลาพูดเสียงจะสั่นไม่ชัด ส่วนที่ตาจะมีการกระตุกของลูกตา (Nystagmas) เวลามองไปข้างๆ ซึ่งอาจจะทำให้มีอาการวิงเวียนตามมาได้

โรคสมองเหี่ยว (Cortical atrophy) อาการที่แสดงออกมาคือ ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โมโหหงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรงและอาจเดินเซ ความคิดอ่านจะเสียไป

โรคเวอร์นิก โคซาคอฟ ซินโดม (Korsakoff 's syndrom) เป็นโรคที่สูญเสียความจำ ในระยะเวลาสั้นๆ หรือมีความจำขาดช่วง (Anterograde amnesia) คือไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีการสร้างความจำเทียมขึ้น (Confabulation)

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แอลกอฮอล์จะกดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ทำให้เส้นเลือดขยายตัว ความดันโลหิตจึงลดต่ำลงเล็กน้อยเส้นเลือดที่ผิวหนังขยายตัว โดยเฉพาะผิวหนังบนใบหน้าและลำคอจะแดงและรู้สึกร้อน ในกรณีที่ดื่มเกินขนาด จะทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง เพราะเส้นเลือดที่บริเวณผิวหนังขยายตัวร่างกายจึงสูญเสียความร้อนไป

3. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยๆ ก่อนกินอาหารหรือพร้อมกับการกินอาหารจะช่วยให้เจริญอาหาร ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์ไปลดความเครียดและความวิตกกังวล นอกจากนี้แอลกอฮอล์จะกระตุ้นกระเพาะอาหารและตับอ่อนให้หลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้น จึงทำให้การย่อยอาหารดีขึ้น แต่การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง จะทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหารและทำให้กรดถูกหลั่งออกมาจะทำให้อาเจียน การอาเจียนเป็นการลดความระคายเคืองที่เกิดขึ้นต่อกระเพาะอาหาร ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังมักจะเกิดอาการอักเสบที่กระเพาะอาหาร มีการเสียเลือดได้ง่ายและ เสียพลาสมาโปรตีน ทำให้เกิดโรคโลหิตจางและขาดโปรตีน นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดการขาดธาตุเสียหายที่ลำไส้เล็ก ทำให้ท้องร่วง น้ำหนักลดและขาดวิตามิน โดยเฉพาะวิตามิน บี 1

4. ผลต่อดับ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงและเป็นระยะเวลานาน จะเกิดความผิดปกติของการเผาผลาญที่ตับ มีไขมันสะสมที่เซลล์พาราเรนไคมาของตับ (parenchyma) จะทำให้เป็นโรคตับอักเสบ และตับแข็ง ซึ่งอาจตายได้ในที่สุด

5. ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ บุคคลที่เสพสุราเรื้อรังที่เป็นชายจะมีนมโตและอัมตะเหี่ยว ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมตับแข็ง การที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความไม่สมดุลของสเตียรอยด์ฮอร์โมน บางรายอาจเกิดเฉพาะนมโตและอัมตะเหี่ยวก็ได้

ความผิดปกติที่เกิดจากการเสพสุรา (Alcohol-induced disorders)

พิชัย (2548) ได้กล่าวถึงความผิดปกติที่เกิดจากการเสพสุราไว้ดังนี้

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (mg%)	อาการทางคลินิก
20-90	เริ่มเสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
100-199	มีอาการทางประสาทวิทยา การตอบสนองช้าลง ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการทางจิตใจและอารมณ์
200-299	มีอาการเมาอย่างเห็นได้ชัดเจน ยกเว้นในรายที่มีการคือแอลกอฮอล์คลื่นไส้อาเจียน เดินเซอย่างมาก
300-399	อุณหภูมิของร่างกายลดลง พูดอ้อแอ้ไม่ชัดอย่างมาก ความจำเสื่อม
400-799	ความรู้สึกตัวแย่ง อาจถึงขั้น Coma ขึ้นกับระดับของการคือแอลกอฮอล์ระบบหายใจแย่ง อุณหภูมิและความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะราด หรือไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ การตอบสนองของระบบประสาทลดลงอย่างมาก อาจทำให้ล้มตกลุดตันทางเดินหายใจหรือสำลักอาหารในกระเพาะอาหาร หรือไม่หายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
600-800	ผู้ป่วยมักเสียชีวิต

อาการสำคัญของอาการถอนสุรา

พิชัย (2548) ได้กล่าวถึงอาการถอนของสุราว่า อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยติดสุรามานานหลายปี และดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน อาการสำคัญของอาการถอนสุราได้แก่

1. ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวมากผิดปกติ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้ เป็นต้น
2. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเองได้จากการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้ขาดสารน้ำและเกลือแร่มากขึ้น

3. วงจรการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยมักนอนมากในเวลากลางวัน และไม่นอนในเวลากลางคืน
4. สมองสับสน – มักสับสน ไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) ผู้ป่วยมักคิดว่าอยู่ที่อื่น ที่ไม่ใช่โรงพยาบาล
5. อาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และแยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ลักษณะของพฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำ

ความหมายของพฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำ

จากการให้ความหมายการติดสุราของพิทักษ์(2548) สามารถนำมาประมวลความหมายของพฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำได้ว่า พฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำเป็นภาวะที่บุคคลซึ่งติดสุราและสามารถหยุดดื่มได้แล้วเป็นระยะเวลาหนึ่งและกลับมาดื่มสุราใหม่จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในครอบครัว หน้าที่การงาน และสังคม รวมทั้งยังต้องพึ่งพาสุราในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของการเสพติดซ้ำไว้ดังนี้

ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น (2550) ได้ให้ความหมายของการติดซ้ำไว้ 2 ความหมายคือ

1. หมายถึงการกำเริบของโรคหลังจากที่อาการดีขึ้นแล้ว
2. การติดซ้ำเป็นการกระทำ หรือเหตุการณ์ที่ถอยหลัง เลวลง ทรุกลง

ทิพาวดี (2547) ได้ให้ความหมายของการกลับไปเสพซ้ำว่า หมายถึงการที่ผู้ติดสุราหรือสารเสพติด กลับไปดื่มสุราซ้ำหรือใช้สารเสพติดชนิดเดิมซ้ำ มีขนาดความรุนแรงตั้งแต่เบาจนถึงหนักขึ้นได้แก่ การกลับไปเสพเป็นครั้งคราว และกลับไปเสพใหม่ที่เรียกว่าเสพซ้ำ ซึ่งได้แยกแยะการเสพซ้ำไว้หลายระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 พลัดไป/พลั้งเผลอ (Slip) หมายถึงการกลับไปดื่มสุราหรือกลับไปใช้สารเสพติดอีก หลังจากเกิดอาการถอนยาหรือมีอาการทางร่างกาย

ระดับที่ 2 เสพชั่วคราว (Lapse) หมายถึง การกลับไปดื่มสุราหรือกลับไปใช้สารเสพติดอีก เป็นเวลาน้อยกว่า 7 วัน ติดต่อกัน

ระดับที่ 3 กลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับไปดื่มสุราหรือกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และ มีการพลัดไปดื่มบ่อยหรือกลับไปใช้สารเสพติดบ่อย โดยการกลับไปดื่มใหม่หรือกลับไปใช้สารเสพติดใหม่นานมากกว่า 7 วันติดต่อกัน

ระดับที่ 4 การกลับไปเสพลับการรักษ (Relapse Episode) หมายถึง ช่วงเวลาที่กลับไปดื่มซ้ำหรือกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำนานเกิน 7 วัน แล้วตามด้วยการเลิกดื่มสุราหรือเลิกใช้สารเสพติด โดยการเข้ารับการรักษในสถานบำบัดหรือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลแวดล้อม

ระยะที่ 5 การกลับไปติดซ้ำอีก (Readdiction) หมายถึงการกลับไปดื่มซ้ำเป็นเวลายาวนานมากกว่า 30 วันจนกระทั่งผลักดันให้ผู้ดื่มสุราหรือผู้ใช้สารเสพติดต้องกลายเป็นคนติดสุรา หรือติดยาอีก

จากความหมายของการเสพยาซ้ำ นำมาประมวลเป็นความหมายของการเสพยาซ้ำในครั้ง นี้ คือ พฤติกรรมการเสพยาซ้ำหมายถึง พฤติกรรมการกลับไปดื่มสุราใหม่อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 7 วัน ของผู้ติดสุราที่เคยหยุดดื่มได้แล้ว ซึ่งการหยุดดื่มนี้รวมทั้งที่เกิดจากการบำบัดรักษาหรือหยุดดื่มได้เอง

แนวคิดเรื่องการเสพยาซ้ำ

ประไพ (2545) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการติดสุราไว้ว่า มีปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มและติดสุรา ปัจจัยแรกคือ พันธุกรรมที่มีผลต่อการดื่มสุรา เช่น โรคพิษสุราเรื้อรังในครอบครัว โดยมีการศึกษาทั้งเด็กในฝาแฝด และบุตรบุญธรรม พบว่าเด็กในครอบครัวที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง จะกลายเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าครอบครัวทั่วไป ฝาแฝดแท้มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังได้มากกว่า 4 เท่า ของครอบครัวที่ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าลักษณะดังกล่าวก็ขึ้นกับปัจจัยทางชีวภาพของเด็ก หรือการเลี้ยงดูของบิดามารดาด้วย ส่วนปัจจัยที่สองที่มีผลต่อการดื่มและติดสุรา คือปัจจัยทางด้านชีวเคมี และการทำงานของสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอลจะสรุปแนวคิดของการเสพติดซ้ำได้ดังนี้

แนวคิดทางพันธุกรรม (Genetic Theory)

พัชรินทร์ (2540) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับทางพันธุกรรมของคนที่ติดสุรา พบว่ามีอัตราสูงในระหว่างญาติพี่น้องของคนติดสุรา มากกว่าประชากรทั่วไป คือประมาณ ร้อยละ 25 ของบิดา และพี่น้องผู้ชายของผู้ติดสุราจะติดสุราด้วย นอกจากนี้ในการศึกษาแฝดที่มีการติดสุรา พบว่า แผลดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนใดคนหนึ่งติดสุรา อีกคนจะมีโอกาสติดสุราด้วยร้อยละ 50 มากกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และเท่ากับอัตราที่เกิดจากพี่น้องของผู้ติดสุรา นอกจากนี้ยังพบว่าบุตรที่ขอมารับเลี้ยงจากบิดา มารดาติดสุราแม้จะได้รับการเลี้ยงดูโดยคนที่ไม่ติดสุรา ก็มีโอกาสดูดสุราได้เท่ากับบุตรของคนติดสุรา ซึ่งบิดามารดาเลี้ยงดูเอง

แนวคิดของสมองติดยา (Brain Reward Mechanism)

จากการค้นคว้าจากตำราเวชศาสตร์การเสพติด (2548) ในเรื่องแนวคิดของสมองติดยา พบว่า สารเสพติดทุกตัวจะมีคุณสมบัติที่เหมือนกันประการหนึ่ง คือ การออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองที่บริเวณ Limbic reward system หรือ Dopamine reward system ซึ่งเป็นวงจรสมองที่เกี่ยวกับความสุขใจ เหมือนได้รับรางวัล ดังนั้นการดื่มสุราจะไปกระตุ้นสมองที่บริเวณ Limbic reward system ทำให้ผู้ดื่มมีความสุข ความพึงพอใจ และอยากกระตุ้นให้เกิดความสุข ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอีก จึงเป็นสาเหตุของการเสพติดซ้ำได้ จึงเป็นที่เชื่อตรงกันของนักวิจัยหลายท่านว่า Dopamine น่าจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ และเป็นสาเหตุของการเสพติดซ้ำได้

จากการศึกษาของ ภาณุพงศ์ (2535) พบว่าการดื่มสุราในปริมาณมากของบุคคล หรือความต้องการสุราภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณ brain reward system ซึ่งในบริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สำคัญคือ endogenous opioid และ dopamine โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นโดยแอลกอฮอล์ ดังนั้นสาเหตุของการติดสุรานั้นจะเกิดจากความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง จากความก้าวหน้าในการศึกษาเหล่านี้ จึงให้เห็นว่าเราไม่อาจละเลยปัจจัยทางชีวเคมี และการทำงานของสมองที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกพฤติกรรมเสพติดซ้ำได้

แนวคิดทางด้านจิตใจ

ปัญหาทางด้านจิตใจเป็นต้นเหตุของปัญหาทางร่างกายได้ อาจกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ของความคิดปกติทางจิตอาจเป็นผลต่อไปจนถึงบุคลิกภาพ เช่นทำให้เป็นผู้ที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งผู้อื่นอยู่เสมอ การดื่มสุราช่วยสร้างความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นได้ และพัชรินทร์ (2540) ได้กล่าวถึงสาเหตุทางด้านจิตใจที่ทำให้ติดสุราว่าส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก ซึ่งขาดความรักความอบอุ่น และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวไม่ดี ในวัยเด็กได้รับความกดดัน หรือถูกลดโทษจากบิดามารดา จากประสบการณ์ที่ไม่ดีนี้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นต่อไปด้วย จากการศึกษาครอบครัวของผู้ติดสุราพบว่าคนพวกนี้มักจะมีประวัติดำเนินชีวิตตั้งแต่อายุน้อย หรือมีการอยู่ร้างมากกว่าคนที่ไม่ติดสุรา ทำให้ขาดความรักความอบอุ่น บุคคลเหล่านี้จะง่ายต่อการติดสุรา เนื่องจากได้รับความสุข ความพอใจจากผลของสุรา นอกจากนี้บุคคลเหล่านี้จะมีความทนต่อความเครียดได้น้อย และพยายามแก้ไขปัญหาและคลายเครียดด้วยการดื่มสุรา สอดคล้องกับ สมภพ (2543) กล่าวว่าปัญหาการดื่มสุราจัดเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคล บางคนดื่มสุราเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว ขาดการสนับสนุนทางบวกจากครอบครัว

ปัจจัยของการเสพติดสุราซ้ำ

Marlatt and Gordon (1985) กล่าวว่าไว้ว่า สถานการณ์ที่ทำให้เสพสุราซ้ำ เกิดจากปัจจัย 2 ประการคือ

1. ปัจจัยภายใน คือ ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้เสพสุราเอง เช่น อารมณ์ไม่ดี สุขภาพไม่ดี อยากทดสอบตนเองว่าถ้าดื่มแล้วจะกลับไปติดซ้ำอีกหรือไม่ หรือมีอาการอยากสุรา
2. ปัจจัยภายนอก คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เสพสุรา เช่น ความขัดแย้งกับผู้อื่น แรงกดดันจากสังคม

นอกจากนี้ ทิพาวดี (2548) ยังได้กล่าวถึงสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ อาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านกายภาพ (Physiological Factors) ได้แก่ความอดทนของร่างกายต่อการถอนยา เช่น อาการอยากดื่ม (craving) ซึ่งเกิดเนื่องจากอาการขาดสุรา (Withdrawal) เช่น อารมณ์หงุดหงิด กระสับกระส่าย ซึมเศร้า นอนไม่หลับ บางรายมีหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นผลมาจากการมีการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท Dopamine บริเวณ Mesolimbic System อยู่เป็นเวลานานหลังจากหยุดดื่มสุรา

1.2 การขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา เช่น ทักษะปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับความเครียด

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social Factors and Environment Factors) เช่น

2.1 มีแหล่งสุราอยู่ในชุมชน

2.2 อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม เมื่อบุคคลผ่านการรักษาแล้ว ถ้าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน อาจจะทำให้เกิดปัญหาตามมา โดยเฉพาะปัญหาภายในครอบครัวที่จะต้องมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการที่จะร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล

3. ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Factors)

3.1 ความกดดันจากปัญหาส่วนตัว หรือจากบุคคลรอบข้าง ความเศร้าเสียใจ ความวิตกกังวล และภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข ซึ่งเป็นสาเหตุให้หันกลับไปดื่มสุราอีก

3.2 ขาดการสนใจในการเลิกสุรา ทำให้ผู้ติดสุราไม่มีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ตนเองให้ดีขึ้น

3.3 สถิติปัญหาในการจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสุรา

3.4 ความเชื่อ มีความสำคัญมากที่จะช่วยให้เลิกสุราได้ ถ้าผู้ติดสุรามีความเชื่อว่าสุราเป็นอันตรายต่อร่างกาย ก็จะช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำได้ แต่ถ้าผู้ติดสุราเชื่อว่าสุราช่วยให้ความสุข ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้ผู้ติดสุราหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก ดังนั้นกลยุทธ์ที่จะป้องกันการติดซ้ำก็คือ การจัดการกับความเชื่อนี้

นอกจากนี้การเสพสุราซ้ำอาจมีสาเหตุจากการถูกผลักดัน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์บางอย่าง เช่น

1. มีความตั้งใจในการหยุด ดื่มสุราน้อยลง ผู้เสพสุราที่หยุดดื่มได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว จะเริ่มดื่มปัญหาต่างๆที่เป็นผลมาจากการเสพสุรา ความทรงจำเกี่ยวกับช่วงเวลาเมื่อได้ดื่มสุราจะ กลับมามีอิทธิพล เปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้เสพสุราให้มีความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราน้อยลง
2. อยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ผู้เสพสุราที่ผ่านการรักษาแล้ว ต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อม เดิมเหมือนเมื่อครั้งที่เคยเสพสุรา เช่น การกลับไปคบเพื่อนที่ดื่มสุรา การวนเวียนไปในสถานที่ที่เคย เสพสุรา จะทำให้ระลึกถึงสุรา และมีโอกาสกลับไปเสพสุราซ้ำได้
3. อยู่ในภาวะอารมณ์เสี่ยงต่อการเสพสุรา เช่น ความรู้สึกเศร้า เสียใจ ความรู้สึกโกรธ ความไม่สมหวัง ความรู้สึกหงา ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้มีโอกาส กลับไปเสพสุราซ้ำได้
4. มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น เช่นอยู่ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งกับผู้อื่น ทั้งจากใน ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน จะทำให้เกิดความตึงเครียด มีความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้มี โอกาสกลับไปเสพสุราซ้ำได้
5. แรงผลักดันทางสังคม ผู้เสพสุราที่ยังคบอยู่กับเพื่อนที่เสพสุรา จะมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน ต้องการให้เพื่อนยอมรับ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้กลับไปเสพสุราซ้ำได้

ทฤษฎีและงานวิจัยที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ

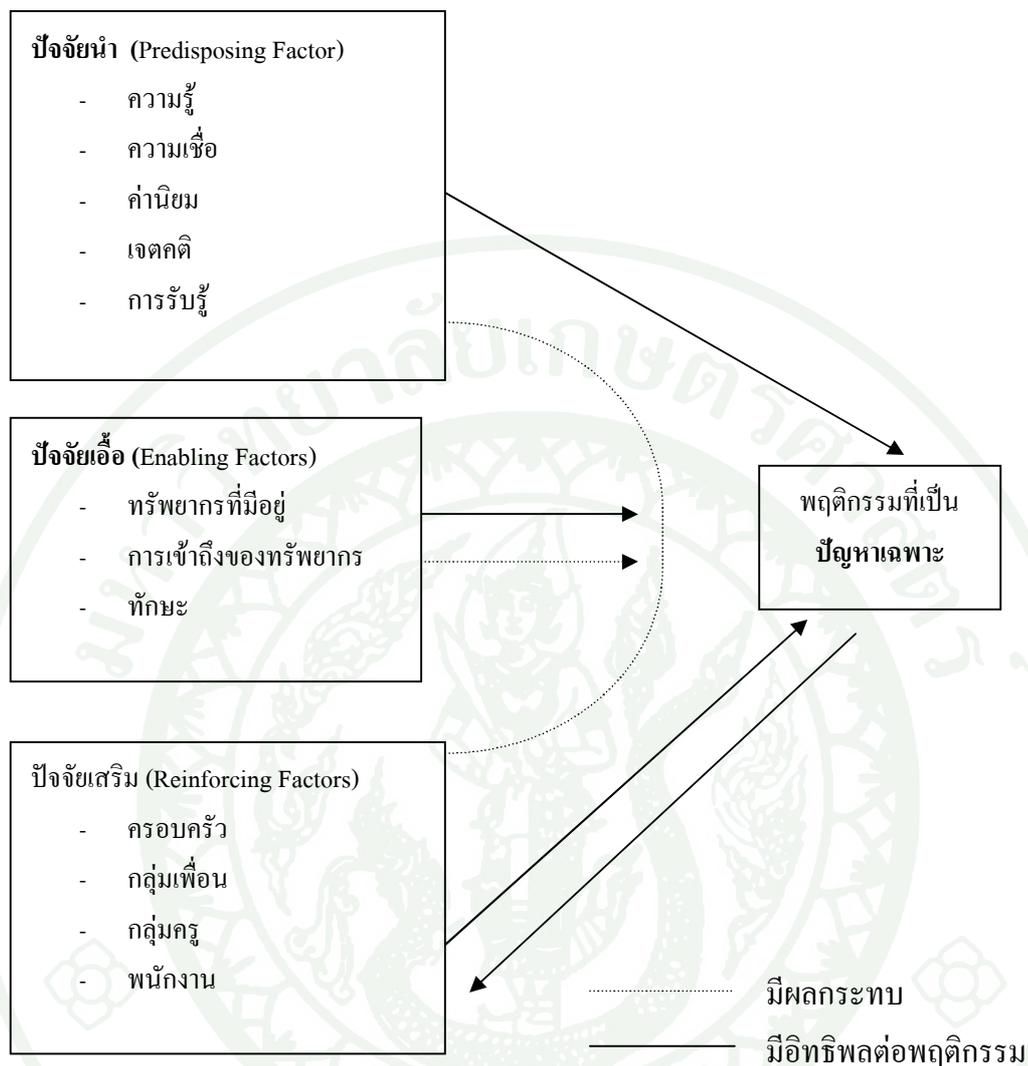
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการเสพสุรา ซ้ำอาจเกิดจากปัจจัยหลายๆปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวเคมี และการทำงานของสมอง ปัจจัยทางด้านจิตใจ รวมทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์และ จิตใจ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นเหตุให้กลับไปเสพสุราซ้ำได้ ดังนั้นในการศึกษาวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันบำบัดรักษา ผู้วิจัย จึงได้นำทฤษฎีและงานวิจัยที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วย สุราในสถาบันบำบัดรักษา โดยใช้ทฤษฎีพื้นฐานการวิจัยดังนี้

1. ทฤษฎี PRECEDE Model
2. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ทฤษฎี PRECEDE Model

PRECEDE ย่อมาจากคำว่า Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่ง Prochaska *et al.*(1994) ได้ให้ความหมายของ PRECEDE ไว้ว่า หมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและปัจจัยสนับสนุนในการวินิจฉัย และประเมินผลพฤติกรรม

จอร์จค็อกซ์ และ เกลิมพล (2550) ได้กล่าวไว้ว่า PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการที่อธิบายถึงระบบการพัฒนาและการวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรค ตลอดจนวิธีการรักษาและแนวทางในการป้องกัน และประเมินผล โดยยึดหลักการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ ดังนั้นจึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในกระบวนการของกรอบแนวคิดของ PRECEDE จะมีการพิจารณาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ ซึ่งแบบแผน PRECEDE Model เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุร่วมกันระหว่างหลาย ๆ ปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายๆปัจจัย จึงต้องวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ เพื่อจะได้วางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง



ภาพที่ 1 แสดงลำดับขั้นตอนของสามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ที่มา: Prochaska *et al.* (1994)

Green (1980) ได้กล่าวถึงแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยร่วม 3 ประการ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) รายละเอียดมีดังต่อไปนี้คือ

ปัจจัยนำ (Predisposing Factor)

Green (1980) ได้กล่าวถึงปัจจัยนำว่า หมายถึงปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

Green (1980) ได้กล่าวถึงปัจจัยเอื้อว่า หมายถึงปัจจัยภายนอกบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ประกอบด้วยทักษะ และแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดพฤติกรรม โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

Green (1980) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสริมว่า หมายถึง ปัจจัยหลายปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้แสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ปัจจัยเสริมอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลกระทำตามก็ได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อน สมาชิกในครอบครัว แพทย์ เป็นต้น อิทธิพลของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มข้างต้น ดังนั้นการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

การวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา ในสถาบัน รัษฎารักษ์ ซึ่งตรงกับแนวคิดในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้เลือก เฉพาะบางตัวแปรมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factor)

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ของบุคคล เป็นต้น ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ปัจจัยนำที่เป็น องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ ทัศนคติต่อการเสพยาสูบ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา

ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ

Green and Kreuter (1999) กล่าวว่าไว้ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการ แสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้ อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาสูบได้ต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ พบว่า นันทธีธา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชาย ในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องสุรา ทัศนคติต่อการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความ รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความ สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา สมพิศ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมใน การป้องกันการติดสารเสพติด ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย พบว่าความรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจรรยา (2546) ศึกษา การป้องกัน โรคเอดส์ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเขตอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

ทัศนคติ (Attitude)

กองสุขศึกษา (2542) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โสภา (2535) ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นผลของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น และความจริง ซึ่งความรู้สึกเราเรียกว่าการประเมินค่าทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งหมดก็เกี่ยวพันกัน และจะบรรยายให้ทราบถึงจุดแกนกลางของวัตถุนั้นๆ ความรู้และความรู้สึกเหล่านี้ มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดพฤติกรรมชนิดหนึ่งชนิดใด

Coon (1998) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึงการผสมผสานของความเชื่อและอารมณ์ที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อบุคคลอื่น สิ่งของ หรือสถานการณ์ในเชิงบวกหรือเชิงลบ

สรุปความหมายของทัศนคติ หมายถึงความเชื่อ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบของบุคคลที่ได้จากการประเมินบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ หรือการเรียนรู้ประสบการณ์ และกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในเชิงบวกหรือเชิงลบ

องค์ประกอบของทัศนคติ

สุชา และสุรางค์ (2526) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของทัศนคติมี 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบในด้านความรู้เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ หรือเหตุการณ์รวมทั้งความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลมีความรู้เชิงประมาณค่าสิ่งของต่างๆ ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดอคติ หรือมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ ไม่ตรงกับความเป็นจริง เป็นผลให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือส่วนรวมได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่สำคัญประการหนึ่งคือ การปรับความรู้เชิงประมาณค่า โดยการให้ความรู้ที่ตรงกับความจริงของบุคคล

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Feeling Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกของบุคคลซึ่งมีอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ด้วย คือ หากมีความรู้สึกรักหรือชอบพอในบุคคลใดก็จะเกิดทัศนคติ

ที่ดีต่อบุคคลนั้นไปด้วย แต่หากรู้สึกเกลียดหรือ โกรธ บุคคลใด สิ่งใด ทำให้มีทัศนคติต่อบุคคลนั้นไปในทิศทางตรงกันข้าม ความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ส่วนใหญ่แล้วจะเกิดโดยอัตโนมัติ และสอดคล้องกับความรู้เชิงประมาณค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ ด้วย

3. องค์ประกอบด้านการโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ (Action tendency Component) เป็นองค์ประกอบที่หมายถึงความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตน เมื่อบุคคลชอบหรือรักใคร่ในสิ่งใด ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมตอบสนองในทางบวกกับสิ่งนั้น ตรงกันข้าม หากบุคคลไม่ชอบ เกลียดชังสิ่งใด ย่อมมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือตอบสนองในทางลบกับสิ่งนั้นเช่นกัน

ประเภทของทัศนคติ

กมลรัตน์ (2547) กล่าวไว้ว่า นักจิตวิทยาสังคมได้แบ่งประเภทของทัศนคติออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ทัศนคติทางบวก หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมจะเข้าหา เมื่อเกิดความรู้สึกชอบหรือพอใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง คนที่มีทัศนคติทางบวกมักเป็นคนที่มีมองโลกในแง่ดีมากกว่าแง่ร้าย และอาจถูกชักชวนหรือหลอกลวงได้ง่าย แต่อย่างไรก็ดีการมีทัศนคติทางบวกย่อมดีกว่า การมีทัศนคติทางลบ การมองโลกในแง่ดีพร้อมที่จะคบหาสมาคมกับบุคคลอื่นได้อย่างบริสุทธิ์ใจ
2. ทัศนคติทางลบ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมจะถอยหนีหรือหลีกเลี่ยง เมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบหรือไม่พอใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง คนที่มีทัศนคติทางลบจึงมักเป็นคนที่มีมองโลกในแง่ร้าย มองคนอื่นเป็นศัตรู ไม่วางใจผู้ใด ทำให้ไม่ยอมคบหาสมาคมกับผู้อื่นง่ายๆ ถ้าเกิดทัศนคติทางลบมากๆ ในบุคคลใดอาจทำให้เป็นโรคจิต โรคประสาท มีอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะนิทาว่าร้ายหรือปองร้ายตนได้

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของทัศนคติต่อการดื่มสุร่าว่า หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความพึงพอใจ ประกอบกับความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีต่อการดื่มสุร่า ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการเสพสุร่าซ้ำ

จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติกับการดื่มสุรา พบดังนี้ ยูพา (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นันทธียา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา หมายถึง การรับรู้และเข้าใจของผู้ป่วย ถึงปัญหาการดื่มสุรา ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อระบบต่างๆในร่างกาย จนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ และยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) มาอธิบายสนับสนุนปัจจัยภายในตัวบุคคลในปัจจัยนำของ PRECEDE Model เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัฐญารักษ์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมและบทบาทในการตัดสินใจของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงโดยสรุปว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น บุคคลดังกล่าวจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค(Perceived Susceptibility)
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา(Perceived Severity)
3. เมื่อปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดผลแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค (Perceived Effectiveness of Action)

4. การปฏิบัติดังกล่าวไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของเขา(Perceived Barrier) เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวก ความกลัว ความละเอียด เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยหมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ ซึ่งมียาละเอียด ดังต่อไปนี้

Rosenstock (1974) ได้กล่าวถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคว่าเป็นการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย อันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การเสียเวลา เสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจจะมองปัญหาสุขภาพในแง่ที่โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผล ไปลดระบบการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือโรคนั้นจะนำไปสู่ภาวะความ พิจารณาหรือไม่ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติ ตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรคนั้น เพื่อไม่ให้เป็นโรครุนแรงขึ้นอีกได้ อย่างไรก็ตามในการ ประเมินผลการรักษา จะวัดว่าบุคคลนั้นรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงหรือไม่ ต้องดูจากพฤติกรรม ของเขา ว่าเขาแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคถูกต้องหรือไม่

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ หมายถึง การรับรู้และเข้าใจ ของผู้ป่วย ถึงปัญหาการติดเชื้อ ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อระบบต่างๆในร่างกาย จนอาจถึงขั้นเสียชีวิต ได้ และยังมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อกับพฤติกรรม การเสพยาเสพติด พบดังนี้ นันทิชา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าการรับรู้ ความรุนแรงของโรคจากการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวัชร (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพยาเสพติด สถาบันชัยภูมิ พบว่าการ รับรู้ความรุนแรงของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพยา เสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ นิสานารถ (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและ การปฏิบัติเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่ติดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลลำพูน ในกลุ่มผู้ที่ติดสูบบุหรี่ที่เข้าบำบัดใน คลินิกอดสูบบุหรี่ จำนวน 40 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการสูบบุหรี่เท่านั้น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุรา

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

หมายถึงปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ ประกอบด้วย 2 ตัวแปรคือ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ

ความเครียด

ความหมายของความเครียด

Caplan (1981) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง สถานการณ์ที่บุคคลมีความไม่สมดุลระหว่างสิ่งเร้าที่มากกระทำต่อบุคคล (Demand) กับความสามารถของบุคคลในการที่จะตั้งรับหรือตอบสนองหรือต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้น (Respond) ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

Maslow (1970) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ 3 ความหมาย ดังนี้

1. ความเครียด คือ แรงกระตุ้นจากภายนอกที่เป็นสาเหตุให้เกิดปฏิกิริยาของความเครียดในแต่ละบุคคล ถ้าในแต่ละบุคคลเกิดความเครียดและความเครียดสามารถลดลงจนถึงหมดไปภายในขอบเขตที่แต่ละบุคคลยอมรับได้ บุคคลนั้นก็กลับเข้าสู่ภาวะปกติของร่างกายและจิตใจ
2. ความเครียด คือ การตอบสนองภายในร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคามจากภายนอก
3. ความเครียด คือ ลำดับขั้นตอนของปฏิกิริยาระหว่างตัวกระตุ้นทางด้านสิ่งแวดล้อมกับการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นไปถึงความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยเน้นขบวนการทางด้านจิตวิทยา เช่น การรับรู้และการนึกคิด ความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ความต้องการจากภายนอกเกินขีดความสามารถที่จะรับรู้ได้ของแต่ละบุคคล

Robert *et. al.* (1995) ให้ความหมายของความเครียดคือ กลุ่มพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความโกรธ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือมีความลำบากในการพิจารณาตัดสินใจ

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจหรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ ความเครียดที่มีไม่มากนัก จะปีนแรงกระตุ้นให้คนเราเกิดแรงมูมานะที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆได้ คนที่มีความรับผิชอบสูงจึงมักหนีความเครียดไปไม่พ้นความเครียดที่เป็นอันตราย คือ ความเครียดในระดับสูงที่คงอยู่เป็นเวลานานจะส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม การงานครอบครัวและสังคม

เพ็ญแข (2547) ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดันไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายอันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึก เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดัน หรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาของบุคคลที่เป็นผลมาจาก ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจิตใจ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายและจิตใจทำงานผิดปกติ เกิดความทุกข์ ไม่สบายทั้งกายและใจโดยบุคคลนั้นจะเป็นผู้ประเมินสถานการณ์นั้นเองว่าสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นได้หรือไม่ ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะไม่เกิดผลกระทบต่อตนเองในทางกลับกันถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการความเครียดได้ก็จะส่งผลร้ายต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การกลับไปเสพสุราซ้ำได้

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด

McDonald and Dolye (1981) กล่าวไว้ว่า ความเครียดจะมีส่งผลต่อบุคคลในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Physical illness) ผลของความเครียดทางด้านร่างกายที่ได้รับนั้นอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจได้รับผลตั้งแต่เพียงเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ มีอาการรุนแรงไปจนถึงมีความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย ถ้าบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานหรือมีความรุนแรงอาจจะทำให้เกิดโรคต่างๆได้ เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

2. ความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต (Mental illness) ในภาวะเครียด สภาพอารมณ์ของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ถ้าเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานหรือความเครียดนั้นรุนแรงก็จะมีผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจ สติปัญญา การแก้ไขปัญหา ตลอดจนเสียความสามารถในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะแสดงออกมาให้เห็นได้ชัดเจนในลักษณะต่างๆ เช่น ความเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นปรปักษ์ และความก้าวร้าว

3. การแยกตัวออกจากสังคมและครอบครัว ผลของความเครียดนั้นก่อให้เกิดปัญหาได้ทั้งในชีวิตครอบครัวและสังคม จะเห็นได้จาก ในกรณีที่จำเป็นต้องทำงานล่วงเวลา ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม เพราะนอกจากทำงานในหน้าที่แล้วเขาไม่มีเวลาพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมได้ และความเหน็ดเหนื่อยจากหน้าที่การงานซึ่งมีผลต่ออารมณ์ ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมได้

กนกพร (2527) กล่าวถึง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1. ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจะแสดงอาการต่างๆ ดังนี้

1.1 ความดันโลหิตจะสูงขึ้น เนื่องจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น และพบว่าชีพจรเต้นเร็วและแรง อาจพบว่ามีอาการหัวใจเต้นผิดปกติหรือมีอาการใจสั่นรวมอยู่ด้วย

1.2 มีโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย เช่น บริเวณมือและเท้าน้อยลง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นซีดเข็น ในขณะที่สมอง หัวใจ และกล้ามเนื้อลายมีโลหิตไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น

1.3 อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วและลึก เพื่อให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ

1.4 ปริมาณปัสสาวะน้อยลง เนื่องจากมีการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกายและ จากกลไกการปรับตัวของไต เพื่อรักษาระดับโลหิตของร่างกาย (Blood Volume) ให้เพียงพอ

1.5 อัตราการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolism) สูงขึ้น ทำให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น กว่าปกติและมีอาการขาดน้ำ (Mild Dehydration) ถ้าอัตราการเผาผลาญอาหารสูงอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และเหนื่อยล้าขึ้น

1.6 ระดับน้ำตาลในโลหิตสูงขึ้นจากการสร้างอินซูลิน (Insulin) น้อยลง มีการหลั่ง กลูคากอนเพิ่มขึ้น กรดไขมันถูกขับออกมามากขึ้น ตลอดจนมีการสลายตัวของไกลโคเจนจากตับ และกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

1.7 การทำงานของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone) เพิ่มขึ้น อาจมีอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ หน้าบวมเขียว นอกจากนี้กล้ามเนื้อจะมีความตึงตัวมากขึ้นทำให้มีอาการเมื่อยล้าทั่วร่างกาย

1.8 เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เนื่องจากมีการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น และปริมาณของเซลล์เม็ดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้มีความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น

1.9 ร่างกายและจิตใจมีการตื่นตัวกระตุ้นกระเจิงจากประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nerve) ถูกกระตุ้น

2. ปฏิกริยาตอบสนองด้านจิตใจ อาจทำให้เกิดผลดังนี้

2.1 พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัว เลือยชา ไม่ให้ความร่วมมือ มีอารมณ์แปรปรวน อาจพูดถึงความตายบ่อยๆ

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิด ร้องไห้ หรือหัวเราะ โดยไม่มีเหตุผล หรือบ่นเรื่องเจ็บปวดโดยไม่มีสาเหตุ

2.3 ระดับความรู้สึก ความจำ ความสนใจหรือสมาธิเสียไป

2.4 ความคิดสับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ อาจถึงขั้นมีประสาทหลอน กลัวหรือหวาดระแวง โดยไม่มีเหตุผล

2.5 การรับรู้ทางประสาทสัมผัสเสียไป เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

2.6 ขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ และมีความรู้สึกไวต่อเสียงรบกวน

2.7 การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดมีการเปลี่ยนแปลง เช่น อาจพูดซ้ำๆ และคำพูดอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในขณะที่พูด มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำเสียงและความเร็วของการพูด

2.8 มีการใช้กลไกป้องกันตนเองโดยไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น มีพฤติกรรมถดถอย ใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง ปฏิเสธ โทษผู้อื่น เป็นต้น

2.9 มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ตนเอง เช่น ทำตัวเป็นเด็ก แยกตัวเอง การตัดสินใจไม่เหมาะสม รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต่ำต้อย ไม่ปลอดภัย และเรียกร้องความต้องการมากเกินไป

Smith (1993) ได้จำแนกถึงผลกระทบของความเครียดที่มีต่อบุคคล ดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจที่สูงขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง หายใจขัด ปวดศีรษะ อ่อนล้า รู้สึกเกร็งที่บ่า คอ หรือหลัง ปวดท้อง เบื่ออาหาร หรือเป็น โรคกระเพาะ เป็นต้น
2. ผลกระทบต่อความคิด เช่น มีความวิตกกังวลมากเกินไปในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ และมักมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ
3. ผลกระทบต่ออารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว โกรธ หรือเศร้าสร้อยอย่างไร้เหตุผล และคิดถึงสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ

4. ผลกระทบต่อการแสดงออก เช่น มีความคิดแคบ ไม่ยืดหยุ่น มีความสับสน ความจำเสื่อม ทำงานผิดพลาดบ่อย ขาดสมาธิ และสูญเสียความคิดสร้างสรรค์

5. ผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น เป็นคนขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก ไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้อื่น มักแสดงความขัดแย้ง และไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น

6. ผลกระทบต่อพฤติกรรม เช่น ดิสุรา บุหรี่ หรือยาเสพติด มีการรับประทานอาหาร ผิดปกติ และนอนไม่หลับ เป็นต้น

สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ

สภาวะการพักผ่อนนอนหลับหมายถึง การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดมีความยากลำบากในการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอหรือกล่าวได้ว่ามีคุณภาพของการนอนที่ไม่ดี ซึ่งปัญหาการนอนไม่หลับนั้นเป็นลักษณะของอาการ ไม่ใช่โรคหรือความเจ็บป่วย ผู้ที่นอนไม่หลับจะมีอาการดังกล่าวนี้ 1 อาการหรือมากกว่า ดังนี้

1. มีความยากลำบากในการที่จะหลับ
2. ตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อยและยากที่จะหลับต่อได้
3. ตื่นเช้ามากหรือตื่นนอนเร็ว
4. รู้สึกว่านอนไม่เพียงพอหรือรู้สึกไม่สดชื่น

ปัญหาการนอนไม่หลับ สามารถจำแนกได้เป็น 3 แบบตามความรุนแรงและความถี่บ่อยของปัญหาการนอนไม่หลับดังนี้

1. ปัญหาการนอนไม่หลับแบบระยะสั้น
2. ปัญหาการนอนไม่หลับแบบเป็นครั้งเป็นคราว
3. ปัญหาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

การนอนไม่หลับเพียง 1 คืนถึง 1-2 สัปดาห์ ถือว่าเป็นปัญหาการนอนไม่หลับแบบระยะสั้น และหากการนอนไม่หลับแบบระยะสั้นนั้น เกิดขึ้นอีกเป็นครั้งเป็นคราว ถือว่าเป็นปัญหาการนอนไม่หลับแบบเป็นครั้งเป็นคราวและหากการนอนไม่หลับนั้นเป็นทุกคืนติดต่อกันระยะเวลาเป็นเดือนหรือมากกว่า ถือว่าเป็นปัญหาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง การที่จะกล่าวว่าบุคคลใดมี “การนอนหลับที่ดี” นั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยปกติเฉลี่ยแล้วในผู้ใหญ่จะมีระยะเวลาการนอนหลับ 7-8 ชั่วโมง แต่บางรายนอนหลับเพียง 4 ชั่วโมงก็ถือว่าเพียงพอแล้ว ในขณะที่บางรายใช้เวลาอนหลับ 10 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นถึงจะเพียงพอ จากสถิติพบว่า มีประชากรมากกว่า 1 ใน 3 ที่มีประสบการณ์การนอนไม่หลับเป็นครั้งเป็นคราว แต่มีเพียง 5 % ที่ต้องการการบำบัดรักษา

กลุ่มที่มีโอกาสที่จะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่ากลุ่มอื่น คือ

1. ผู้สูงอายุ (ปัญหาการนอนไม่หลับจะพบในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป)
2. เพศหญิง
3. มีประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าอีกทั้งประกอบกับมีความเครียดวิตกกังวล มีปัญหาสุขภาพเป็นปัจจัยเสริมด้วย

สาเหตุของปัญหาการนอนไม่หลับแบบระยะสั้นและปัญหาการนอนไม่หลับแบบเป็นครั้งเป็นคราวมีสาเหตุจากปัญหาเหล่านี้ 1 อย่างหรือมากกว่า

1. ความเครียด
2. มลภาวะทางเสียง
3. อุณหภูมิที่ต่ำหรือสูงเกินไป
4. การเปลี่ยนสถานที่ใหม่
5. การเดินทางระหว่างประเทศ/ การเปลี่ยนแปลงเวลานอน
6. ผลข้างเคียงอันเกิดจากการรักษาโรค

สาเหตุของปัญหาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังนั้น มีสาเหตุที่ซับซ้อนและประกอบด้วยสาเหตุ มากกว่า 1 สาเหตุ รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิต หนึ่งในสาเหตุหลักของโรคนอนไม่หลับแบบเรื้อรังคือ โรคซึมเศร้าและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเช่น โรคไต ข้ออักเสบ โรคหัวใจ โรคหืด โรคพาร์คินสัน และโรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมไทรอยด์ อีกทั้งการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังนี้ ยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การทำงานเป็นกะทำให้ตารางการนอนเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน และมีความเครียดสะสมเรื้อรัง

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นปัจจัยภายในตัวบุคคลให้แสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ปัจจัยเสริมอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลกระทำตามก็ได้ สิ่งต่างๆเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อน สมาชิกในครอบครัว แพทย์ เป็นต้น อิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ปัจจัยเสริมที่เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเสพติดสุรา ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาอธิบายในปัจจัยเสริมของ PRECEDE Model เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพติดสุราของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชฎารักษ์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “ การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและอำนาจเหนือกว่าตัวเรายู่ตลอดเวลา ” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของคน ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังนี้

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1988) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Pender (1987) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับสิ่งเหล่านี้จากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Thoits (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด มีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า ตนมีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Caplan (1974) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะป็นแรงผลักดันให้ผู้นั้นไปสูเป้าหมายที่ผู้นั้นต้องการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน โดยได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า ได้รับความรัก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อเป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และจัดการกับปัญหาได้โดยไม่พึ่งพาสุรา

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีการจัดแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประการตามแนวคิดของผู้เสนอ
ดังนี้

Brandt and Weinert (1981) ได้จัดแบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประเภท
ดังนี้

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (attachment) คือการได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การได้รับความรักความผูกพัน การดูแลใกล้ชิดเอาใจใส่ สนับสนุนใกล้ชิดไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก มีความหมายถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย ขาดความรัก มองโลกในแง่ร้าย
2. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) คือ การที่บุคคลได้รับการนับถือ ยกย่อง ชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม และให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง เป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์
3. การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) หมายถึงการที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยน ความรู้สึก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในสังคมของ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกตัดขาดจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ ลึ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่
4. การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น (opportunity for nurturance) คือการที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่นให้ได้รับความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

5. การได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ (assistance/guidance) คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ต่างๆ หรือการช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

Thoith (1995) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed –Back)
2. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้อุบัติการณ์ที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
3. การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายด้านด้วยกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละบุคคล ไม่จำเป็นต้องได้รับครบ หรือพร้อมกันทุกๆด้าน เนื่องจากการทำหน้าที่ของการสนับสนุนในแต่ละด้าน จะมีความเหมาะสมกับบุคคลในแต่ละสถานการณ์

House (1985) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม
3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูล ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การใช้แรงงาน การใช้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้วยสิ่งของ และการให้บริการด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกเป็นส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อความเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยเป็นอย่างยิ่งอันดับแรก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่ามีความสำคัญในฐานะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน หรือแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู พระหรือนักบวช ซึ่งมีความสำคัญรองลงมาในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ดังกล่าว สามารถนำมาประมวลเป็นความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยในครั้งนี้ คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและจากเพื่อน ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งของ คำแนะนำ ตลอดจนการได้รับการยอมรับและการใกล้ชิดผูกพัน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดละเลิกการดื่มสุรา

จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด พบว่า พิทักษ์ (2550) ได้ทำการศึกษา เรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นอย่างมากในเรื่องการแสดงความคิดเห็น การได้รับกำลังใจ และการแสดงความห่วงใย ด้วยการดูแลเอาใจใส่ แสดงความมั่นใจ เชื่อใจ และคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใยในเรื่องสุขภาพเป็นหลัก การสนับสนุนด้านอาชีพ วัตถุประสงค์ของการเงินมีในสัดส่วนต่ำกว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนดังกล่าวมาจากคนในครอบครัว เป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มที่ทำงานเป็นประจำได้รับการสนับสนุนด้านอาชีพจากเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชาอยู่บ้าง กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่อง โทษพิษภัย ผลกระทบจากการดื่มสุรา แหล่งให้ความช่วยเหลือในการเลิกดื่ม จากสื่อประชาสัมพันธ์และเจ้าหน้าที่สื่อประชาสัมพันธ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มเพื่อนใกล้ชิดยังมีความสัมพันธ์ที่ดี มีการพูดคุยเรื่องต่างๆ ไปไม่จริงจังกกับการสนับสนุนให้ดื่ม แต่กลุ่มเพื่อนที่ดื่มยังมีการชักชวนให้ดื่มสุรา โดยให้เหตุผลว่า “ลองใจ” เพื่อนบ้านส่วนใหญ่จะไม่ได้พูดแนะนำสั่งสอน ด้วยเหตุผลที่ว่า “การเลิกดื่มสุรามันอยู่ที่ใจ” จากการวิเคราะห์ตัวแบบถดถอยเชิงอันดับ พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value น้อยกว่า 0.05) โดยมีความถูกต้องในการพยากรณ์ร้อยละ 37.8 ครอบครัวคือผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ ตัวผู้หยุดดื่มเองรับรู้ได้ว่าสมาชิกในครอบครัวยินดี ได้รับกำลังใจ เป็นห่วง ตักเตือนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มได้นานขึ้น

จริยวัตร (2531) ได้ศึกษาจากแนวคิดของ Brown กล่าวว่า ivaการสร้างความรู้สึที่ดี การให้ความรัก ให้อาใจดูแลเอาใจใส่จาก สมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้ที่ได้รับสามารถสร้างความรู้สึที่ดี คุณค่าในตนเองเกิดมีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรค แต่การแสดงความรักไม่ไว้วางใจ จากคนในครอบครัว รวมถึงการมีเพื่อนใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านชักชวน หรือคะยั้นคะยอให้ดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางลบทำให้โอกาสการกลับดื่มซ้ำได้เร็วขึ้น

สมนึก (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา ที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ($n=157$) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (P น้อยกว่า 0.05)

ขวัญหทัย (2544) ได้ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤติได้และยังเป็นการช่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น แต่ละบุคคลต้องการ

สนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะและความต้องการของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกันออกไป หากบุคคลใดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามที่ตนต้องการก็จะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เกิดกำลังใจ และมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแรงผลักดันให้เกิดความพยายามที่จะปรับปรุงตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความท้อแท้ หงุดหงิดใจและแสดงพฤติกรรมในทางลบออกมาและมีโอกาสที่จะหวนกลับไปเสพยาเสพติดอีกครั้งหนึ่งแม้ว่าจะผ่านการบำบัดรักษาจนหายมาแล้วก็ตาม

นันทิธา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องสุรา ทักษะคิดต่อการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาว่าง การใช้จ่ายเงินรายได้ การเข้าถึงแหล่งบริการของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การได้รับข้อมูลพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ได้แก่ การใช้จ่ายเงินรายได้ การเข้าถึงแหล่งบริการ การได้รับข้อมูลคำแนะนำจากเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับสุรา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา ร้อยละ 37.2

Allsop *et al.*, (2000) ได้ทำการศึกษาเรื่อง The process of relapse in severely dependent male problem drinker โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาเรื่องนี้คือ การทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการคิดแอลกอฮอล์ซ้ำ พบว่า เพศ ระดับรายได้ ระดับของการดื่ม ระดับของการตระหนักรู้ (Cognitive impairment) มีความสัมพันธ์กับการคิดแอลกอฮอล์ซ้ำ

จากการตรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดข้างต้น ได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังนี้

สมมุติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่ม ปริมาณการดื่มต่อวัน ความถี่ในการดื่มและลักษณะการดื่ม มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันรัชฎญารักษ์

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ ทักษะคิดต่อการ ดื่มสูรา การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อสูรา มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันรัชฎญารักษ์

สมมุติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันรัชฎญารักษ์

สมมุติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการ ลด ละ เลิกดื่มสูราและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกดื่มสูรา มี ความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันรัชฎญารักษ์

สมมุติฐานที่ 5 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถ ร่วมกันทำนายการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันรัชฎญารักษ์ได้ดีกว่าตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียง ตัวแปรเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการเสพยาที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ รวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 1505 คนในปีงบประมาณ 2553

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากประชากรโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการเสพยาและเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ในเดือนมีนาคม 2554 ซึ่งมีจำนวน 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ จึงได้แบ่งลักษณะของแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณการดื่ม/วัน ความถี่ในการดื่ม ลักษณะการดื่ม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเสพยา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนน 24-96 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

ตอนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยอื่น มี 2 ด้าน ได้แก่

4.1 แบบสอบถามด้านความเครียด (ใช้แบบวัดของกรมสุขภาพจิต) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนน 20 – 80 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ไม่เคยเลย	4	1
เป็นครั้งคราว	3	2
เป็นบ่อยๆ	2	3
เป็นประจำ	1	4

4.2 แบบสอบถามด้านสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนน 17–68 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ไม่เคยเลย	4	1
เป็นครั้งคราว	3	2
เป็นบ่อยๆ	2	3
เป็นประจำ	1	4

ตอนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม มี 2 ด้านได้แก่

5.1 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า(rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วยประกอบด้วยช่วงคะแนน 27 – 108 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

5.2 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า(rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 23 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนน 23 – 92 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย

2. ศึกษาจากเอกสาร ตำรา วารสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพยาสูบ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ตามแนวคิดรูปแบบจำลอง PRECEDE แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่อธิบายสาเหตุของพฤติกรรม

3. นำข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษามาสร้างพิมพ์เขียวของแบบวัดตัวแปรแต่ละตัว โดยมีข้อคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด และมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. นำแบบพิมพ์เขียวที่สร้างไว้เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหา สาระของเครื่องมือ ตลอดจนภาษาที่ใช้

5. นำร่างแบบสอบถามจากพิมพ์เขียวที่ได้ตรวจแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

5.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำเครื่องมือนี้มาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

5.2 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยการนำแบบวัดที่มีลักษณะของข้อมูลเป็นช่วงมาตร (Interval Scale) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูราในสถาบันชัญญารักษ์ จำนวน 100 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของ Cronbach

สำหรับแบบวัดความรู้นำไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) และค่าความยากง่าย (Difficulty) รายข้อ โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR20) (บุญธรรม, 2537) โดยวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.65 ในแบบวัดความรู้เป็นรายข้อ วิเคราะห์จากสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบข้อสอบในแต่ละข้อต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมด เกณฑ์ความยากของแบบสอบถาม กำหนดไว้อยู่ระหว่าง 0.20 ถึง 0.80

ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด พบดังนี้

แบบวัด	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามทั้งหมดพฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำ	.92
ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา	.65
ทัศนคติต่อการดื่มสุรา	.70
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา	.93
ความเครียด	.94
สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ	.88
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.95
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.94

5.3 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดตัวแปรที่มีลักษณะข้อมูลเป็นช่วงมาตร ได้แก่ แบบวัดทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา ด้านความเครียด ด้านสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุราและพฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยการทดสอบค่า t (Separated t-test) ข้อที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

สำหรับแบบวัดความรู้ได้ว่า วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR20 กำหนดค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้ อยู่ระหว่าง 0.20- 0.80

6. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุง เครื่องมือขั้นสุดท้าย เสนอประธานที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบจนอยู่เกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่สถาบันรัฐบุรุษ โดยมิขึ้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกจากสถาบันรัฐบุรุษ ในการใช้พื้นที่ดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยของสถาบันรัฐบุรุษ
2. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยสุราทุกรายของสถาบันรัฐบุรุษ ที่สามารถพูดคุยรู้เรื่องและยินดีที่จะตอบแบบสอบถาม จำนวน 128 คน
3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง นำแบบสอบถามไปชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบสอบถาม โดยแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามทันที และจะตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความครบถ้วนของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์
2. นำแบบสอบถามที่ตรวจเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติวิเคราะห์ดังนี้
 - 2.1 ข้อมูลทางชีวสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
ด้วยสถิติไควสแควร์

2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
ซ้ำ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation
Coefficient)

2.4 วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการเสพยาสูบซ้ำของผู้ป่วยสูรา โดยใช้สถิติ
วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การเสนอผลงานวิจัย

การสรุปและรายงานการวิจัย โดยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเป็นการบรรยาย
ประกอบตาราง

สถานที่และระยะเวลาทำการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย

สถาบันชัยภูมิรักษ์ ต. ประชาธิปัตย์ อ. ชัยบุรี จ. ปทุมธานี

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2554 – 31 มีนาคม 2554

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบัน รัษฎารักษ์ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรม การเสพสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา รวมทั้ง ลักษณะการดื่มสุรากับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ 3) ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการเสพสุรา ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา การ รับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ กับพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ แรง สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ 6) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ จำนวน 128 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ ข้อมูลชีวสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรัษฎารักษ์ โดยทดสอบค่า Chi-Square (χ^2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ โดยใช้ สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบัน รัษฎารักษ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยการวิเคราะห์ สถิติทั้งหมดนี้ ได้กระทำโดยภาพรวมในแต่ละตอนเพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งการนำเสนอ ออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช

ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช

(n = 128)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	116	90.63
หญิง	12	9.37
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 35 ปี	33	25.78
36 – 42 ปี	38	29.69
43 – 49 ปี	20	15.63
50 ปีขึ้นไป	37	28.90
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	3.91
ประถมศึกษา	35	27.34
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	25.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	28	21.88
ปวส. / อนุปริญญา	13	10.16
ปริญญาตรี	13	10.16
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.55

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 128)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. รายได้		
ไม่มีรายได้	39	30.47
ต่ำกว่า 2,000 บาท	9	7.03
2,100 – 4,000 บาท	10	7.81
4001 – 6,000 บาท	11	8.59
6,001 – 8,000 บาท	24	18.75
8,000 บาทขึ้นไป	35	27.35
5. สถานภาพสมรส		
โสด	55	42.97
สมรส	31	24.22
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	37	28.91
อยู่ด้วยกัน	5	3.90
6. ระยะเวลาในการดื่ม		
ต่ำกว่า 10 ปี	34	26.56
11 – 16 ปี	29	22.66
17 – 22 ปี	27	21.09
23 ปีขึ้นไป	38	29.69
7. ปริมาณการดื่มต่อวัน (1 ขวด เท่ากับ 750 cc)		
น้อยกว่า 1 ขวด	53	41.41
1 ขวด	51	39.84
2 ขวด	14	10.94
3 ขวดขึ้นไป	10	7.81

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 128)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ความถี่ในการดื่ม		
ดื่มทุกวัน	88	68.75
ดื่มสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง	25	19.53
ดื่มสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง	12	9.38
ดื่มเดือนละครั้ง	1	0.78
ดื่มนานๆครั้ง	2	1.56
9. ลักษณะการดื่ม		
ดื่มคนเดียว	91	71.09
ดื่มแบบตั้งวง	37	28.91

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญ์รักษ์ สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. เพศ ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญ์รักษ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.63 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.37
2. อายุ ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญ์รักษ์ ส่วนใหญ่มีอายุ 36 – 42 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.63 รองลงมามีอายุ 50 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 28.90 และอายุต่ำกว่า 35 ปีคิดเป็นร้อยละ 25.78
3. ระดับการศึกษา ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญ์รักษ์ ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับ ประถม ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.34รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 25 และจบการศึกษาในระดับมัธยมปลาย/ปวช คิดเป็นร้อยละ 21.88
4. รายได้ ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญ์รักษ์ ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 30.47 รองลงมามีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.35 และมีรายได้ 6,001–8,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 18.75

5. สถานภาพ ผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.97 รองลงมามีสถานภาพ แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย คิดเป็นร้อยละ 28.91 และสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 24.22

6. ระยะเวลาในการดื่ม ผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดื่ม 23 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.69 รองลงมาต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.56 และระยะเวลาในการดื่มอยู่ในช่วง 11–16 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.66

7. ปริมาณการดื่มต่อวัน ผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์ ส่วนใหญ่ ดื่มน้อยกว่า 1 ขวด คิดเป็นร้อยละ 41.41 รองลงมาดื่มวันละ 1 ขวด คิดเป็นร้อยละ 39.84 และดื่ม 2 ขวด คิดเป็นร้อยละ 10.94

8. ความถี่ในการดื่ม พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์ ส่วนใหญ่ดื่มทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมา ดื่มสัปดาห์ละ 3–4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.53 และดื่มสัปดาห์ละ 1–2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.38

9. ลักษณะการดื่ม ผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์ ส่วนใหญ่ ดื่มคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 71.07 รองลงมา ดื่มแบบตั้งวง คิดเป็นร้อยละ 28.91

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเสพยาสูบของผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์

2.1 ปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุราในสถาบันรักษารักษ์ประกอบด้วย 3 ตอนย่อย ได้แก่

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ

2.1.2 ทักษะการดื่มสุรา

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา

2.2 ปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลต่อการเสพสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญญารักษ์ประกอบด้วย 2 ตอนย่อย ได้แก่

2.2.1 ความเครียด

2.2.2 สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ

2.3 ปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อการเสพสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญญารักษ์ประกอบด้วย 2 ตอนย่อย ได้แก่

2.3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกดื่มสุรา

2.3.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกดื่มสุรา

2.4 พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำมาเป็นเกณฑ์การพิจารณา แบ่งระดับตัวแปร เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ระดับสูงหรือมากหรือดี มีค่าคะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ระดับต่ำหรือน้อยหรือไม่ดี มีค่าคะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำ แสดงไว้ในตารางที่ 2-4

2.1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา ของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญญารักษ์ หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญญารักษ์ ที่จะเรียนรู้และเข้าใจถึงโทษและพิษภัยของสุราทำให้ไม่นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ การวัดความรู้ ใช้แบบวัดความรู้ที่มีคำตอบ ให้เลือกตอบ 2 ข้อ คือ ถูก และผิด จำนวน 24 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน โดยมี

เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ค่าพิสัยคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 7-24 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 20.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 2.35 คะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญญารักษ์ มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูลในสถิติพรรณนาค่าร้อยละแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการใช้เกณฑ์การแบ่งดังกล่าวข้างต้นได้ระดับความรู้ ดังนี้

มีความรู้ระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่าง 22.06 ถึง 24.00 คะแนน
 มีความรู้ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง 19.71 ถึง 22.05 คะแนน
 มีความรู้ระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง 7.00 ถึง 19.70 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา ของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญญารักษ์

(n = 128)		
ระดับการความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	24	18.75
ระดับปานกลาง	74	57.81
ระดับไม่ดี	30	23.44

$\bar{X} = 20.88$ S.D. = 2.35 คะแนนสูง = 24 คะแนนต่ำสุด = 7

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยสุรามากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 57.81 มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือร้อยละ 23.44 มีความรู้ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 23.44 และร้อยละ 18.75 มีความรู้อยู่ในระดับดี ตามลำดับ

2.1.2 ทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชัญรักษ์ ตัวแปรนี้มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 20–80 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด–สูงสุด) เท่ากับ 45-71 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 59.88 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 5.22 ค่าคะแนนสูง แสดงว่ามีทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำอยู่ในระดับดี

คะแนนการแบ่งระดับทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญรักษ์

ระดับดี ได้คะแนนระหว่าง 62.49 ถึง 71.00 คะแนน
ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 57.28 ถึง 62.48 คะแนน
ระดับไม่ดี ได้คะแนนระหว่าง 45.00 ถึง 57.27 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญรักษ์

(n = 128)		
ระดับทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	38	29.69
ระดับปานกลาง	39	30.47
ระดับไม่ดี	51	39.84

$\bar{X} = 59.88$ S.D. = 5.22 คะแนนสูง = 71.00 คะแนนต่ำสุด = 46.00

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญรักษ์ มีทักษะคิดต่อการดื่มสุราซ้ำอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 39.84 รองลงมา มีทักษะคิดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.47 และมีทักษะคิดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 29.69 ตามลำดับ

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุราของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชัญรักษ์ ตัวแปรนี้มีข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 21–84 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด–สูงสุด) เท่ากับ 42–84 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 70.75 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 8.15 ค่าคะแนนสูง แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุราอยู่ในระดับสูง

คะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชกุมารภักดิ์
ดังนี้

ระดับมาก ได้คะแนนระหว่าง 78.90 ถึง 84.00 คะแนน

ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 62.61 ถึง 78.89 คะแนน

ระดับน้อย ได้คะแนนระหว่าง 42.00 ถึง 62.60 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	26	20.31
ระดับปานกลาง	85	66.41
ระดับน้อย	17	13.28

$\bar{X} = 70.75$ S.D. = 8.15 คะแนนสูง = 84.00 คะแนนต่ำสุด = 42.00

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 66.41 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือร้อยละ 20.31 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้ออยู่ในระดับมาก และร้อยละ 13.28 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้ออยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยได้แก่

2.2.1 ความเครียด

2.2.2 สภาพการพักผ่อนนอนหลับ

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน โดยนำมาเป็นเกณฑ์การพิจารณา แบ่งระดับตัวแปร เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ระดับสูงหรือมากหรือดี มีค่าคะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2}S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2}S.D.$

ระดับต่ำหรือน้อยหรือไม่ดี มีค่าคะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2}S.D.$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเอื้อ แสดงไว้ในตารางที่ 5-6

2.2.1 ความเครียดของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชัญรักษ์ ตัวแปรนี้ใช้แบบสอบถามจากกรมสุขภาพจิต โดยมีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 20-80 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 23-76 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 53.39 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 11.44 ค่าคะแนนสูง แสดงว่า ความเครียดของผู้ป่วยสุราอยู่ในระดับสูง

คะแนนการแบ่งระดับความเครียดของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชัญรักษ์ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนนระหว่าง 64.83 ถึง 76.00 คะแนน

ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 41.96 ถึง 64.82 คะแนน

ระดับต่ำ ได้คะแนนระหว่าง 23.00 ถึง 41.95 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความเครียดของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชัญรักษ์

		(n = 128)
ระดับความเครียดของผู้ป่วยสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	18	14.06
ระดับปานกลาง	86	67.19
ระดับต่ำ	24	18.75

$\bar{X} = 31.28$ S.D. = 2.31 คะแนนสูง = 37.00 คะแนนต่ำสุด = 25.00

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 67.19 มีความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ร้อยละ 18.75 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น และ ร้อยละ 14.06 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

2.2.2 สภาวะการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ตัวแปรนี้มีข้อความถามจำนวน 17 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 17-68 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 22-66 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 48.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 8.77 ค่าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยสุรามีสภาวะการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง

ค่าคะแนนการแบ่งระดับสภาวะการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนนระหว่าง 53.18 ถึง 66.00 คะแนน
ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 44.43 ถึง 53.17 คะแนน
ระดับต่ำ ได้คะแนนระหว่าง 22.00 ถึง 44.42 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับสภาวะการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์

		(n = 128)
ระดับสภาวะการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วยสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	38	29.69
ระดับปานกลาง	60	46.88
ระดับต่ำ	30	23.43

\bar{X} = 48.80 S.D. = 8.77 คะแนนสูง = 66.00 คะแนนต่ำสุด = 22.00

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ มีสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.88 รองลงมา มีสภาวะการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 29.69 และมีสภาวะการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.43 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเสริมต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการเสพสุราซ้ำ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยได้แก่

2.3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกดื่มสุรา

2.3.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกดื่มสุรา

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน โดยนำมาเป็นเกณฑ์การพิจารณา แบ่งระดับตัวแปร เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ระดับมาก มีค่าคะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2}S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2}S.D.$

ระดับน้อย มีค่าคะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2}S.D.$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสริม แสดงไว้ในตารางที่ 7-8

2.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ตัวแปรนี้มีข้อความถาม จำนวน 27 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 27-108 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด – สูงสุด) เท่ากับ 7-105 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 80.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 12.54 ค่าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยสุราได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุราอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

ได้รับระดับมาก	ได้คะแนนระหว่าง 87.07 ถึง 105.00 คะแนน
ได้รับระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง 74.54 ถึง 87.06 คะแนน
ได้รับระดับต่ำ	ได้คะแนนระหว่าง 7.00 ถึง 74.53 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n = 128)
ระดับมาก	33	25.78
ระดับปานกลาง	68	53.13
ระดับน้อย	27	21.09

$\bar{X} = 80.80$ S.D. = 12.54 คะแนนสูง = 105 คะแนนต่ำสุด = 36

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.13 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุราอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 25.78 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.09 ตามลำดับ

2.3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ตัวแปรนี้มีข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 23 – 92 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด – สูงสุด) เท่ากับ 30- 72 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 65.83 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 10.05 ค่าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยสุราได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

ได้รับระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่าง 70.86 ถึง 72.00 คะแนน

ได้รับระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง 60.81 ถึง 70.85 คะแนน

ได้รับระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง 30.00 ถึง 60.80 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในการลด ละ เลิกดื่มสุราของ
ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์

(n = 128)		
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการ ลด ละ เลิกดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	28	21.87
ระดับปานกลาง	73	57.03
ระดับน้อย	27	21.10

$\bar{X} = 65.83$ S.D. = 10.05 คะแนนสูง = 92 คะแนนต่ำสุด = 30

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.03 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 21.87 แลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.10 ตามลำดับ

2.4 พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ตัวแปรนี้มีข้อความจำนวน 24 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 24-96 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 29- 95 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (\bar{X}) เท่ากับ 56.45 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 11.68 ค่าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำอยู่ในระดับมาก

คะแนนการแบ่งระดับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา

ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่าง 62.29 ถึง 95.00 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง 50.62 ถึง 62.28 คะแนน

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง 29.00 ถึง 50.61 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ใน ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับของพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญ์รักษ์

(n = 128)		
ระดับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญ์รักษ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	34	26.56
ระดับปานกลาง (50.62 – 62.28)	60	46.88
ระดับน้อย	34	26.56

$\bar{X} = 56.45$ S.D. = 11.68 คะแนนสูง = 95 คะแนนต่ำสุด = 29

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันราชญ์รักษ์ มีพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.88 รองลงมาคือมีพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำอยู่ในระดับมากและระดับน้อยเท่ากันคือร้อยละ 26.56

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 1 กำหนดไว้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่ม ปริมาณการดื่มต่อวัน ความถี่ในการดื่ม ลักษณะการดื่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญ์รักษ์ เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา
ในสถาบันจิตเวชศาสตร์

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา			รวม n	χ^2
	ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ (จำนวน/ร้อยละ)				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
เพศ					0.74
ชาย	32(27.60)	54(46.60)	30(25.90)	116(90.62)	
หญิง	2(16.70)	6(50.00)	4(33.30)	12(9.37)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	
อายุ					5.08
ต่ำกว่า 35 ปี	5(15.20)	17(51.50)	11(33.30)	33(25.78)	
36 – 42 ปี	9(23.70)	19(50.00)	10(26.30)	38(29.69)	
43 – 49 ปี	8(40.00)	8(40.00)	4(20.00)	20(15.63)	
50 ปี ขึ้นไป	12(32.40)	16(43.20)	9(24.30)	37(28.90)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	
ระดับการศึกษา					10.80
ไม่ได้เรียน	1(20.00)	1(20.00)	3(60.00)	5(3.91)	
ประถมศึกษา	9(25.70)	19(54.30)	7(20.00)	35(27.34)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	7(21.90)	15(46.90)	10(31.30)	32(25.00)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8(28.60)	14(50.00)	6(21.40)	28(21.88)	
อนุปริญญา/ปวส.	3(23.10)	6(46.20)	4(30.80)	13(10.16)	
ปริญญาตรี	6(46.20)	3(23.10)	4(30.80)	13(10.16)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0(00.00)	2(100.00)	0(00.00)	2(1.55)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรักษารักษ์ (จำนวน/ร้อยละ)			รวม n	χ^2
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
รายได้					15.58
ไม่มีรายได้	11(28.20)	14(35.90)	14(35.90)	39(30.46)	
ต่ำกว่า 2,000 บาท	3(33.30)	4(44.40)	2(22.2)	9(7.03)	
2,100 – 4,000 บาท	1(10.00)	6(60.00)	3(30.00)	10(7.81)	
4001 – 6,000 บาท	0(0.0)	10(90.90)	1(9.10)	11(8.59)	
6,001 – 8,000 บาท	10(41.7)	9(37.50)	5(20.80)	24(18.75)	
8,000 บาทขึ้นไป	9(25.70)	17(48.60)	9(25.70)	35(27.36)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	
สถานภาพสมรส					2.01
โสด	13(23.60)	25(45.50)	17(30.90)	55(42.97)	
สมรส	9(29.00)	16(51.60)	6(19.40)	31(24.22)	
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	11(29.70)	16(43.20)	10(27.00)	37(28.91)	
อยู่ด้วยกัน	1(20.00)	3(60.00)	1(20.0)	5(3.9)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100)	
ระยะเวลาในการดื่ม					6.90
ต่ำกว่า 10 ปี	10(29.40)	15(44.10)	9(26.50)	34(26.56)	
11 – 16 ปี	7(24.10)	13(44.80)	9(31.00)	29(22.66)	
17 – 22 ปี	6(22.20)	10(37.00)	11(40.70)	27(21.09)	
23 ปีขึ้นไป	11(28.90)	22(57.90)	5(13.20)	38(29.69)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100)	
ปริมาณการดื่มต่อวัน					11.01
น้อยกว่า 1 ขวดกลม	20(37.70)	24(45.30)	9(17.00)	53(41.41)	
1 ขวดกลม	8(15.70)	26(51.00)	17(33.30)	51(39.84)	
2 ขวดกลม	5(35.70)	4(28.60)	5(35.70)	14(10.94)	
3 ขวดกลมขึ้นไป	1(10.00)	6(60.00)	3(3.30)	10(7.81)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา			รวม n	χ^2
	ในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี (จำนวน/ร้อยละ)				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
ความถี่ในการดื่ม					23.18*
ดื่มทุกวัน	16(18.20)	43(48.90)	29(33.00)	88(68.75)	
ดื่มสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง	8(32.00)	14(56.00)	3(12.00)	25(19.53)	
ดื่มสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง	8(66.70)	2(16.70)	2(16.70)	12(9.38)	
ดื่มเดือนละครั้ง	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	1(0.78)	
ดื่มนานๆ ครั้ง	2(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(1.56)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	
ลักษณะการดื่ม					6.87*
ดื่มคนเดียว	21(23.10)	40(44.00)	30(33.00)	91(71.09)	
ดื่มแบบตั้งวง	13(35.10)	20(54.10)	4(10.80)	37(28.91)	
รวม	34(26.60)	60(46.90)	34(26.60)	128(100.00)	

*p ≤ .05

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี ดังนี้

- ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
- ค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
- ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ

4. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบัน
 วิทยุรักษ์ พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
5. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา
 ในสถาบันวิทยุรักษ์ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
6. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดื่มกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา
 ในสถาบันวิทยุรักษ์ พบว่า ระยะเวลาในการดื่มไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
7. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มต่อวันกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา
 ในสถาบันวิทยุรักษ์ พบว่า ปริมาณการดื่มต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ
8. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการดื่มกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา
 ในสถาบันวิทยุรักษ์ พบว่า ความถี่ในการดื่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
9. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา
 ในสถาบันวิทยุรักษ์ พบว่าลักษณะการดื่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบ อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ความถี่ในการดื่ม และ
 ลักษณะการดื่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันวิทยุรักษ์
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1 ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
 สถานภาพสมรสและปริมาณการดื่มต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วย
 สูรา ในสถาบันวิทยุรักษ์

ตอนที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 2 กำหนดไว้ว่าปัจจัยนำเข้าได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ ทักษะการสูบบุหรี่ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูบบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งมีมาตรวัดแบบช่วงมาตรฐาน (Interval Scale) โดยวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูบบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์

ปัจจัยนำเข้า	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	พฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูบบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์	
ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ	-	.17*
ทักษะการสูบบุหรี่	-	.01
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ	-	.02

(n = 128)

*p ≤ .05

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูบบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการเสพยาสูบมีความสัมพันธ์ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบกับพฤติกรรมการเสพยาสูบ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูบบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.17$) แสดงว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่มีความรู้มากเกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ แต่มีพฤติกรรมการเสพยาสูบที่น้อย หรือผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่มีความรู้น้อยเกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยาสูบ จะมีพฤติกรรมการเสพยาสูบที่มาก

2. ทศนคติต่อการดื่มสุรา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ทศนคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำ

3. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยสุราที่รับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันชัญญารักษ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำ

ตอนที่ 3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 3 กำหนดไว้ว่าปัจจัยเอื้อได้แก่ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์ ซึ่งมีมาตรวัดแบบ ช่วงมาตร (Interval Scale) โดยวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ด้วยสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์

(n = 128)

ปัจจัยเอื้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	พฤติกรรม การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์
ความเครียด	.35*
สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ	.33*

*p ≤ .05

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเอื้อกับ พฤติกรรม การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์ พบว่า

1. ความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .35$) แสดงว่าผู้ป่วยสูราที่มีความเครียดสูงจะมีพฤติกรรมการเสพยาสูบมากขึ้น

2. สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .33$) แสดงว่าสภาวะการพักผ่อนนอนหลับหรือการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูราจะมีพฤติกรรมการเสพยาสูบมากขึ้นด้วย

ตอนที่ 3.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานที่ 4 กำหนดไว้ว่าปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์ ซึ่งมีมาตรวัดแบบช่วงมาตร (Interval Scale) โดยวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4 ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์

(n = 128)

ปัจจัยเสริม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	พฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา	.033
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา	-.153

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ พบว่า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ($r = .03$) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ($r = .03$) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 5

สมมติฐานที่ 5 กำหนดไว้ว่าตัวแปรจากปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้ดีกว่าการทำนายด้วยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว (การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนี้ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ Multiple Regression Analysis)

ความหมายของสัญลักษณ์ตามตาราง

R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อน
R ²	หมายถึง	ค่าประสิทธิภาพการทำนาย
R ² Change	หมายถึง	ค่าประสิทธิภาพการทำนายที่เปลี่ยนเมื่อสมการเปลี่ยน
F	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบ
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง ที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise Method) เพื่อทำนายพฤติกรรม
การเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์

ตัวแปรทำนาย	R	R ² (ร้อยละ)	R ² Change (ร้อยละ)	F
ความเครียด	.35	12.20	-	17.55*
ความถี่ในการดื่ม	.43	18.20	6.00	13.87*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา	.47	22.10	3.90	11.76*
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสูรา	.50	25.10	3.00	10.31*

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามสมมติฐานที่ 5 เพื่อหาตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ มี 4 ตัว คือ ความเครียด ความถี่ในการดื่ม แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสูรา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้ร้อยละ 25.10 ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ ความเครียด ที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้ร้อยละ 12.20

ตัวแปรทำนายที่ 1 ความเครียด เป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้ร้อยละ 12.20

ตัวแปรทำนายที่ 2 ความถี่ในการดื่ม เป็นตัวแปรทำนายที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6

ตัวแปรทำนายที่ 3 และ 4 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสูรา และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสูรา เป็นตัวแปรทำนายที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.90 และ 3.00 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ตัวแปรอิสระหลายตัวสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชได้ดีกว่าตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียง ตัวเดียว จึงยอมรับสมมติฐานที่ 5

วิจารณ์

ประเด็นสำคัญที่ได้ค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์ มีสาระดังนี้

จากผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ความถี่ในการดื่มและ ลักษณะการดื่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช อธิบายได้ว่า ปริมาณการดื่มต่อวัน และความถี่ในการดื่มในระดับที่สูงยิ่งทำให้เกิดสมองติดยาได้มาก สุราจะไปออกฤทธิ์ที่ GABA Receptor System ส่งผลต่อสมองที่เรียกว่า Reward System ทำให้รู้สึก เป็นสุขเหมือนได้รับรางวัล การดื่มสุราจะไปกระตุ้นบริเวณ Limbic Reward system อยู่บ่อย ๆ จะ เกิดความเคียด ถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นก็จะเกิดอาการตรงข้ามคือ ไม่มีความสุข ทำให้ต้องกลับไป ดื่มซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับ Allsop , Saunders and Phillips (2000) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. พบว่า ระดับของการดื่มมีความสัมพันธ์ กับความคิดแอลกอฮอล์ซ้ำ ส่วนลักษณะการดื่ม อธิบายได้ว่า การดื่มคนเดียวทำให้มีโอกาสดื่มสุรา และติดสุราได้มากกว่าการดื่มแบบหลายคน เพราะการดื่มคนเดียวจะดื่มได้ในทุกที่ ทุกโอกาส อีกทั้งการดื่มหลายคนมักดื่มเพื่อความสนุกสนานแต่การดื่มคนเดียว อาจจะทำให้เกิดปัญหาทางด้าน จิตใจ ซึ่งส่งผลให้ดื่มหนัก ทำให้เกิดการติดในระดับสูงได้ จึงมีโอกาสเสพยาซ้ำได้มาก

ปัจจัยนำ

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยา มีความสัมพันธ์ในทิศทาง ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช ความเครียดและสภาวะ การพักผ่อนนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช ส่วนทัศนคติต่อการดื่มสุราและการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุราไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพยา มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับ พฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าผู้ป่วยสุราที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรามากจะมีพฤติกรรมการเสพช้าน้อย หรือผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราน้อยจะมีพฤติกรรมการเสพช้ำมาก ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา เป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการสร้างความตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มสุราให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงโทษพิษภัยของการเสพสุรา จึงส่งผลให้ลดพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำได้ นอกจากนี้ เทพนม และสมิง (2540) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่าหมายถึงความรู้ ความสามารถและทักษะที่เป็นประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อการแก้ปัญหา หรือต่อการทำงานในบทบาทที่มีอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราจึงสามารถนำทักษะที่เป็นประโยชน์มาใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการเสพซ้ำได้ และสอดคล้องกับบันทึกวิทยานิพนธ์กิติ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุราของนิสิตชาย ในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่าปัจจัยนำในเรื่องความรู้เรื่องสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุรา และจากการศึกษาของสมพิศ (2540) พบว่าความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทักษะต่อการดื่มสุราพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยสุราถ้าหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มจะเกิดอาการแสดงของภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) ภายใน 6-8 ชม. หลังการดื่มครั้งสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิดกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ระบบประสาทตื่นตัว โดยเฉพาะระบบประสาท sympathetic nervous system มีความวิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ขาดสมาธิ ทำให้ผู้ป่วยทนต่ออาการทางร่างกาย และจิตใจเหล่านี้ไม่ได้ ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อการดื่มสุรา ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ เนื่องจากเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ดังที่กล่าวมา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา (2527) พบว่า ทักษะต่อการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุราพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดื่มมานาน 23 ปีขึ้นไปทำให้เป็นโรคสมองตื้อ ถ้าหยุดดื่มจะเกิดอาการแสดงของภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) อาการที่สำคัญได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด ตื่นเต้น ตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มีสั่น ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ แต่แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดการทำงานของสมอง ทำให้เกิดการงีบและบรรเทาความกังวล การมีเมามาที่เกิดจากการดื่มสุรา จะมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม อารมณ์เป็นสุขควบคุมด้วยซึ่งเป็นเหตุผล

ประการหนึ่งที่ผู้ป่วยชอบดื่มสุรา ดังนั้นการรับรู้หรือไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุราก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ เนื่องจากภาวะของโรคและฤทธิ์ของสุราตามที่กล่าวมาแล้ว อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นโสด ทำให้ไม่มีภาระที่ต้องห่วงหรือกังวลต่อผู้อื่น ชีวิตตนเองถึงแม้จะได้รับพิษภัยจากการดื่มสุราก็ไม่ส่งผลต่อผู้อื่น จึงทำให้การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิศานารถ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน ในกลุ่มผู้ที่ติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกอดสุรา จำนวน 40 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรานั้น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุรา ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุรา และไม่สอดคล้องกับนันท์ธิดา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุรา ความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันธัญญารักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบบังคับกดดันจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ทำให้เกิดความทุกข์ไม่สบายทั้งกายและใจ การดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร โดปามีนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการผ่อนคลาย เคลิ้มและเป็นสุข นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสงบระงับประสาทด้วย ช่วยให้คลายความทุกข์ได้ ความเครียดนั้นถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะไม่เกิดผลกระทบต่อตนเอง ในทางกลับกันถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับความเครียดได้ก็จะส่งผลร้ายต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เช่นการกลับไปเสพสุราซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Smith (1993) ได้จำแนกถึงผลกระทบของความเครียดที่มีต่อบุคคลด้านพฤติกรรมได้แก่ การติดสุรา บุหรี่ หรือยาเสพติดอื่น ๆ มีการรับประทานอาหารผิดปกติและนอนไม่หลับ อีกทั้งยังสอดคล้องกับสไลเดนของกรมสุขภาพจิตที่ว่า จน-เครียด – กินเหล้า

4. สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า สภาวะการพักผ่อนนอนหลับหมายถึง การที่บุคคลมีความยากลำบากในการนอนหลับซึ่งการนอนไม่หลับ จะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจเช่น ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย มึนงง ไม่สดชื่น อารมณ์หงุดหงิด เครียดวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ การรับรู้ช้ากว่าปกติ แต่ฤทธิ์ของสุราในระยะแรกจะทำให้ผู้ดื่มมีอารมณ์ ความรู้สึกดี ลดความวิตกกังวล เพราะสุราจะไปกระตุ้นสมองที่ บริเวณ Limbic Reward System ทำให้

รู้สึกเป็นสุขเหมือนได้รับรางวัล แต่ระยะต่อมาสุราจะออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้เกิดการสงบ และนอนหลับได้ จึงทำให้ผู้ป่วยที่นอนไม่หลับหันมาดื่มสุรา

ปัจจัยเสริม

ผลการวิจัยพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการ ลด ละเลิกการดื่มสุราและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยสุราถ้าหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มจะเกิดอาการแสดงของภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) ภายใน 6-8 ชม. หลังการดื่มครั้งสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ระบบประสาทตื่นตัว โดยเฉพาะระบบประสาท sympathetic nervous system วิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ขาดสมาธิ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอาจมีความเครียดจากปัญหาต่างๆในชีวิต แต่ถึงแม้จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ก็ยังมีความวิตกกังวลหรือความเครียดอยู่ แต่สุรามีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด และความขมขื่นต่างๆ จึงทำให้ผู้ป่วยหันมาดื่มสุราต่างๆที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อนอย่างดีได้ ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา จึง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติ (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี (n= 157) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (P น้อยกว่า 0.01และไม่สอดคล้องกับสมมติ และคณะ (2541) ที่ได้ทำการศึกษา การตัดสินใจเสพยาสูบ (การกลับไปเสพยาสูบ) สำหรับกลุ่มเยาวชน วัยรุ่น นักเรียน พบว่ามีปัจจัยร่วมหลายปัจจัยประกอบกัน ปัจจัยที่เป็นตัวเร่งและส่งเสริมให้ตัดสินใจเสพยาสูบซ้ำอีก เช่น การไม่ยอมรับ ไม่ให้โอกาสและให้กำลังใจแก่ผู้พยายามจะเลิกเสพยาสูบ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวช เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวช 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ สมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา รวมทั้ง ลักษณะการดื่มสุรากับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวช 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการเสพสุรา ทักษะการตัดสินใจ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจิตสุรา กับพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวช 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวช 5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิก การดื่มสุรากับ พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวช 6) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบัน จิตเวช

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการเสพซ้ำและเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันจิตเวช ในเดือนมีนาคม 2554 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 128 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยสุราที่มีพฤติกรรมการเสพซ้ำที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันจิตเวช รวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 128 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นในแบบวัดความรู้ด้วยวิธีของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .65 ส่วนพฤติกรรม การเสพสุราซ้ำ ทักษะการตัดสินใจ ความเครียด การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจิตสุราความเครียด สภาวะการพักผ่อนนอนหลับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิก การดื่มสุราและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา หาค่าความ เชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92, .70, .93, .94, .88, .95 และ .94 ตามลำดับ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ มิถุนายน 2553- เมษายน 2554 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.63 และเพศหญิงร้อยละ 9.37 ช่วงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 36-42 ปี ร้อยละ 29.69 รองลงมาคืออายุ 50ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.90 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.34 รองลงมาคือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.00 และส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 30.47 รองลงมาคือมีรายได้ 8001บาทขึ้นไป ร้อยละ 27.35 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 42.97 รองลงมาคือมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 28.91 ระยะเวลาการดื่ม ส่วนใหญ่ดื่มสุรามานาน 23 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.69 รองลงมาคือดื่มมานานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 26.56 ปริมาณการดื่มต่อวัน พบว่า ส่วนใหญ่ปริมาณการดื่มต่อวันน้อยกว่า 1 ขวด ร้อยละ 41.41 รองลงมาคือดื่มวันละ 1 ขวด (750 cc) ร้อยละ 39.84 ความถี่ในการดื่ม ส่วนใหญ่เป็นลักษณะดื่มทุกวัน ร้อยละ 68.75 รองลงมาคือดื่มนานๆครั้ง ร้อยละ 21.09 และลักษณะการดื่มส่วนใหญ่ดื่มคนเดียว ร้อยละ 71.09 รองลงมาคือดื่มแบบตั้งวง ร้อยละ 28.91

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.81 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 23.44

ทักษะคิดต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ส่วนใหญ่มีทักษะคิดต่อการดื่มสุราในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 39.84 รองลงมาคือมีทักษะคิดต่อการดื่มสุราในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.47

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา ของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุราในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมาคือมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุราในระดับมาก ร้อยละ 20.31

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเครียดและสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า

ความเครียดของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.19 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ใน

ระดับต่ำ ร้อยละ 18.75 สถานะการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ส่วนใหญ่ มีสถานะการพักผ่อนนอนหลับ (นอนไม่หลับ) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.88 รองลงมา มีสถานะการพักผ่อนนอนหลับ(นอนไม่หลับ)อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 29.69

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.1 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 25.78

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.03 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 21.87

พฤติกรรมกรรมการเสพติดสุรา พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุร่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.88 รองลงมา มีพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุร่าอยู่ในระดับดีและไม่ดีเท่ากันคือเท่ากับร้อยละ 26.56

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ความถี่ในการดื่ม และ ลักษณะการดื่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุร่าของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1

ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้สถานภาพสมรสและปริมาณการดื่มต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุร่าของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ได้ว่า ปัจจัยนำได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1
2. ทศนคติต่อการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1
3. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ได้ว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

1. ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้
2. สภาพะการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ได้ว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้
2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชญูรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและปัจจัยชีวสังคม กับความสามารถในการทำนายพฤติกรรม
การเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรอิสระจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยชีวสังคม
ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันชัญญารักษ์ ได้มีจำนวน 4
ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด ความถี่ในการดื่ม แรงแสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การรับรู้ต่อความรุนแรง
ของโรคติดสูรา สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 25.10 ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ
ความเครียด สามารถทำนายพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูราในสถาบันชัญญารักษ์ ได้ร้อยละ
12.20 ตัวแปรทำนายที่ 2 คือ ความถี่ในการดื่ม เป็นตัวแปรทำนายที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวน
ของพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์ ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ตัวแปรทำนาย
ที่ 3 คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสูราเป็นตัวแปรทำนาย
ที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบันชัญญารักษ์
ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.90 และตัวแปรทำนายที่ 4 คือ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดสูราเป็นตัวแปร
ทำนายที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ป่วยสูรา ในสถาบัน
ชัญญารักษ์ ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.00 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 5 ซึ่งกำหนดไว้ว่า ตัวแปรอิสระจาก
ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเสพยาสูบ
ของผู้ป่วยสูราในสถาบันชัญญารักษ์ ได้ดีกว่าตัวแปรตัวใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ได้สูงสุด คือ ความเครียด ส่วนตัวแปรร่วมทำนายได้แก่ ความถี่ในการดื่ม แร่งสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุรา ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา เพื่อป้องกันการติดซ้ำได้ โดยให้การสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลายแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นส่วนสนับสนุนการเลิกดื่มสุรา รวมทั้งการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคติดสุราให้กับผู้ป่วย

2. จากผลการวิจัย พบว่า ความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันราชกุมารภักดิ์ อีกทั้งตัวแปรความเครียดสามารถ ทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ได้ดีที่สุด และจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยคลายความเครียดด้วย เช่นการจัดชั่วโมงแห่งความสุขสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน เมื่อผู้ป่วยมีความสุขหรือสบายใจ จะส่งผลให้อยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น ทำให้โอกาสเสพสุราซ้ำลดลงได้

3. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ หมายถึงผู้ป่วยสุราที่มีความรู้มากเกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา จะมีพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำน้อย หรือผู้ป่วยสุราที่มีความรู้น้อยเกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา จะมีพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำมาก และจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราอยู่ในระดับกลาง รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ ดังนั้นผู้บริหารควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราให้กับผู้ป่วยสุราและเน้นการทำอย่างต่อเนื่อง

4. จากผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อน ในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันราชกุมารภักดิ์ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อน ในการลด ละ เลิกการดื่ม

สุรายู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคืออยู่ในระดับสูง ดังนั้นผู้บริหารควรกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น

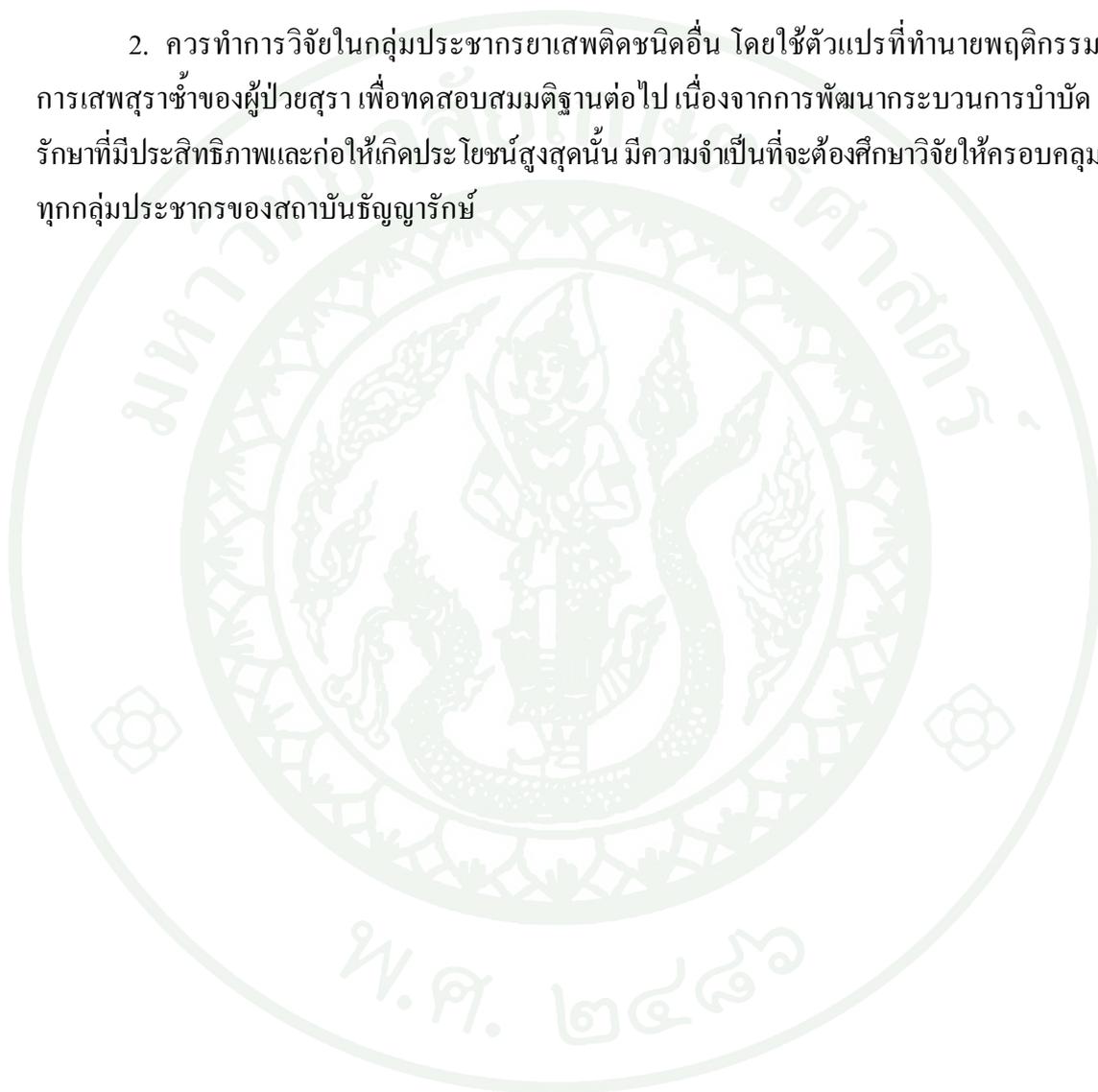
ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชารักษ์ อีกทั้งตัวแปรความเครียดสามารถ ทำนายพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชารักษ์ได้ดีที่สุด และจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชารักษ์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นแนวปฏิบัติควรจัดกิจกรรมบำบัด โดยเน้นการผ่อนคลาย อีกทั้งควรให้ความรู้แก่ญาติในการเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยไม่เครียดด้วย
2. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โทษพิษภัยของการเสพสุรามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ ของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชารักษ์และจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลางต่ำ ดังนั้นผู้ปฏิบัติควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุราให้กับผู้ป่วยทุกราย
3. จากผลการวิจัย พบว่า สภาวะการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันจิตเวชารักษ์ ดังนั้นในทางปฏิบัติ ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ให้เหมาะสมรวมทั้งมีแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ
4. จากผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยสุราในสถาบันจิตเวชารักษ์ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรายู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคืออยู่ในระดับสูง ดังนั้นผู้ปฏิบัติควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นๆที่อาจส่งผลกับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา
ในสถาบันราชคูเวต

2. ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรยาเสพติดชนิดอื่น โดยใช้ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรม
การเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยสุรา เพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไป เนื่องจากการพัฒนากระบวนการบำบัด
รักษาที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิจัยให้ครอบคลุม
ทุกกลุ่มประชากรของสถาบันราชคูเวต



เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กนกพร สุคำวง. 2527. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อภาวะความเครียดความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน ไอ ซี ยู ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชายในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์. 2547. การศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา. ในกรมสุขภาพจิต บรรณาธิการ. ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ. ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา).

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2541. คู่มือคลายเครียด. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

ขวัญหทัย รงกุลตวนิช. 2544. การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเลิกหรือกลับมาเสพของผู้ติดยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2531. แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 6(2): 96-106.

- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล. 2550. **พฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จรรยา จิตติวุฒิการ. 2548. กลไกทางสมองของการติดยาและสารเสพติด, น. 126–130 ใน **วารสารวิจัย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด สำนักงานกิจการ** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- ชูชาติ ปานปรีชา. 2539. **เอกสารการสอนชุดจิตวิทยาทั่วไป**. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ทวีพร วิสุทธีมรรค. 2548. เกษัชวิทยาของสุรา, น. 103-109 ใน **วารสารวิจัย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. สำนักงานกิจการ** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- ทิพวดี เอมะวรรณนะ. 2547. **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- _____. 2548. **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด**. สหมิตรพรินติ้ง, นนทบุรี.
- เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ. 2540. **พฤติกรรมองค์การ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. 2545. **เวชศาสตร์โรคติดยา**. ลิมบราเดอร์ตรพิมพ์, สงขลา.
- นันทิชา วิสุทธีภักดี. 2545. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของ** **นิสิตชายในหอพัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิตานาด โชคเกิด. 2545. **ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุรา** **ในโรงพยาบาลลำพูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2537. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์ศรีอนันต์, กรุงเทพฯ.

พัชรินทร์ ชมเดช. 2540. ผลกระทบของทหารผู้ติดสุราต่อคุณภาพชีวิต (Affect of Military
Ligowr Clrinkero on Quality of Life). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

พิชัย แสงชาญชัย, พ.ท. 2548. สุรา แอลกอฮอล์ และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน วิโรจน์ วีรชัย
บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

พิทักษ์ สุริยะใจ. 2548. รายงานการวิจัยเรื่องสาเหตุของการติดสุราและการเข้ารับการบำบัดของ
ผู้ติดสุรา. ม.ป.ท., กรุงเทพฯ.

เพ็ญแข วิจิตร. 2547. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของ
ตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทาง
ช่องน้ำไขสันหลังใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พจนารถ บุญญภัทรพงษ์. 2542. ความรู้ ทักษะคติต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน
ของลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตลวดในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. 2535. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มและติดสุราของชนแก่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประไพ ทนายุทธ. 2545. ารสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพา ชุติทธิสกุล. 2527. ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรลักษณ์ ปรีชาสุชาติ. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การบำบัดรักษา รูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน
ใต้. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานี กรมการแพทย์, ปัตตานี.

วัชรีย์ แจ่มกระจ่าง. 2547. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพยาเสพติด
จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิโรจน์ วีรชัย. 2548. เส้นทางสู่การเสพยา และหนทางสู่การเลิกเสพยา. น.132 – 145 ใน วิโรจน์
วีรชัย, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพยา. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดขอนแก่น. 2550. การศึกษาเรื่องการติดยาและสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่
เข้ารับการรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ และศูนย์บำบัดยาเสพติดส่วนภูมิภาค 4 ศูนย์.
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, ขอนแก่น.

ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2550. การสนับสนุน
ทางสังคมกับการหยุดติ่มของผู้ติดยา. แมริมการพิมพ์, เชียงใหม่.

สดุดี น้อยกรณ์. 2553. ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการติ่มสุรา
ในผู้ป่วยติดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถาบันธัญญารักษ์. 2550. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

สุกมา แสงเดือนฉาย. 2547. การศึกษาพฤติกรรมการติ่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัว และ
ผลกระทบจากการติ่มสุรา และเจตคติต่อการติ่มสุราของผู้ป่วยสุรา. สถาบันธัญญารักษ์,
กรมการแพทย์.

สุจริต สุวรรณชีพ. 2532. ความเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 95–99.

- พิทักษ์ สุริยะใจ. 2550. การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา. ในการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 3. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดสุรา, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. **สำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป**. ประจำปี 2550. (สิงหาคม – ตุลาคม).
- สนธยา ทองกุล. 2552. ผลของการฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียด กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยติดสุราในระหว่างการบำบัดวิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมนึก ปัญญาสิงห์. 2551. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 53(2): 143 – 150.
- สมนึก ปัญญาสิงห์. 2541. การตัดสินใจและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดซ้ำหลังเลิกพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด: ศึกษาเฉพาะกรณีบำบัดในเขตพื้นที่ 3 จังหวัด(ขอนแก่น ชัยภูมิ และเลย). บทความวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2540–2544. 248–249.
- สมพิศ สุขวิฑูรย์. 2540. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดยาเสพติด ของนักเรียนมัธยมตอนปลายในประเทศไทย**. รายงานการวิจัย. กระทรวงศึกษาธิการ, กรุงเทพฯ.
- Brandt, P. A. and C. Weinert. 1981. The PRQ-A social support measure. **Nursing Research**. 30 (5): 25-30.
- Caplan, G. 1974. **Support Systems in Community Mental Health**. Behavioral Publications, New York.
- _____. 1981. Mystery of Stress : Psychosocial Aspects. **The American Journal of Psychiatry**. 31 (7): 11-15.

- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38(9-10): 300-312.
- Coon, D. 1998. **Introduction to Psychology : exploration and application**. Cole Publishing Company, Brooks.
- Good, C.V. 1973. **Dictionary of Education**. D. Van Nostrand Company, New York.
- Green, L.W. 1980. **Health Education Planning**. Diagnosis Approach California Mayfield Publishing Company, California.
- House, J.S., K.R. Labdis and D. Umberson. 1985. **Social support and Health**. Academic Press, Orlando.
- House, J.S., K.R. Labdis and D. Umberson. 1988. **Social relationship and health**. **Science** 241(29): 540–544.
- Maslow, A.H. 1970. **Motivation and Personality**. 2nd ed. Harper & Row, New York.
- Marla H, G.A. and J.R. Gordon. 1985. **Relapse Prevention**. Guilford, New York.
- McDonald, N. and D. Dolye. 1981. **The Stress of Work**. Nelson, Kenya.
- Pender, W.J. 1987. **Health promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Appleton & Lange, New York.
- Prochaska, J.O., J.C. Norcross and C.C. Diclemente. 1994. **Change for Good**. NY: William Morrow, New York.

Robert, L.J., E. Leon, G. Byron and K. Arthur. 1995. **Substance abuse. In World mental health : Problems and priorities in low – Income countries.** Oxford University, New York.

Rosenstock, I.M. 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Education Monographs Winter 2:** 329-386.

Smith, J. C. 1993. **Creative Stress Management.** Prentice Hall, New Jersey.

Allsop, S., B. Saunders and M. Phillips. 2000. The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. **Addiction 95(1):** 95–106.

Thoit, P. A. 1986. Conceptual methodological and theoretical problem in Studying social support as a buffer against lift stress. **Journal of health and Social Behavior 23 (2):** 105-110.

_____. 1995. The contributions of Nusing science to social Support. **Journal of Health and Social Behavior 23(6):** 145–159.



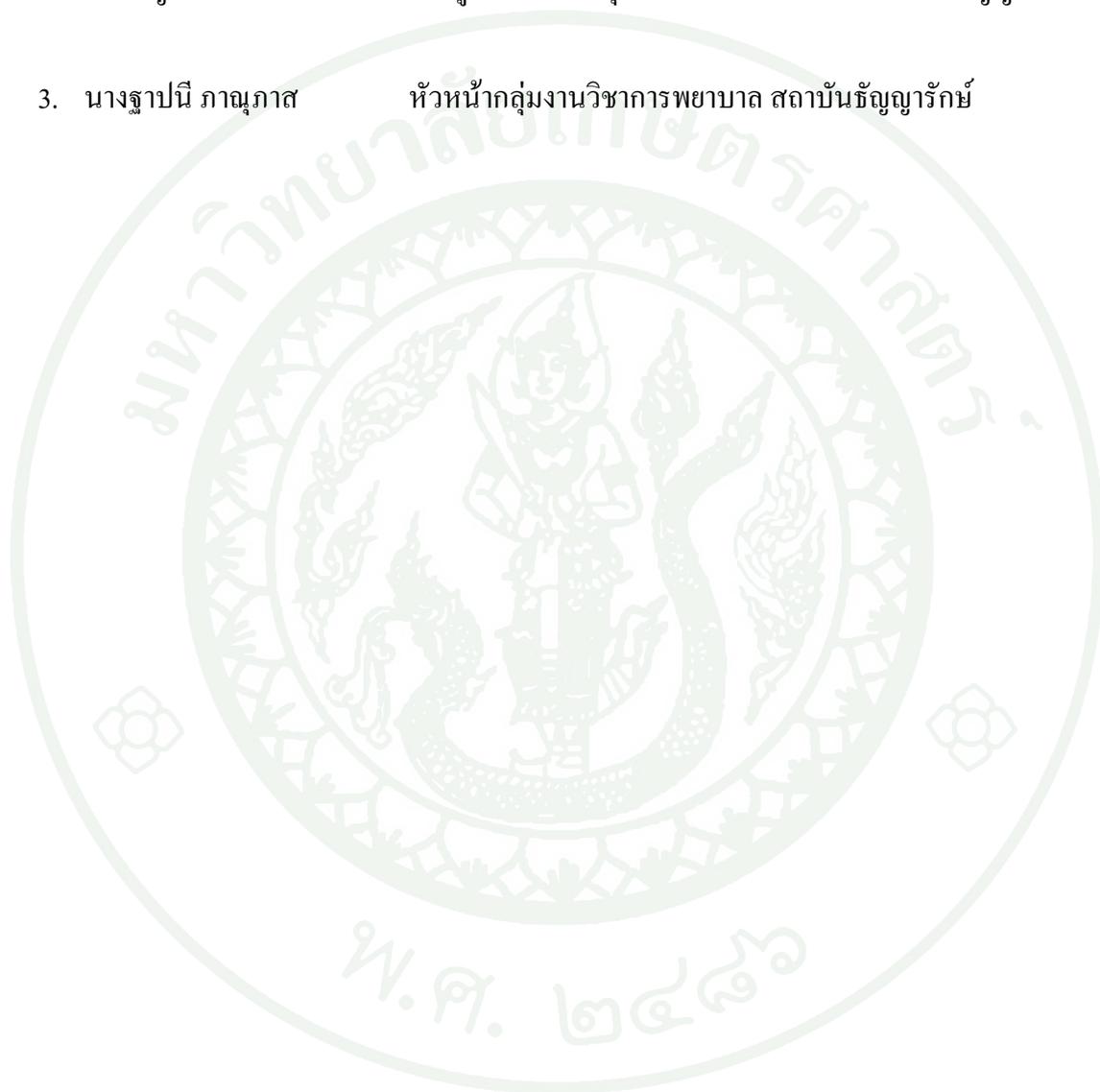
ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. รศ. ดร. วิณา บรรลิ่งโพธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ
2. นางปัญจรัตน์ ศรีสว่าง รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันชัยฤทธิ์
3. นางฐาปณี ภาณุภาส หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล สถาบันชัยฤทธิ์





หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

ก่อนที่จะลงนามในใบคำยินยอมให้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเสพยาเสพติด ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้ง ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบ คำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยสมัครใจ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผล ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
นางวาสนา คงสมบัติ ผู้ดำเนินการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกาเรเสพสุราซ้ำของผู้ติดสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยชีวสังคม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกาเรเสพสุราซ้ำ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำมี 3 ด้าน ได้แก่

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของการเสพสุรา จำนวน 24 ข้อ

3.2 ทักษะคิดต่อการดื่มสุรา จำนวน 20 ข้อ

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดสุราจำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อมี 2 ด้าน ได้แก่

4.1 ความเครียด จำนวน 20 ข้อ

4.2 สภาพการพักผ่อนนอนหลับจำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริมมี 2 ด้าน ได้แก่

5.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา
จำนวน 27 ข้อ

5.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา จำนวน 23 ข้อ

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพยาสูบของผู้ติดสุรา ในสถาบันชัญญารักษ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี

3. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมต้น

4. มัธยมปลาย / ปวช

5. อนุปริญญา / ปวส

6. ปริญญาตรี

7. สูงกว่าปริญญาตรี

8. อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้

1. ไม่มีรายได้

2. ต่ำกว่า 2,000 บาท

3. 2,001-4,000

4. 4001- 6000 บาท

5. 6001-8000

6. 8001 บาทขึ้นไป

5. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. สมรส

3. แยกกันอยู่ / หย่าร้าง / หม้าย

4. อยู่ด้วยกัน

6. ระยะเวลาการดื่ม ปี

7. ปริมาณการดื่มต่อวัน

1. () น้อยกว่า 1 ขวดกลม 2. () 1 ขวดกลม
3. () 2 ขวดกลม 4. () 3 ขวดกลมขึ้นไป

8. ความถี่ในการดื่ม

1. () ดื่มทุกวัน 2. () ดื่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
3. () ดื่มเป็นบางวันสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง 4. () ดื่มเดือนละครั้ง
5. () ดื่มนานๆครั้ง

9. ลักษณะการดื่ม

1. () ดื่มคนเดียว 2. () ดื่มแบบตั้งวง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเสพยาสูบ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. ท่านกลับไปดื่มสุราอีกเมื่อท่านมีอาการอยากสุรา

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

2. หลังจากกลับจากการบำบัดรักษาแล้ว ท่านยังคงกลับไปดื่มสุราบ่อยๆ

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

3. หลังจากกลับจากการบำบัดรักษาแล้ว ท่านยังกลับไปดื่มสุรา ติดต่อกันนานมากกว่า 7 วัน

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

4. เมื่อเพื่อนชวนให้ดื่มสุรา ท่านก็ดื่มด้วยทุกครั้ง

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

5. ท่านหลีกเลี่ยงการพบเพื่อนกลุ่มดื่มด้วยกัน

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

6. ท่านดื่มสุราทุกครั้งที่มีโอกาส แม้ว่าจะไม่มีใครชวน

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

7. ท่านดื่มสุราทุกครั้งที่ได้ไปงานเลี้ยงสังสรรค์

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

8. ท่านเลือกดื่มสุราแทนการดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่นในงานเลี้ยงสังสรรค์

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

9. ท่านดื่มสุราอีกเมื่อเห็นสุราอยู่ในบ้านหรืออยู่ในที่ที่ท่านหยิบมาดื่มได้

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

10. ท่านกลับมาดื่มสุราอีกเมื่อมีความกดดันจากปัญหาส่วนตัว

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

11. ท่านดื่มสุราเสมอเมื่อรู้สึกเครียด

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

12. ท่านดื่มสุราทุกครั้งที่อยู่คนเดียว

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

13. ท่านดื่มสุราทุกครั้งที่อยู่คนเดียว

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

14. ท่านดื่มสุราเมื่อนอนไม่หลับ

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

15. ท่านกลับมาดื่มสุราอีกทุกครั้งที่มีปัญหาขัดแย้งกับครอบครัว

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. ท่านดื่มสุราเพื่อช่วยกระตุ้นให้มีความรู้สึกทางเพศ

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. ท่านดื่มสุราเมื่อเที่ยวกลางคืนหรือไปเที่ยวสถานบันเทิง

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

18. ท่านดื่มสุราเสมอเมื่ออยู่คนเดียว

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

19. เมื่อรู้สึกหงุดหงิดหรือโกรธ ท่านจะออกนอกบ้านไปชวนเพื่อนดื่มสุรไปด้วยกัน

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

20. ท่านกลับมาดื่มสุราอีกเพื่อประชดกรอบครัว

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

21. ท่านกลับมาดื่มสุราอีกเมื่อรู้สึกว่าคุณไม่มีคุณค่า

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

22. ท่านดื่มสุราก่อนอาหารเพื่อเรียกน้ำย่อย

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

23. ท่านดื่มสุราหลังอาหารเย็นทุกวัน

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

24. ท่านดื่มสุราเป็นการถนอมหลังจากดื่มหนักๆในวันก่อนหรือคืนก่อน

ปฏิบัติน้อยที่สุด	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติมากที่สุด
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

20. ผู้ชายที่ติดสุราจะมีนมโตและอวัยวะเหี่ยว
1 (.....) ถูก 2 (.....) ผิด
21. การติดสุราจะทำให้กล้ามเนื้อเปลี้ย ไม่มีแรง
1 (.....) ถูก 2 (.....) ผิด
22. ผู้หญิงติดสุราที่ยังคงดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ จะทำให้ทารกที่คลอดออกมาเป็นเด็กปัญญาอ่อน
1 (.....) ถูก 2 (.....) ผิด
23. โรคพิษสุราเรื้อรังเป็นโรคทางพันธุกรรมอย่างหนึ่ง
1 (.....) ถูก 2 (.....) ผิด
24. ลูกของผู้ติดสุรามีโอกาสติดสุรามากกว่าลูกของคนไม่ติดสุรา
1 (.....) ถูก 2 (.....) ผิด

3.2 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการดื่มสุราซ้ำ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. การไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำไม่ใช่เรื่องยาก เพียงแต่มีความตั้งใจจริง และมั่นใจในตนเองว่าสามารถเลิกได้ ก็จะเลิกดื่มได้จริง
- | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
2. การที่จะไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำเป็นความรับผิดชอบของตนเอง ใครก็ไม่สามารถจะช่วยให้ ถ้าตนเองไม่พยายามเลิกดื่ม
- | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

3. การป้องกันการกลับไปดื่มสุร่า เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกคนในสังคมที่จะต้องช่วยกัน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)
4. การชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการป้องกันการกลับไปดื่มสุร่า จะช่วยให้คนส่วนใหญ่ร่วมมือกัน
ในการป้องกันผู้ที่ดื่มสุร่าไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)
5. การดื่มสุร่า ถ้าไม่ช่วยกันป้องกัน อย่างไรก็มีโอกาสที่จะดื่มสุร่าได้เรื่อยๆ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)
6. ถ้ามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ถึงโทษและพิษภัยของสุร่า จะช่วยป้องกันการดื่มสุร่าได้ดีขึ้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)
7. การดื่มสุร่าเป็นเรื่องธรรมดาเพราะใครๆก็ดื่มกัน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)
8. การวิตกกังวลมากเกินไปว่าจะต้องกลับไปดื่มสุร่าอีก จะทำให้เราระวังตัวเกินกว่าเหตุ
จนไม่เป็นตัวของตัวเอง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)
9. การที่เราเข้มงวดมากเกินไป ในการปฏิบัติตัว เพื่อไม่ให้กลับไปดื่มสุร่า จะทำให้เกิด
ความเครียดโดยไม่จำเป็น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....)

10. การมองข้ามความสำคัญของการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ จะทำให้เรามีโอกาสกลับไปดื่มสุราซ้ำและติดสุราได้อีก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

11. การบังคับให้เลิกดื่มสุรา ไม่สามารถนำมาใช้ได้กับทุกคน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

12. การยอมให้ผู้ที่ติดสุรา อยู่ร่วมในสังคมเดียวกับคนทั่วไป ทำให้เราคิดว่า การติดสุรา เป็นเรื่องปกติของคนในสังคมไม่จำเป็นต้องป้องกันหรือแก้ไข

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

13. การที่คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน และร่วมแก้ไขปัญหาการดื่มสุราซ้ำ จะช่วยลดการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ติดสุราได้มาก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

14. การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำเป็นเรื่องสำคัญมากที่จะต้องเร่งประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนร่วมมือกัน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

15. เมื่อเราติดสุรา และได้รับการบำบัดแล้ว แต่เกิดความต้องการจะกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการบำบัดรักษาแต่เนิ่นๆ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. ถ้าเราต้องอยู่ร่วมกับผู้ที่ติดสุรา เราจะต้องเพิ่มความระมัดระวังตนเองให้มากขึ้น เพื่อไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำอีก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. เรามีสิทธิที่จะกำหนดการกระทำของตนเองในการที่จะดื่มหรือเลิกดื่มสุราได้
- | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
18. การคู่มือที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา จะทำให้เรากลับไปดื่มสุราซ้ำได้ในที่สุด
- | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
19. การที่ทางราชการเข้มงวดและการจับกุมผู้ดื่มสุราแล้วขับรถ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นภัยต่อสังคม จะช่วยลดจำนวนผู้ดื่มสุราและผู้ติดสุราได้อย่างมาก
- | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
20. ทางราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสุรา เพื่อป้องกันการติดซ้ำ
- | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

3.3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

- โรคที่เกิดจากการดื่มสุราเป็นโรคที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
- การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้สมองฝ่อและเส้นเลือดในสมองแตกได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

3. โรคที่เกิดจากการดื่มสุราจะมีความรุนแรง โดยเฉพาะกับคนที่มีโรคประจำตัวเช่นความดันโลหิตสูง
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
4. การดื่มสุราก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้จากอุบัติเหตุบนท้องถนน
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
5. โรคสมองเสื่อมจากการดื่มสุรา ทำให้การทรงตัวเสีย เป็นเหตุให้เกิดการหกล้มได้ง่าย
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
6. ผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง จะทำให้สมองฝ่อ มีความจำเสื่อม หลงลืมง่าย
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
7. ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังจะมีอารมณ์โมโหหงุดหงิดง่าย
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
8. การดื่มสุราทำให้ไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นสาเหตุหนึ่งของหัวใจวายได้
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
9. ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังมักจะทำให้เกิดโรคโลหิตจาง
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
10. ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังจะทำให้ขาดวิตามิน
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

11. การดื่มสุรทำให้เป็นโรคตับแข็ง

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

12. โรคตับแข็งที่เกิดจากการดื่มสุราเป็นโรคที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

13. ผู้ชายที่ติดสุราจะทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

14. การดื่มสุราในปริมาณสูงมาก อาจทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากศูนย์การหายใจถูกกด

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

15. โรคที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา เป็นโรคที่ไม่รุนแรง สามารถรักษาเองได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. โรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา อาจทำให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. ผู้ที่ติดสุรามานานหลายปี และดื่มปริมาณมาก จะทำให้มีลักษณะเหมือนคนโกหกเพราะ
ความจำเสื่อม

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

18. การติดสุราเรื้อรัง จะทำให้เวลาในการนอนผิดปกติไป คือกลางคืนนอนไม่หลับแต่จะหลับใน
เวลากลางวัน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

19. ผู้ที่คิดสุราเรื้อรัง จะทำให้สมองสับสน จำวัน เวลา และสถานที่ไม่ได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

20. ผู้ที่คิดสุราเรื้อรัง จะแยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ เพราะเกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

21. ผู้ที่คิดสุราเรื้อรังเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด (ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต)

คำชี้แจง ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ซึ่งแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

2. รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

4. มีความวุ่นวายใจ
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
5. ไม่อยากพบปะผู้คน
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

12. รู้สึกเพี้ยนจนไม่มีแรงจะทำอะไร

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายจนไม่อยากจะทำอะไร

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

14. มีอาการหัวใจเต้นแรง

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

15. เสี่ยงสำลักสำน้ำหรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลังหรือไหล่

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

18. ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

20. ความสุขทางเพศลดลง

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะการพักผ่อนนอนหลับ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. ท่านเป็นผู้ที่นอนหลับยาก คือกว่าจะหลับได้ใช้ เวลานานเป็นชั่วโมง

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
2. ท่านตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อยและยากที่จะหลับต่อได้

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
3. ท่านตื่นเช้ามากหรือตื่นนอนเร็ว

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
4. ท่านรู้สึกว่าคุณนอนไม่เพียงพอหรือตื่นแล้วรู้สึกไม่สดชื่น

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
5. ท่านนอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 2 สัปดาห์

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
6. ท่านนอนไม่หลับทุกคืนติดต่อกันเป็นเดือน

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

7. ท่านนอนหลับได้คืนละไม่ถึง 4 ชั่วโมง
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
8. ท่านต้องรับประทานยานอนหลับเพื่อให้นอนหลับได้
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
9. ท่านมีเรื่องวิตกกังวลหรือเครียดจนทำให้นอนไม่หลับ
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
10. ห้องนอนท่านมีเสียงดังรบกวนทำให้นอนไม่หลับ
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
11. อากาศในห้องนอนร้อน / เย็นจัดเกินไปทำให้นอนหลับไม่สบาย
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
12. เมื่อเปลี่ยนสถานที่ทำให้ท่านนอนไม่หลับ
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
13. ลักษณะงานทำให้เวลานอนของท่านไม่แน่นอน
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
14. ขารักษาโรคของท่านมีผลข้างเคียงทำให้หลับยาก
- | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-----------|
| ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

15. ท่านเป็นโรคซึมเศร้าทำให้อนอนหลับยาก

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. ยาจิตเวชที่กินอยู่เป็นประจำทำให้อนอนหลับถ้าไม่ได้กินยา

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. ท่านมีอาการเหนื่อยหอบทำให้อนอนหลับไม่สบาย

ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

5.1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการลดละเลิกการดื่มสุรา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

- สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักต่อท่าน โดยการกอดหรือสัมผัส

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
- สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นใจท่านเมื่อท่านรู้สึกผิดหวัง

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
- สมาชิกในครอบครัวให้อภัยท่านเมื่อท่านทำสิ่งผิดพลาดไป

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
- สมาชิกในครอบครัวรับฟังปัญหาของท่าน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

5. สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใยท่าน โดยการพูดคุย ซักถาม เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
6. สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อพบว่าท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือมีเรื่องไม่สบายใจ
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
7. สมาชิกในครอบครัวแบ่งปันสิ่งของหรือเงินให้แก่ท่านเมื่อท่านมีปัญหา
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
8. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าเป็นที่รักและมีความหมายต่อครอบครัว
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
9. สมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจความรู้สึกของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
10. ท่านได้รับกำลังใจจากครอบครัวด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการพูด การสัมผัสร่างกาย หรือการพยักหน้า
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
11. สมาชิกในครอบครัวเปิดโอกาสให้ท่านได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในครอบครัว
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
12. สมาชิกในครอบครัวมักจะไม่เห็นด้วยกับการกระทำของท่านไม่ว่าเรื่องใดก็ตาม
- | จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
|------------|-----------|-----------|------------|
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

13. ครอบครัวให้ความสำคัญกับท่านไม่น้อยกว่าคนอื่นๆในครอบครัว

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

14. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือท่าน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

15. สมาชิกในครอบครัวยกย่อง ชื่นชมท่านเมื่อท่านช่วยเหลือทางบ้านแม่เพียงเล็กน้อย

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. สมาชิกในครอบครัวระมัดระวังคำพูด หรือการแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านรู้สึกผิดหรือไม่สบายใจ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. ขณะอยู่บ้าน ท่านและสมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกัน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

18. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมักพูดคุยกันเมื่อมีเวลาว่าง

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

19. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านและสมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาหารือกันเพื่อหาทางแก้ไข

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

20. สมาชิกในครอบครัวรับฟังปัญหาของท่านเสมอ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

21. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆของครอบครัว
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
22. ท่านเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้ได้รับความสุขสบาย
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
23. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่า
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
24. ท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเพียงคนเดียว
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
25. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของเครื่องใช้จากสมาชิกในครอบครัว
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
26. สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยสุราแก่ท่านเสมอ
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |
27. หากท่านต้องการไปสถานที่ใด สมาชิกในครอบครัวจะไปกับท่าน
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------|
| จริงที่สุด | จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1 (.....) | 2 (.....) | 3 (.....) | 4 (.....) |

5.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. เพื่อนแสดงความเห็นใจท่าน โดยการพูดให้กำลังใจหรือจับมือเมื่อท่านรู้สึกผิดหวัง

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
2. ส่วนใหญ่เพื่อนจะให้อภัยท่านเมื่อท่านทำสิ่งผิดพลาดไป

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
3. เพื่อนรับฟังปัญหาของท่าน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
4. เพื่อนแสดงความห่วงใยท่าน โดยการพูดคุย ซักถาม เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
5. เพื่อนให้ความสนใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อพบว่าท่านมีอาการเจ็บป่วย

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
6. เพื่อนแบ่งปันสิ่งของหรือเงินให้แก่ท่านเมื่อท่านมีปัญหา

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
7. เพื่อนทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นที่รักและมีความหมายต่อเพื่อน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)
8. เพื่อนทอดทิ้ง ไม่สนใจความรู้สึกของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

9. ท่านได้รับกำลังใจจากเพื่อนด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการพูด การสัมผัสร่างกาย หรือการพยักหน้า

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

10. เพื่อนมักจะไม่เห็นด้วยกับการกระทำของท่าน ไม่ว่าเรื่องใดก็ตาม

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

11. เพื่อนให้ความสำคัญกับท่านไม่น้อยกว่าเพื่อนคนอื่นๆ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

12. เพื่อนให้ความเคารพนับถือท่าน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

13. เพื่อนแสดงความขอบคุณท่านเมื่อท่านช่วยเหลือเพื่อนแม้เพียงเล็กน้อย

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

14. เพื่อนระมัดระวังคำพูด หรือการแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านรู้สึกผิด หรือไม่สบายใจ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

15. ขณะอยู่ด้วยกัน ท่านและเพื่อนรับประทานอาหารร่วมกัน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

16. ท่านและเพื่อนมักพูดคุยกันเมื่อมีเวลาว่าง

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

17. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านและเพื่อนจะปรึกษาหารือกันเพื่อหาทางแก้ไข

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

18. เพื่อนรับฟังปัญหาของท่านเสมอ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

19. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆของกลุ่มเพื่อน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

20. เพื่อนทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่า

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

21. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของเครื่องใช้จากเพื่อน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

22. เพื่อนให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยสุราแก่ท่านเสมอ

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

23. หากท่านต้องการไปสถานที่ใด เพื่อนจะไปกับท่าน

จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1 (.....)	2 (.....)	3 (.....)	4 (.....)

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นางวาสนา คงสมบัติ
วัน เดือน ปีเกิด	18 กรกฎาคม 2505
ประวัติการศึกษา	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	หัวหน้างานสุขศึกษาของสถาบันชัยญารักษ์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถาบันชัยญารักษ์

