

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการนิยมดื่มอย่างแพร่หลาย จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศโดยเฉพาะสุรามีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น จากรายงานการประชุมวิชาการสุราระดับประเทศครั้งที่ 1 ประจำปี 2548 ในแต่ละปีทั่วโลก มีอัตราการตายจากสาเหตุของสุราปีละ 1.8 ล้านคน และสถิติจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่ได้รับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 76.4 ล้านคน เป็นชาย 63.7 ล้านคน เป็นหญิง 12.7 ล้านคน และยังพบว่าการดื่มสุราทำให้เกิดโรค ร้อยละ 4 เฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่สูงกว่าทวีปออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ซึ่งปัญหานี้จะสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยปัญหาสุราทำให้เกิดโรคนั้นพบว่าเพิ่มขึ้น จากอันดับที่ 5 มาเป็นอันดับที่ 3 รองจากปัญหาอุบัติเหตุและบุหรี่ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2548) การศึกษาของกรมควบคุมโรค (2547) พบว่า สุรามีความเกี่ยวข้องกับการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับ โรคชัก โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท นอกจากนี้สุรายังทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลงไปมีความอ่อนแอ เกียจคร้านไม่รับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ในด้านจิตใจและอารมณ์จะเกิดภาวะซึมเศร้า กังวล พึงชานและมึนงง (ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดื่มสุราจะมีผลให้มารับผิดชอบในบทบาทของพ่อแม่หรือคู่สมรสด้อยลง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร (Michale, Denis, Richard, & Phillip, 1996)

แม้ว่าการดื่มสุราก็ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆเป็นอย่างมาก แต่ยังพบว่าผู้ดื่มสุรามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มจะมากขึ้นอีกในอนาคต จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคสุราของคนไทย เพิ่มมากขึ้นจนติดอันดับ 1 ใน 5 ของโลก ซึ่งใน 1 ปี มีผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้น 2.6 แสนคน หรือจำนวนการดื่มเพิ่มขึ้น 1 เท่าในทุก 3 ปี (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2548 พบว่า ชนิดของยาเสพติดต่างๆที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน สุราเป็นยาเสพติดที่มีการนิยมใช้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหาซื้อง่ายไม่

ผิดกฎหมาย จึงมีแนวโน้มของการใช้มากขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันธัญญารักษ์, 2548) ในปี 2546 รัฐบาลได้ประกาศสงครามยาเสพติด และมีนโยบายการปราบปรามยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอย่างเข้มงวดในทุกด้านที่เกี่ยวข้องได้พบว่า ยาเสพติดประเภทเฮโรอีน ยาบ้าได้ลดลง แต่ในขณะที่สุรากลับมีการแพร่ระบาดมากขึ้น จากสถิติของผู้ป่วยสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์เพิ่มมากขึ้น จากปี 2545- 2549 มีจำนวนผู้ป่วย 533 ราย 655 ราย 1,148 ราย 1,068 ราย และ 1,090 ราย ตามลำดับและผู้ป่วยสุราเกิดโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ โรคติดสุราเรื้อรัง ภาวะอาหารอ้วนเสป ดับแข็ง ตามลำดับ(สถาบันธัญญารักษ์ ศูนย์สารสนเทศ, 2549)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมการดื่มสุรา และการติดสุราพบว่า ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสาเหตุที่สำคัญในปัญหาการดื่มสุราเช่นดื่มสุรา เพื่อลดภาวะเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรักความผูกพันในครอบครัว ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรักและความเข้าใจต่อกันของสมาชิกในครอบครัว (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) สภาพสังคมที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้ดื่มสุรา คือ กลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชน จากการศึกษาของนิศานาถ โชคเกิด (2545) พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวดื่มสุราหรือกลุ่มเพื่อนใกล้ชิดดื่มสุรา จะมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการดื่มสุราน้อยประกอบกับรัฐบาล มีนโยบายที่เปิดโอกาสในเรื่องของการผลิตสุราอย่างเสรี ผู้ผลิต ผู้นำเข้า จึงมีการแข่งขันกันทางธุรกิจที่ทำให้เข้าถึงผู้บริโภคได้ง่ายโดยมีสื่อโฆษณาโน้มน้าวใจหลายรูปแบบ จากผลการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดาและอาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา (2544) พบว่าในปัจจุบันแหล่งจำหน่ายสุราส่วนใหญ่เป็นร้านขายของชำ ซึ่งมีสุราจำหน่ายกันอย่างแพร่หลายในแต่ละชุมชนโดยสามารถใช้ระบบเงินเชื่อดื่มก่อนจ่ายที่หลัง ทำให้มีทั้งความสะดวกและหาซื้อง่าย ไม่มีเงินก็หาดื่มได้ จึงเป็นอิทธิพลจูงใจทำให้เกิดความอยากดื่มถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเลิกได้แล้วก็ตาม ถ้ามีจิตใจที่ไม่เข้มแข็งพอจึงมีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำได้

สถาบันธัญญารักษ์ เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท สำหรับในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่ดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานานจนเกิดปัญหาขึ้นกับสุขภาพและไม่สามารถหยุดดื่มเองได้ เนื่องจากมีอาการขาดสุราจึงเข้ามารับการรักษา จากการที่สุราไปทำลายส่วนต่างๆในร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางและมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก (Cortex) จะมีผลทำให้มีอาการสมองเสื่อม บุคลิกภาพที่เชื่องช้าและความจำเสื่อม นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนแอไม่มีแรง จำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แต่จากที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่ทำให้

ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เชื่องช้าและความจำเสื่อม ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกใช้ยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาประมาณ 1 เดือนอาการทั่วไปดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับยาและติดตามการรักษาหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลา 1 ปี(สถาบันรัษฎากรักษ์, 2548)

จากปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา และปัจจัยที่ส่งเสริมการดื่มสุราดังกล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปติดซ้ำได้สูง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยติดสุราจะได้รับการรักษาจนหยุดดื่มสุราได้แล้ว เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือในสภาพแวดล้อมเดิมๆ กับเพื่อนที่เคยดื่มสุราด้วยกัน สุราหาซื้อได้ง่ายและการดื่มสุราเพื่อสังสรรค์เป็นที่สังคมให้การยอมรับ นอกจากนั้นสภาพจิตใจของผู้ป่วยเองที่ยังมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ความไม่เข้มแข็งของจิตใจ มีผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันการติดสุราซ้ำไม่ประสบผลสำเร็จ เมื่อเป็นเช่นนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสุรารายหลังการรักษา เพื่อให้เลิกดื่มสุราอย่างถาวรที่มักได้ผลดี จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวเพราะผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่มีครอบครัวและใช้ชีวิตประจำวันเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวอยู่ตลอดเวลา และเป็นระยะเวลาที่ยาวนานครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยสุราทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ สมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นกำลังใจช่วยเสริมแรงบันดาลใจหรืออาจเป็นทุนกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำอีกได้เพราะมีปัญหาในครอบครัวเกิดขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ได้ตระหนักถึงปัญหาของการกลับไปติดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยติดสุราที่มีโอกาสกลับไปติดซ้ำสูง จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย ได้พูดคุยสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำและกลับเข้ามารักษาลาหลายครั้งพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความเชื่อและคิดว่า ผู้ป่วยเมื่อมารักษาหายแล้วควรจะเลิกดื่มได้ และผู้ป่วยจะต้องมีวิธีช่วยเหลือตัวเองในการเลิกดื่มสุราแต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมแบบเดิมๆไม่รับประทานยา มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายและได้กลับไปดื่มสุราอีก จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายและไม่สนใจในตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยติดสุรามากขึ้นจนเกิดเป็นปัญหาต่อตนเองและครอบครัว จึงพาผู้ป่วยมารักษาอีกจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมได้พบว่า สาเหตุของการกลับไปติดซ้ำส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดความรักความเข้าใจต่อกัน(สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของภานุพงศ์ จิตสมบัติ (2541) ที่พบว่า เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อแม่จะมีการดื่มสุราน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ และการ

เปลี่ยนแปลงของสังคมมีผลทำให้ครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และครบถ้วน และจากตัวผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านความจำ เซอร์ปัญญา การตัดสินใจ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่ควบคุมตนเองหรือใช้เหตุผลในการปฏิเสธการดื่มสุราได้ จึงมีโอกาที่จะกลับไปติดสุราซ้ำได้อีก ดังนั้นบุคคลจะเลิกดื่มสุราได้ถาวรจะต้องมีวิธีปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างเหมาะสมและได้รับการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องหรือสมาชิกในครอบครัวในการเลิกดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดซ้ำในประเทศไทยมีน้อยมาก อาทิเช่น การใช้ครอบครัวบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังชาย (จันทนา สรณาคมน์, 2548) โปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, 2546) ซึ่งเป็นลักษณะของการให้ความรู้เรื่องยาเสพติดและแนวทางการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติด และพบว่าส่วนมากจะเป็นโปรแกรมการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของตัวผู้ป่วย ในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่าการส่งเสริมพฤติกรรมช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดซ้ำเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราในการป้องกันการติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาและสนใจรูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Mental Health Education) ที่พบว่า เป็นกระบวนการสื่อสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยมีกลวิธีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาและพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และมีการประเมินความต้องการเพื่อนำมาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมของโปรแกรมภายใต้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับกระบวนการสุขศึกษา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการพร้อมทั้งสามารถวัดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมได้ (พิทักษ์พล บุญยมาลิก, 2548)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จัดเป็นทฤษฎีสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลตามแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1975) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่ได้จากการกระทำ โดยเชื่อว่าบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเรียกว่า

การรับรู้ประโยชน์ การหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาเรียกว่า การรับรู้อุปสรรค ซึ่งถ้าบุคคลเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่รับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยคาดหวังว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุรา เพื่อการป้องกันการติดซ้ำได้ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีงานวิจัยที่ยืนยันได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาวิจัยของ นิศานาถ โชคเกิด (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกสุราของผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน ในกลุ่มผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกอดสุราพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ จำเรียง เรืองมาก (2549) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกสถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานีพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอล เวนย์ และเนลสัน (Hall, W., & Nelson, J., 1996) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาในวัยผู้ใหญ่ชาวออสเตรเลียพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพสูงมีผลทำให้การใช้กัญชาน้อยลง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ จึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ซึ่งไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราโดยตรงแต่พบในผู้ป่วยโรคอื่น เช่น ความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของบิดามารดาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สุนทรี อูปพงศ์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับ สมจิต เกียรติวัฒนาเจริญ (2541) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดา เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งในการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของสุขภาพ ตลอดจนความร่วมมือ

หรือไม่ร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทั้งของตัวเอง และของผู้ดูแล ซึ่งส่วนมากพบในกลุ่มโรคอื่นที่ไม่ใช่ยาเสพติด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพบนความเชื่อว่า สามารถให้ผลในการสนับสนุนให้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรารับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับไปติดสุราซ้ำ รับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา รับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในการป้องกันการติดสุราซ้ำ และแรงจูงใจในการปฏิบัติในการป้องกันการติดสุราซ้ำ การรับรู้ในด้านต่างๆเหล่านี้จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องหลายชิ้น (จำเรียง เรืองมาก, 2549; สุนทรี อุพพงษ์, 2540; สมจิต เกียรติวัฒนาเจริญ, 2541; พัทธทรัพย์ บุญยมาลิก, 2548; กรมสุขภาพจิต, 2546; Becker et al, 1975; Michale, Denis, Richard, & Phillip, 1996) พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยสุรา เพื่อป้องกันการติดซ้ำภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ โดยการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนน้อยและยังไม่มีใครเคยมีผู้ใดทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้มาก่อน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสุราในการป้องกันการติดสุราซ้ำได้ถูกต้อง และสามารถนำไปกำหนดแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสุรา เพื่อเป็นการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยสุราในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกใน

ครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา

คำถามการวิจัย

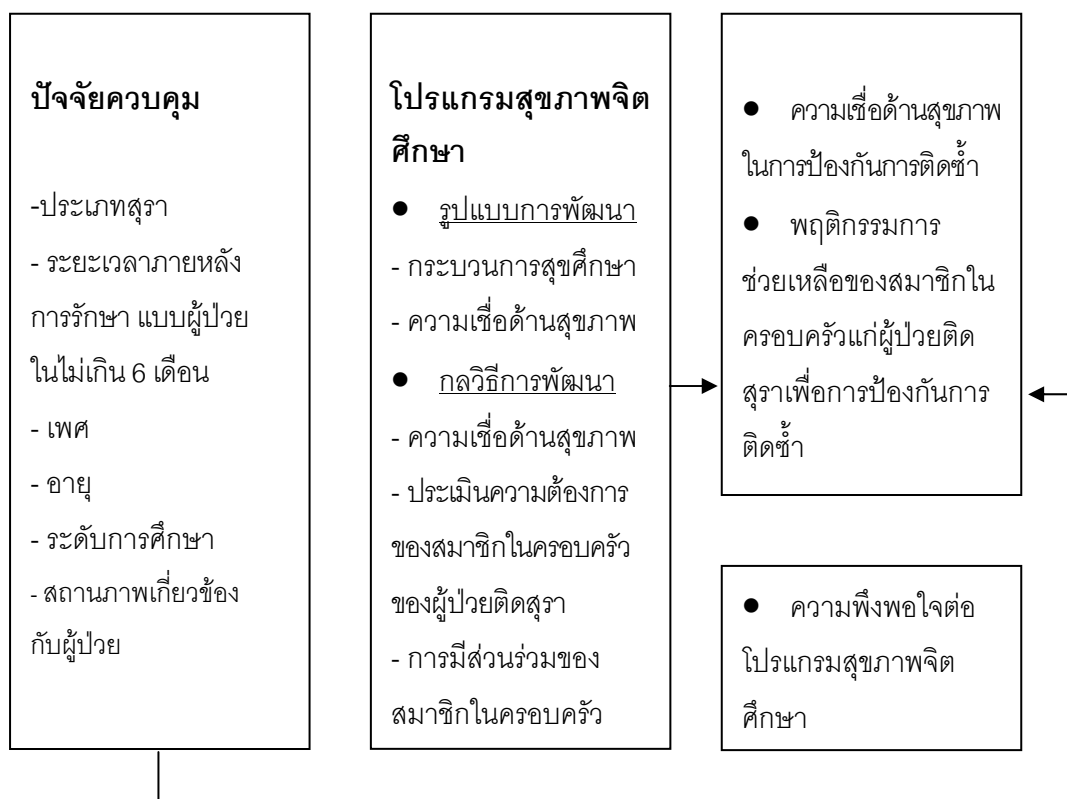
1. ความแตกต่างของพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นอย่างไร

2. ความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นอย่างไร

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

จากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายชิ้น(เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543; นิตานาถ โชคเกิด, 2545; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2538; วิชัย ไปษยะจินดาและอาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา, 2544) พบว่า การป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยติดสุราภายหลังการรักษาที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดี นอกจากการให้ครอบครัวมีความรู้เรื่องโทษพิษภัยของสุราแล้ว จำเป็นต้องให้ครอบครัวเกิดความตระหนักในปัญหาการกลับไปติดเชื้อและเกิดความต้องการในการป้องกันการติดเชื้อ จึงจะได้รับการร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เลิกดื่มสุราอย่างถาวร ดังนั้นการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ภายใต้แนวคิดกระบวนการสุขภาพจิตศึกษาและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้นนั้น จึงต้องมีกลวิธีในการพัฒนารูปแบบและดำเนินการทดลองตามกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดที่มีลักษณะความสัมพันธ์กัน ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุรา เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดเชื้อภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกัน
2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกัน
3. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรามีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Mental Health Education) หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำกระบวนการสุศึกษา และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรม ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเสพติดมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นระหว่างกัน และตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุของการติดซ้ำและการป้องกันการติดซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดสุราซ้ำ การรับรู้การเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา การรับรู้ประโยชน์และวิธีการจัดการอุปสรรคในการปฏิบัติ และแรงจูงใจในการปฏิบัติ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 6 สัปดาห์

ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุราในสถาบันรักษารักษ์ ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้ป่วยติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition ; DSM –IV R ให้ความสำคัญของอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปตามเกณฑ์ ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในจากสถาบันรักษารักษ์ เป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยมีความสัมพันธ์ทางครอบครัว เช่น บิดา มารดา ภรรยาหรือสามีและบุตร ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราที่มีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำ (Needs Assessment) โดยประเมินความต้องการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ด้วยการใช้แบบประเมินความต้องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำ (ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน)

พฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครอบคลุมด้านต่างๆดังต่อไปนี้ ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา การสังเกตอาการ

ผิดปกติที่เกิดจากยาหรือจากโรคที่เป็นอยู่ แนะนำและจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยรับประทาน กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด *ด้านการฝึกทักษะในการจัดการกับสภาวะความเสี่ยงสูง* ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการประเมินสภาวะความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปติดซ้ำ การหลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับสภาวะเสี่ยงได้ และฝึกวิธีการจัดการอาการอยากยา *ด้านการจัดระเบียบชีวิตใหม่* ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการวางแผนดำเนินชีวิตประจำวันที่ปราศจากการใช้ยาเสพติด การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และร่วมในการกำหนดเป้าหมายชีวิตในอนาคตที่เหมาะสม *ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด* ประกอบด้วย การช่วยเหลือและแนะนำการประเมินสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น และการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสมด้วยเทคนิคต่างๆ *ด้านการฝึกทักษะในการปฏิเสธยาเสพติด* ประกอบด้วย การช่วยเหลือและแนะนำวิธีการปฏิเสธการดื่มสุรา และบอกให้ทราบถึงประโยชน์และโทษที่เกิดจากการดื่มสุรา การสนับสนุนและให้กำลังใจในการปฏิเสธยาเสพติด และช่วยเหลือในการฝึกซ้อมทักษะการปฏิเสธ และ *ด้านการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา* ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและร่วมมือในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน มีการร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหา และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตัวเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำ หมายถึง การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ ที่ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ *การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการติดสุราซ้ำ* ในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์เศร้า เป็นทุกข์ใจ มีสุราจำหน่ายอยู่ทั่วไปหาซื้อได้ง่าย ฯลฯ *การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา* ในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา อันตรายและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว *การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติ* ในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับผลดีที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ *การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติ* ในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำและแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ ในที่นี้หมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ที่จะสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดสุรา

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความรู้ เรื่องสุรา สาเหตุการติดสุรา ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดสุราซ้ำ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา การรับรู้ประโยชน์และวิธีการจัดการอุปสรรคในการปฏิบัติและแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยติดสุรา เพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยมีการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดสุราซ้ำ ให้สมาชิกตอบแบบประเมินตามความรู้สึก นึกคิดและความเชื่อตามความเป็นจริงของตนเองเท่านั้น สำหรับการประเมินความต้องกรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำ ให้สมาชิกตอบแบบประเมินให้ตรงกับความต้องการรับรู้ตรงกับความเป็นจริงของตนเองเท่านั้น และการประเมินพฤติกรรม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ให้สมาชิกตอบแบบประเมินให้ตรงกับ การให้ความช่วยเหลือที่ตนเองปฏิบัติจริงเท่านั้น สำหรับข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา เป็นการสัมภาษณ์ระดับลึก โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วิเคราะห์ผลทั้งในเชิงปริมาณและข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การศึกษาในเชิงปริมาณโดยศึกษาผล การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำและข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นการสัมภาษณ์ระดับลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเภทกำหนดโครงสร้าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนจากสถาบันธัญญารักษ์ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยภายหลังการรักษา มีสุขภาพแข็งแรง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยมี

ภูมิคำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล โดยเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราที่มีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ (Needs Assessment) ซึ่งประเมินความต้องการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ด้วยการใช้แบบประเมินความต้องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ (ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราที่มีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อ (Needs Assessment) ซึ่งประเมินความต้องการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ด้วยการใช้แบบประเมินความต้องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ เท่านั้น (ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน) ผลการศึกษาจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อ ด้วยรูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราและผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอื่นๆ