

บทที่ 2

ผลงานวิจัยและงานเขียนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลงานวิจัยและงานเขียนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

แนวคิดผู้ป่วยติดสุรา

ปัจจัยส่งเสริมการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา
การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา
ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปติดสุราซ้ำ
การป้องกันการติดสุราซ้ำ

แนวคิดสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา

แนวคิดครอบครัว
บทบาทของครอบครัวต่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
การประเมินความต้องการของครอบครัว
การมีส่วนร่วมของครอบครัว
แนวคิดกระบวนการสุขภาพจิตศึกษา

แนวคิดผู้ป่วยติดสุรา

ปัจจัยส่งเสริมการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา

พฤติกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายประการทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งปัจจัยส่งเสริมการดื่มสุราสามารถแบ่งออกเป็น ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจอารมณ์และปัจจัยด้านสังคม

1. ปัจจัยด้านร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุราคือ ลักษณะทางกรรมพันธุ์ มีงานวิจัยที่พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดสุราอีกคนมีโอกาสติดด้วยถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ที่ติดสุราพบลักษณะที่สำคัญคือ ยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (Dopamine D2 receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรังที่พบว่า ผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของ ซีโรโตนิน (serotonergic activity) (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

2. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาการดื่มสุราจัดว่าเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคล บางคนดื่มสุราเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) รวมทั้งบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก มีบุคลิกภาพแบบถอยหนีหรือเก็บกด มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการความเครียดต่ำ ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen, & Cooper, 1985) มักมีแนวโน้มที่จะใช้สุราเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหาหรือความคับข้องใจ

3. ปัจจัยด้านสังคม สภาพทางสังคมในปัจจุบันจัดว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราเป็นอย่างมาก สังคมที่จัดว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ครอบครัว สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัว กลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่มีผลต่อการดื่มสุรา จากการศึกษาของ อวส์ดา จันทรแสนตอ (2541) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้สตรีดื่มสุรา คือ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็กและมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดสุรา นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราของเด็กนักเรียน คือ บิดา มารดา พี่น้องและเพื่อน (สุวิทย์ โพธิราช, 2542) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรานั้นตั้งแต่มีการจำหน่ายสุราอย่างเสรี รวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับสุราที่ได้รับผ่านสื่อต่างๆ และพบว่าสื่อมวลชนมีอิทธิพลทางบวกต่อการดื่มสุราเช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อน ใน

สังคมไทยสุราได้รับการยอมรับในฐานะเป็นสื่อในงานนี้ เช่น การพบปะสังสรรค์ในพิธี ประเพณีหรืองานสังคมต่างๆ (สุภาภรณ์ สมพาน, 2546)

จากปัจจัยต่างๆที่มีผลในการส่งเสริมการดื่มสุรา จึงทำให้บุคคลจำนวนไม่น้อยมีการดื่มสุราจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะติดสุรา มีผลเสียต่อระบบอวัยวะภายในร่างกายของผู้ดื่มสุราโดยตรงทำให้เกิดโรคและความผิดปกติต่างๆรวมถึงเกิดผลกระทบต่อครอบครัวสังคมและเศรษฐกิจ

ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา

ผลของการดื่มสุราต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดื่มซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ แบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การเกิดพิษแบบเฉียบพลันจากการดื่มสุรา จากการที่สุราออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายและสติสัมปชัญญะ จึงมีผลทำให้การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อลดลงทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ผ่อนคลาย ถ้าดื่มมากขึ้นจะทำให้เกิดความจำหมดไปเกิดอาการง่วง การตัดสินใจไม่ดี การหายใจช้าลงและหลับไปซึ่งจะปลุกให้ตื่นยาก ถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากอาจตาย ดังอาการแสดงต่อไปนี้ (สมพร บุษราภิจ, 2540)

ผลของแอลกอฮอล์ในเลือดและอาการทางคลินิกของพิษแอลกอฮอล์

มิลลิกรัมของแอลกอฮอล์ในเลือด100ซีซี	อาการแสดง
50 –100	จะไม่มีอาการแสดงอะไรอาจมีอาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้ากว่าปกติ
100 – 200	มีอาการเมา
200 – 300	มีอาการเมามากขึ้น เดินเซ พูดไม่ชัด ซึม
300 – 400	ซึมไม่รู้สีกตัว แขนขาไม่มีแรง ไม่รู้สึกเจ็บปวด
+400	หมดสติ ตัวเย็น หน้าจะแดง ความดันโลหิตลดต่ำลงหายใจช้าและอาจจะหยุดเป็นพักๆและมีกลิ่นของแอลกอฮอล์จากลมหายใจ จะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด เมื่อกดบริเวณ หน้าผาก ก��และที่หน้าอก ถ้ามีอาการมากจะซีด และหยุดหายใจเสียชีวิตได้ในที่สุด

การเกิดพิษเรื้อรัง จากที่ผู้ดื่มสุราดื่มติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะเกิดภาวะพิษต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกายเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่างๆ (สมพร บุษราภิจ., 2540; ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูลและสาวิตรี อัจฉรวงศ์กรชัย, 2545) ดังนี้

1. โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Neurological Degeneration)

1.1 สมอมน้อยเสื่อม (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษสุราโดยตรงหรือจากการขาดวิตามินบี 1 สมอมน้อยอยู่ด้านหลังบริเวณท้ายทอย มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายให้เคลื่อนไหวได้ปกติตามความตั้งใจที่จะทำ เช่น เขียนหนังสือ จับช้อนตักอาหารเข้าปาก ถ้ามีการเสื่อมของสมอมน้อยจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติไปมีอาการเดินทรงตัวไม่ได้ (Ataxia) เดินเซ เดินขาถ่างออกเพราะกลัวว่าจะล้มเวลาเดินเหมือนกับคนเมาสุราทุกอย่าง เพราะฉะนั้นผู้ที่ดื่มสุรามากๆถ้ามีอาการเสื่อมของสมอมน้อยจะทำให้รู้สึกตัวเองเดินแบบคนขี้เมาตลอดเวลาทั้งๆที่ไม่ได้ดื่มสุรา ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุเป็นอันตรายทำให้หกล้ม แขนขาหักหรือศีรษะแตกถึงกับเลือดออกในสมองได้ นอกจากนี้การใช้มือในการทำงานจะผิดปกติไปไม่สามารถใช้มือในการประกอบสิ่งของละเอียดๆได้หรือเวลารับประทานอาหาร เมื่อตักอาหารเข้าปากบางครั้งก็อาจตักเข้าจมูกหรือตาได้ แม้แต่ลายมือก็ผิดปกติและยังพบว่าการพูดพิการไป (Speech impaired) เวลาพูดเสียงจะสั่นไม่ชัด โดยเฉพาะคำพูดที่ต้องใช้ลิ้นในการเปลี่ยนสำเนียง เช่น ร,ล หรือ ใช้ริมฝีปาก เช่น ผ,ป เป็นต้น ส่วนที่ตาจะมีอาการกระตุกของลูกตา (Nystagmus) เวลามองไปข้างๆซึ่งอาจจะทำให้มีอาการเวียนศีรษะตามมาได้ การหยุดดื่มสุราและได้เข้ารับการรักษาในระยะแรกๆจะทำให้อาการดีขึ้น

1.2 สมอมน้อยเหี่ยว (Cortical atrophy) ในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรังในระยะหลังๆจะมีสมอมน้อยเหี่ยว คือ มีการตายของเซลล์สมองส่วนที่ทำหน้าที่ต่างกัน เช่น เกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย อาการแสดงที่พบได้ เช่น ความจำเสื่อม หลงลืมได้ง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง โมโหหงุดหงิด ขาทั้งสองข้างไม่มีแรงและมีการเดินเซ นอกจากนั้นจะมีอาการของสมองส่วนหน้าเหี่ยว คือ จะมีการตอบสนองเป็นอาการปากจู๋ เวลาเคาะหรือเอานิ้วถูไปมารอบริมฝีปาก (Snout reflex) ถ้าเอามือไปลูบบนฝ่ามือจะมีการตอบสนองเป็นเด็กๆคือนิ้วมืองอและเกาะแน่น (Grasping reflex) นอกจากนี้เวลาเอานิ้วกดและลากแรงๆบนฝ่ามือจะมีกระตุกของกล้ามเนื้อที่คางตามจังหวะที่ทำ (Palmo – Mental reflex)

1.3 โรคเวอร์นิค โคซาคอฟ ซินโดม (Korsakoff's syndrome) เป็นโรคที่สูญเสียความทรงจำในระยะเวลานั้นๆหรือมีอาการความจำขาดช่วง (Anterograde amnesia) คือ ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีการสร้างความจำเทียมขึ้น (Confabulation) สาเหตุเพราะมีรอย Mammillary bodies และที่ Hippocampus

2. ผลต่อระบบย่อยอาหาร แอลกอฮอล์ทำให้มีการดื่มน้ำย่อยของกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น

ภายหลังดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 7 เข้าไป 4–10 มิลลิกรัม แต่ถ้ามีความเข้มข้นตั้งแต่ 15–20 % ขึ้นไป จะยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารและทำให้เยื่อบุกระเพาะอักเสบอย่างมาก เป็นเหตุให้การดูดซึมอาหารและวิตามินน้อยลงทำให้ขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี

3. ผลต่อดับตับเป็นอวัยวะสำคัญในการเผาผลาญหรือทำลายพิษแอลกอฮอล์ ในขณะที่เดียวกันแอลกอฮอล์ไปทำให้ตับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีไขมันเพิ่มขึ้นและทำให้ลักษณะของเซลล์เปลี่ยนไป เนื่องจากแอสตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) มีพิษต่อดับโดยจะทำให้ตับไม่สามารถส่งโปรตีนที่สังเคราะห์แล้วเข้าสู่กระแสโลหิตตามปกติได้ และการที่มีไขมันกับโปรตีนอยู่ในเซลล์มากๆจะทำให้เซลล์นั้นตายและเริ่มมีอาการอักเสบของตับ ถ้ายังดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปอีกมากๆ ตับที่อักเสบนั้นจะเปลี่ยนไปเป็นตับแข็งได้ในที่สุดและโรคที่เกิดขึ้นได้แก่

3.1 ตับอ่อนอักเสบ(Pancreatitis)เนื่องจากน้ำย่อยอะไมเลส (Amylase) สูงขึ้น

3.2 ตับมัน (Fatty liver) เกิดจากอัตราส่วน NADH / NAD สูงขึ้น

3.3 ตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) เนื่องจาก เนื้อตับถูกทำลายจะมีอาการ มีไข้ ปวดท้องด้านขวาตอนบน ตาเหลือง (Jaundice)

3.4 ตับแข็ง (Alcoholic cirrhosis) ซึ่งพบว่า ผู้ดื่มสุราจัดเป็นโรคตับแข็ง มากกว่าผู้ไม่ดื่มสุราถึง 7 เท่า

4. ผลต่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือดโรคหัวใจ (Alcoholic cardiomyopathy) เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปทำให้ Myocardium มีการบวมขึ้น จึงทำให้การทำงานของระบบนี้ผิดปกติ ทำให้หัวใจโตและมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น บางรายอาจเกิดอาการหัวใจวาย (Congestive failure) เนื่องจาก แอลกอฮอล์ทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ แอสตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งเป็น metabolite ของแอลกอฮอล์ไปยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้สมรรถภาพการทำงานน้อยลง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้เนื่องจากการทำงานของไขกระดูกซึ่งมีหน้าที่สร้างเม็ดเลือดเสียไป และทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนของเลือด เกิดอาการบวมบริเวณเท้า ม้ามโต หลอดเลือดฝอยขยายตัวตามผิวหนัง หลอดเลือดเปราะและแข็งตัวและอาจมีการตกเลือดที่หลอดเลือดอาหารและริดสีดวงทวารได้

5. ผลต่อไต เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปจะมีการถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้น ทั้งนี้ เพราะว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ (Diuresis) ถ้าดื่มแอลกอฮอล์มาก Na^+ จะถูกขับออกมา ทำให้ Na^+ ในเลือดต่ำและมักจะขาด K^+ ด้วยนอกจากนี้แอลกอฮอล์อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypoglycemia) เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปสกัดกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจน

ในตับ แอลกอฮอล์ทำให้กรดแลคติกในเลือดสูงขึ้นและตกตะกอนตามส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไตและไตอักเสบตลอดจนข้ออักเสบ (Gout)

ผลของการดื่มสุราต่อครอบครัวและสังคม

ปัญหาการติดสุรานั้นเป็นปัญหาที่ทำลายมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ต่างจากยาเสพติดอื่นๆ ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ยังขยายขอบเขตเป็นปัญหาสังคมที่กระทบบุคคลในสังคม

1. ปัญหาทางด้านกำลังคน งานบางอย่างต้องอาศัยคนทำงานที่มีความสามารถพิเศษเฉพาะบุคคลและมีประสบการณ์ในงานนั้น ถ้าบุคคลติดสุราจะทำให้ขาดกำลังคนที่สำคัญนั้นไป และงานวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ติดสุราอยู่ในวัยทำงาน คือ มีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ในปี 2548 พบว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 35-49 ปีมากที่สุด ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่งในการสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันเนื่องจากการติดสุรา

2. ปัญหาทางด้านครอบครัวในผู้ที่ดื่มสุรา พบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) และค่านิยมทางสังคมในบางประเทศ เช่น ในประเทศไทย ยังให้ผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อครอบครัวในทุกด้านทำให้เกิดปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่นและขาดความสุขในครอบครัว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเด็กซึ่งเป็นบุตรของผู้ติดสุราได้รับการปฏิบัติจากผู้ปกครองที่ไม่ถูกต้อง มีแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี กลายเป็นปัญหาของสังคมต่อไป

3. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดสุราจะต้องเสียเงินในการซื้อสุรามาดื่มนอกจากไม่มีคุณค่าทางอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดโรคอื่นๆตามมาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนไม่น้อย นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยคนไทยใช้เงินในการซื้อสุรา เฉลี่ยครั้งละ 100 – 300 บาทหรือเฉลี่ยปีละ 4.68 หมื่นล้านบาท (กรมควบคุมโรค, 2547)

4. ปัญหาทางด้านอุบัติเหตุและความไม่สงบของสังคม เนื่องจากพิษของสุราจะมีผลทำให้ผู้ดื่มสุราสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ขาดความรับผิดชอบ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการทะเลาะวิวาทกันตลอดจนถึงการฆ่าตัวตาย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน จากรายงานการศึกษาของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ประจำปี 2547 สถิติพบว่า สุราเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของอุบัติเหตุบนท้องถนน

5. ปัญหาทางด้านจริยธรรม เนื่องจากผู้ติดสุราเรื้อรังจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำงานหรือไม่ทำงานทำให้ไม่มีเงินมาหาซื้อสุราเพื่อมาดื่มบำบัดความต้องการได้ จึงอาจทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงินโดยการจับปล้น ลักขโมยหรืออื่นๆ ที่ผิดกฎหมาย และนำความเดือดร้อนมาสู่สังคมโดยรวม

6. ปัญหาทางด้านอาชญากรรม ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณไม่มากนักคือมี Alcohol ในเลือด 6-5 mg % จะมีความรู้สึกกระตุ้นประสาทและการทำให้มีความกล้ามากขึ้น ความสามารถในการใช้วิจารณญาณถึงความถูกต้องของสังคมลดลง จนเป็นสาเหตุให้ผู้ดื่มสุราก็คิดลวนลาม คดีข่มขืน กระทำชำเราและก่ออาชญากรรมได้

จากการที่ผู้ดื่มสุราได้ดื่มต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนเป็นผู้ติดสุรา จะเห็นได้ว่ามีปัญหาและความรุนแรงเกิดขึ้นจากการดื่มสุราไม่เพียงแต่เป็นปัญหาเฉพาะบุคคล แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นลูกโซ่ส่งผลกระทบต่อเนื่องกันไปทั้งตัวผู้ดื่ม ครอบครัวและสังคมประเทศชาติ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ผู้ติดสุราตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และบางรายถูกญาตินำส่งเพื่อเข้ารับการรักษาให้เลิกหรือหยุดสุรา รวมทั้งการรักษาโรคแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจในสภาพของผู้ป่วยติดสุราที่ไม่สามารถเลิกหรือหยุดดื่มเองได้ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา

ภาวะติดสุรา ในปี ค.ศ.1950 องค์การอนามัยโลก(เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับภาวะติดสุราว่า เป็นความผิดปกติของการดื่มสุรามีลักษณะของการดื่มสุราอย่างมากและดื่มมานานเรื้อรัง จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม ต่อมาในปี ค.ศ.1960 สมาคมอายุรแพทย์อเมริกา (American Medical Association) ได้ให้นิยามภาวะติดสุราในฐานะเป็นโรคชนิดหนึ่ง คือ การติดสุราเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจและบทบาทหน้าที่ในสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานานๆ

เคลเลอร์ (Keller, 1991) กล่าวถึง ภาวะติดสุราว่า เป็นพฤติกรรมที่ดำเนินมานานแสดงออกด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆมากเกินไปจนกว่าจะถือเป็นอาหาร และมากเกินไปบุคคลในสังคมหรือในชุมชนนั้นๆจะทนกัน และเป็นปริมาณที่รบกวนต่อสุขภาพหรือสภาวะทางสังคมของคนดื่มและรบกวนต่อการประกอบอาชีพ

ในปี ค.ศ.1993 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของภาวะติดสุรา ว่าเป็นภาวะที่ต้องการหรือต้องพึ่งสุราเพื่อประคับประคองหรือช่วยให้ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ มีความต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อทำให้ความรู้สึกดีขึ้น หรือเพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ดี (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

สรุปได้ว่า ภาวะติดสุราเป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานานจนมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคมและเศรษฐกิจและต้องพึ่งสุราเพื่อประคับประคองให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้จึงมีผู้ติดสุราที่มีความต้องการเลิกหรือหยุดดื่มสุรา แต่ทำไม่ได้เนื่องจากมีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม เช่น มือสั่นมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน กระวนกระวาย ดังนั้นถ้าต้องการเลิกดื่มสุราจึงจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล ที่มีการรักษาเรื่องของผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งในประเทศไทยมีอยู่หลายแห่งตามโรงพยาบาลที่มีหน่วยรักษาเรื่องยาเสพติด โดยมีการกำหนดใช้มาตรฐานเดียวกัน

สำหรับมาตรการในการบำบัดรักษายาเสพติดและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย ปัจจุบันได้กำหนดเป็น 3 ระบบดังนี้ (ธงชัย, 2541)

1. การบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ (Voluntary system)
2. การบำบัดรักษาด้วยระบบต้องโทษ (Correctional system)
3. การบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด (Compulsory system)

แม้สุราเป็นสิ่งเสพติดที่เสพแล้วไม่ผิดกฎหมาย แต่จะส่งผลเสียต่อตัวผู้เสพเองบุคคลใกล้ชิดและสังคมเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณที่มากจนทำให้เกิดอาการความบกพร่องในระยะเวลา 12 เดือน ตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition; DSM – IV R ให้ความสำคัญของอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะดังต่อไปนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2544)

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลจากสารเสพติดมากเท่าเดิม
2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม เช่น มือสั่นมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน กระวนกระวาย
3. ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีการใช้สุราในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
4. หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม
5. มีความต้องการอยู่เสมอหรือพยายามเลิกหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ
6. การงาน การเรียน สังคม หรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต้องเสื่อมถอยลงหรือสูญเสียไป
7. ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาสุรา จะจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้เสพสุราและผู้ติดสุรา โดยแบ่งแยกได้ดังนี้

1. ผู้เสพสุรา (Drug Abuse) หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษามีลักษณะดังกล่าวข้างต้นน้อยกว่า 3 ข้อ

2. ผู้ติดสุรา (Drug dependence) หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษามีลักษณะดังกล่าวข้างต้นตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition ; DSM – IV R ที่ให้ความสำคัญของการติดตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปตามเกณฑ์ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

สำหรับในการคัดกรองผู้ป่วยติดสุราทางคลินิก โดยการใช้คำถามที่ได้ผ่านการศึกษามาแล้ว ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือทางคลินิกได้ ที่เรียกว่า CAGE มี 4 คำถาม หากผู้ป่วยตอบว่าใช่ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป จะพิจารณาว่าผู้ป่วยอาจเป็นผู้ป่วยติดสุราจริง ควรได้รับการประเมินละเอียดต่อไป คำถาม CAGE มีดังนี้

1. คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรหยุดดื่มสุราหรือไม่ (Cut down)
2. บุคคลอื่นเคยทำให้คุณรำคาญ โดยการวิพากษ์วิจารณ์การดื่มสุราของคุณหรือไม่ (Annoyed)
3. คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองหรือไม่ (Guilty)
4. คุณเคยดื่มสุราเป็นอันดับแรกในตอนเช้า เพื่อทำให้ระบบประสาทเป็นปกติหรือ

อาการส่วงเมาหรือไม่ (Eye opener)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา รัฐบาลได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาโดยระบบสมัครใจและยึดวิธีการรักษาที่เป็นหลักทั่วไป และในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราได้คำนึงถึงความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายตามสภาพของโรค และมีความต้องการแตกต่างกันไป ปัจจุบันการบำบัดรักษาประกอบด้วย การใช้ยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม การประยุกต์ปัจจัยทางด้านศาสนาหรือจิตวิญญาณเพื่อการบำบัดรักษา ซึ่งได้มีการพัฒนาศึกษาเพื่อให้เกิดความเหมาะสม

สถานพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ในปัจจุบันใช้ขั้นตอนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประกอบด้วย กระบวนการรักษา 4 ขั้นตอน ที่ใช้ทั้งการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยสุรา ซึ่งมีแนวทางการบำบัดรักษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะการเตรียมการก่อนรักษา (Pre - admission phase) เป็นระยะแรกของกระบวนการบำบัด เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อความร่วมมือในการบำบัดรักษาได้ครบระยะเวลาโดยต่อเนื่องและไม่ขาดตอน จะให้คำแนะนำถึงขั้นตอนในการบำบัดและให้กำลังใจในการเข้ารับการรักษา จากนั้นจะมีขั้นตอน การซักประวัติ ประเมินสภาพ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกาย เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยการรับประทานยาที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นจากสภาวะอาการขาดยาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื่มสุรา รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมๆ กันตามโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัด พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนในการบำบัด เสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษาและเลิกดื่มสุราได้ และญาติจะได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพร้อมกันด้วย หลังจากให้การบำบัดรักษาจนผู้ป่วยหายจากอาการขาดยา สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่พบว่าผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันธัญญารักษ์ได้ เนื่องจากมีปัญหาทางพยาธิสภาพของโรคทางกายหรือปัญหาด้านอื่นๆ แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและนัดติดตามการรักษาเป็นระยะต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) ใช้ระยะเวลา 4 เดือน การรักษาขั้นนี้ถือเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา โดยมุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรม รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ การดำเนินการจึงมุ่งเน้นการปรับแก้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้กระบวนการของกลุ่มบำบัด (group therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จิตบำบัด (psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ (skill) การหลีกเลี่ยงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง การเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขโดยไม่พึ่งพาสุราอีกต่อไป แต่มีผู้ป่วยติดสุราจำนวนน้อยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนมากจะกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรามีความพร้อม และเกิดพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราในการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันการติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการติดตามการรักษา (After treatment) เป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ถือว่าเป็นขั้นตอนสุดท้ายและเป็นขั้นที่สำคัญในการติดตามให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ และที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำเป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วย

ติดสุราที่หายแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพาสุราอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 - 5 ปี วิธีการติดตามหลังรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

1. วิธีโดยตรง เป็นการที่ผู้ติดตามการรักษาได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามและให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามวิธีโดยตรงนี้ มีหลายรูปแบบ คือ

นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งสะดวกในการดำเนินการติดตามแต่พบปัญหาว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัดบ่อยมาก

พบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้สามารถทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้าหรือไม่ได้นัดหมายทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคนและงบประมาณ

นัดพบกันครึ่งทางสำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัดพบครึ่งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า หรือวัด เป็นต้น

นัดผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะนายจ้างไม่ชอบให้มีการรบกวนเวลางานและผู้ป่วยเองไม่อยากจะมีส่วนร่วมงานที่ตนเองรับการรักษา การนัดแบบนี้จะมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพอิสระ

2. วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผลไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะพบกับนายจ้าง ครู ญาติแทน วิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้ง 2 ฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะนำทำได้ไม่สมบูรณ์และแบบสอบถามก็จะได้ไม่ได้รับการตอบกลับ

ในระยะติดตามการรักษานี้ พบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาและสามารถหยุดดื่มสุราได้แล้ว กลับไปติดซ้ำถึงร้อยละ 30 (สถาบันธัญญารักษ์, 2549) และได้กลับเข้ามารับการบำบัดรักษาใหม่โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยติดสุราเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้มีปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีกจนเกิดภาวะติดสุราซ้ำ ซึ่งจะกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุราซ้ำ ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุราซ้ำ

พฤติกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ดังนั้นผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราได้แล้วจึงมีโอกาที่จะกลับไปติดสุราซ้ำได้อีก ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากปัจจัยทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลที่นำไปสู่การดื่มสุราจนเกิดภาวะติดสุราได้ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางครอบครัว

1.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว ในการติดตามผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าส่วนใหญ่จะกลับไปติดซ้ำอีก เนื่องจากผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันกับครอบครัวเหมือนกับตอนก่อนเข้ามาบำบัด และมีปัญหาเดิมๆที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขรวมทั้ง

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มักพบเป็นปัญหามาจากครอบครัวแตกแยก บิดามารดา ทะเลาะวิวาทกัน (โสภา ขีลมันน์, 2547) โดยเฉพาะการได้รับความอบอุ่นที่ไม่สม่ำเสมอของครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูแบบไม่มีกฎเกณฑ์ ทนสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่มีการดูดำไม่ได้ ขาดที่พึ่งทางใจ ถูกทอดทิ้งจากคนในครอบครัว (บุญรัตน์ สดใส, 2545)

1.2 มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา ในขณะที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้แล้วจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความอยากสุราและไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก

2. ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1 ปัจจัยด้านกายภาพ เช่น อาการอยากยา (craving) ซึ่งเกิดจากการขาดยา (withdrawal) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท Dopamine ในสมอง จะคงอยู่เป็นเวลานานหลังจากหยุดยาแล้ว

2.2 การขาดแรงจูงใจหรือแรงสนับสนุนในการเลิกดื่มสุรา

2.3 มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอหรือไม่เข้มแข็งพอ และขาดความมั่นใจในตนเอง

2.4 มีสภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น ความกลัว ความโกรธ หงุดหงิด

3. อิทธิพลจากเพื่อน การดื่มสุราเพราะต้องเข้าสังคมมีสมาคมกับกลุ่มเพื่อน ดื่มในโอกาสพิเศษต่างๆ และเป็นค่านิยมที่มีต่อสุรา

4. สภาวะแวดล้อมทางสังคม เช่น บริเวณใกล้เคียงละแวกบ้านมีร้านจำหน่ายสุรา มีการค้าขายกันอย่างแพร่หลายเพราะเป็นสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย หาซื้อได้ง่าย มีการแข่งขันทางธุรกิจ มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเข้าถึงผู้บริโภค มีการจูงใจในรูปแบบต่างๆ ให้เกิดการอยากลอง อยากดื่ม

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยติดสุราที่สามารถเลิกดื่มสุราได้แล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจเป็นอย่างมากที่จะเลิกดื่มสุราอย่างถาวรและต้องปฏิบัติตามวิธีหรือแนวทางในการป้องกันการติดสุรา ซึ่งมีดังต่อไปนี้

การป้องกันการติดสุรา

ผู้ป่วยติดสุราเมื่อได้รับการรักษาจนสามารถเลิกดื่มสุราได้ มีจำนวนหนึ่งที่กลับไปดื่มสุราอีกจนทำให้สุขภาพทรุดโทรมและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยทั่วไปผู้ที่มีความตั้งใจสูงและมีวิธีจัดการกับปัญหาได้ดีจะสามารถเลิกดื่มสุราได้ด้วยตนเอง โอกาสที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำจึงมีน้อย แต่ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมจิตใจตนเองได้จะมีโอกาสกลับไปติดซ้ำได้สูง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ

ช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัว สำหรับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราด้วยตนเอง ได้มีผู้ศึกษาและรวบรวมแนวทางการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราไว้ดังนี้ (จันทนา สรณาคมน์, 2548)

การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราตามหลักพุทธศาสนา มีแนวทางดังนี้

1. ดำรงตนอยู่ในศีล ศีล คือ สิ่งที่เราควรละเว้น ถ้าสมათานศีล ด้วยเจตนาที่แน่วแน่ ตามหลักพุทธศาสนาแท้ๆจะเป็นอิสระจากการบังคับบัญชาของสุราทันที ฉะนั้นเพื่อสร้างความมั่นใจ ให้แก่ตนเองปลอดภัยจากสุรา ควรสมათานศีลทุกวันเพื่อให้ตกย่ำลงไปในชีวิตได้สำนึกจนกระทั่ง แปรสภาพเป็นลักษณะนิสัยที่เห็นพิษภัยของสุราแล้ว เลิก ละได้อย่างถาวร

2. มีจิตใจมั่นคงไม่หวั่นไหวต่อกิเลส จิตที่มีสมาธิมั่นคงไม่หวั่นไหวกับอารมณ์ต่างๆ ที่มากระทบแต่รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองจะมีสติคอยควบคุมตลอดเวลา ซึ่งเหมาะแก่การนำมาใช้ในการแก้ปัญหาทางกายและจิต เมื่อรู้สึกไม่ปกติทางจิตใจอย่ารีบด่วนดับความรู้สึกด้วยการดื่มสุรา จงดำรงสติให้มั่นโดยการปฏิบัติสมาธิแล้วเพิ่มพูนสติให้แก่ตนเอง เมื่อจิตใจสงบนำความสุขมาให้แก่ชีวิตได้จริงแล้วก็ไม่จำเป็นต้องใช้สุรามาเป็นปัจจัยแห่งความสุขอีกต่อไป สิ่งสำคัญของการหยุดดื่มสุราอยู่ที่ใจ ถ้าใจสงบเยือกเย็นแข็งแกร่งมั่นคงการหยุดดื่มสุราจะทำได้ง่าย

3. ใช้ปัญญาแยกแยะสิ่งให้คุณให้โทษ ปัญญา หมายถึง การรู้แจ้งประจักษ์ในสิ่งต่างๆ เช่น สามารถแยกคุณ แยกโทษออกมาได้ สิ่งใดเป็นโทษก็หลีกเลี่ยง ละ เลิก ไม่ปฏิบัติอีกต่อไป สิ่งใดมีคุณค่าก็ตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจัง เพิ่มพูนให้มีมากขึ้น การใช้ปัญญาในการลด ละ เลิกสุรา หมายถึง ใช้การรู้แจ้งประจักษ์มาเป็นเครื่องมือ เมื่อใดที่จิตใจอยากดื่มสุราให้ใช้ปัญญาพิจารณาถึงคุณโทษของสุรา หากพบว่าโทษมากกว่าคุณให้บอกตนเองว่ามีโทษมากกว่าแล้วตัดสินใจเลิกดื่มทันที หากยังมองเห็นคุณมากกว่าโทษต้องทบทวนหลายๆครั้งจนเห็นความจริงว่า สุรามีพิษต่อชีวิตไม่มีเหตุผลที่จะต้องดื่มสุราต่อไปอีก

นอกจากการปฏิบัติตามแนวทางพุทธศาสนา ยังมีการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอีก ดังนี้

1. การยอมรับว่าตนเองติดสุรา และยอมรับว่าการติดสุราเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นอันตรายถึงชีวิตและเกิดผลกระทบต่อบุคคลอื่น สังคม เศรษฐกิจตามมา ถ้าหยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาด ร่างกายจะกลับคืนสภาพสู่สภาพปกติและมีชีวิตในสังคมได้ปกติ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2. มีความตั้งใจที่แน่วแน่ในการเลิกดื่มสุรา เนื่องจากผู้ติดสุราที่ดื่มมานานหลายปี จะเลิกดื่มสุราได้ยาก เพราะเมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงจะมีอาการขาดสุรา เช่น ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ประสาทหลอน ชัก (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา และบุคลิกภาพของผู้ที่ติดสุราเองทำให้เลิกดื่มได้ยาก ดังนั้นผู้ติดสุราจะต้องมีความตั้งใจที่แน่วแน่มั่นคงในระหว่างการเลิกดื่มสุรา จึงจะประสบความสำเร็จ

3. สำรวจสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มสุรา ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ของ อารมณ์ ความเครียด ความรู้สึกเศร้า สถานที่ เพื่อนที่เคยดื่มสุราร่วมกัน และหาวิธีการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุให้ดื่มสุราอย่างเหมาะสม

4. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้ถูกต้อง อาจทำได้โดยหากิจกรรมใหม่ๆ ที่น่าสนใจทำในขณะที่รู้สึกเบื่อหน่ายทำตนเองให้ผ่อนคลายมากที่สุด เช่น การพักผ่อน การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย จะช่วยให้เกิดความสดชื่น ความพึงพอใจและมีความสุข

5. รู้จักวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เช่น การพูดคุยกับเพื่อนสนิท หรือผู้ที่ให้คำปรึกษาได้ หากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด

6. มีแนวทางเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญหาไม่ใช่อารมณ์ มีวิจารณญาณและแก้ปัญหาที่สาเหตุ (เมธินันท์ ภิญญชน, 2545)

7. สามารถปฏิเสธความรู้สึกของตนเอง และการชักชวนจากผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือเข้าไปในแหล่งที่มีสุรา

8. การบริหารจัดการ พิจารณาตนเองโดยสำรวจร่างกายและจิตใจในปัจจุบันว่า มีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้างและฝึกการทำจิตใจให้สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ก่อให้เกิดสติปัญญาระลึกได้ถึงโทษพิษภัยของสุราตลอดเวลา ฝึกการควบคุมอารมณ์ ความคิด จะลดความเสี่ยงของการดื่มสุราลงได้

9. การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรือกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม เพื่อให้ผู้ติดสุรามีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างเลิกดื่มสุรา เพื่อให้เกิดพลังใจในการดำเนินชีวิตและสามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

10. ควรพบแพทย์เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อไม่สามารถปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราได้ด้วยตนเอง (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันการติดสุราต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน และถ้าผู้ป่วยติดสุราไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จได้จากปัญหาหลายๆอย่าง ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราเพื่อให้ผู้ป่วยคงการเลิกดื่มสุราได้ถาวร ซึ่งจะได้กล่าวถึงความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราเพื่อป้องกันการติดซ้ำได้ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา

แนวคิดครอบครัว

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2541) ได้กล่าวว่า ครอบครัว เป็น "กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจและมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา"

อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ (2549) ให้ความหมายของครอบครัว คือ กลุ่มคนที่มารวมตัวกันด้วยความรัก ความปรารถนา ความเชื่ออาทรหรือความผูกพันทางสายเลือด โดยอาจมีกฎหมายรองรับหรือไม่ก็ได้ สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ที่กระทำต่อกันก่อให้เกิดวัฒนธรรมซึ่งขับเคลื่อนและพัฒนาชีวิตครอบครัวให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

Sherwen, Scoloveno, & Toussie (1995) ให้ความหมายของครอบครัว คือ ระบบสังคมเล็กๆ ที่สร้างโดยบุคคลแต่ละคนที่มีความสัมพันธ์กันโดยการแต่งงาน และจัดตั้งเป็นครอบครัวอย่างถาวรหรือกลุ่มของครอบครัว ซึ่งดำรงคงอยู่เป็นเวลามากกว่า 1 ปี มีสมาชิกที่อาจมาจากการเกิด การรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือการแต่งงานและจากไปเพียงแค่การตายเท่านั้น แม้แต่การหย่าร้าง การทอดทิ้งก็ไม่สามารถที่จะตัดบุคคลออกจากครอบครัวได้

สรุปได้ว่าครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบสายโลหิตหรือบุคคลที่มีความรักใคร่สมัครใจที่มาอยู่ร่วมกัน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามสถานภาพมีการพึ่งพิงกันทางเศรษฐกิจ มีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกทุกคน ซึ่งขับเคลื่อนและพัฒนาชีวิตครอบครัวให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่า ในปัจจุบันครอบครัวมีลักษณะที่หลากหลายมากกว่าแต่ก่อน สำหรับสังคมไทยได้มีการแบ่งประเภทครอบครัวตามลักษณะการดำรงชีวิต ได้แก่ (อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2549)

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ทั้งโดยสายเลือด และการรับมาเป็นบุตรบุญธรรม
2. ครอบครัวคู่สมรสที่ไม่มีบุตร (Childless couples) ประกอบด้วยสามีและภรรยาที่ไม่มีบุตรหรือบุตรแยกบ้านออกไปเพื่อเรียนหนังสือ หรือแยกออกไปสร้างครอบครัวใหม่ของตนเอง
3. ครอบครัวพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (One -parent) ประกอบด้วยลูกและพ่อหรือแม่ที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงลูกตามลำพังทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต หย่าร้างหรือแยกทางไปหรือแม่ที่เลี้ยงลูกนั้นเป็นแม่ที่ไม่ได้แต่งงาน

4. ครอบครัวอยู่ร่วมกัน (Cohabitation) ประกอบด้วยคู่ต่างเพศหรือเพศเดียวกันที่สมัครใจอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแต่ยังไม่ตกลงใจสร้างครอบครัว กฎหมายไม่รับรองความเป็นสามีภรรยาและรูปแบบนี้ยังรวมไปถึงผู้สูงอายุหลังเกษียณที่มาอยู่ร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือดูแลกันและกัน

5. ครอบครัวผสม (Reconstituted or blended family) ประกอบด้วยหญิงชายฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายเคยผ่านการครองคู่และมีบุตรมาก่อน มาสร้างครอบครัวใหม่มีลูกร่วมกัน และนำบุตรที่เกิดจากการครองคู่ครั้งก่อนมาอยู่ร่วมบ้านด้วย

6. ครอบครัวขยาย (Extended family) ประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือการแต่งงานมาอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 3 รุ่นขึ้นไป (ปู่ย่า ตายาย → พ่อแม่ → ลูก)

7. ครอบครัวเครือญาติ (Kin family) เป็นการรวมตัวของกลุ่มคนที่ไม่ได้ผูกพันทางสายเลือดเพียง 2 รุ่น (ลูกป้า น้าอา → พ่อแม่ → ลูก)

8. ครอบครัวกลุ่มเพื่อน (Kith family) เป็นการรวมตัวของกลุ่มคนที่ไม่ได้ผูกพันทางสายเลือดหรือรับเป็นบุตรบุญธรรมกันมาก่อน เช่น กลุ่มเพื่อนที่มาเช่าบ้านอยู่ด้วยกัน มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบภายในบ้านร่วมกัน

9. ครอบครัวก่อตั้ง (Family of procreation) มีการก่อตั้งเป็นครอบครัวขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง เช่น บ้านเด็กราชีณี บ้านคนชราบางแค

ครอบครัวมีลักษณะหลากหลายรูปแบบ โดยสรุปครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสถาบันที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ และได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจ จากสถิติพบว่า ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา มีรูปแบบครอบครัวที่พบมากที่สุดคือ ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก รองลงมา คือ ครอบครัวพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (One - parent) ประกอบด้วยลูกและพ่อหรือแม่ที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงลูกตามลำพัง (สถาบันธัญญารักษ์, 2548) แต่อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ของตนเองที่เหมาะสมจะทำให้การอยู่ร่วมกันในครอบครัวมีความสุข ดังนั้นความสำคัญของหน้าที่ของครอบครัวตามที่ สุพัตรา สุภาพ (2538) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. สร้างสมาชิกใหม่ (Reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่จำเป็นมากเพราะว่าสังคมจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่หายไป

2. บำบัดความต้องการทางเพศ (sexual gratification) เป็นลักษณะของการสมรส เป็นการลดปัญหาทางเพศ และเป็นวิธีหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมให้ความสัมพันธ์อยู่ในขอบเขต

3. เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม เป็นหน้าที่ที่สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก ครอบครัวจะเป็นสถานที่เลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่มีเจริญเติบโตโดยสมบูรณ์

4. ให้การขัดเกลาทางสังคม ครอบครัวจะเป็นแหล่งอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นหน่วยที่เตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยมแบบของความประพฤติที่ดี ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้

5. กำหนดสถานภาพทางสังคม บุคคลมีสถานภาพทางสังคมจากการมี ชื่อ สกุล ที่ทำให้รู้ว่าเป็นใคร อยู่กับคนกลุ่มไหน

6. ให้ความรักความอบอุ่น ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกจะได้รับความรักความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ให้ความคุ้มครองความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกทำให้สมาชิกมีพลังใจฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของ ฟรีดแมน (Friedman, 1992)กล่าวไว้ ดังนี้

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งของจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ร่วมทั้งการดูแลสุขภาพ และการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพมั่นคง เนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

3. หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรม สั่งสอนสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต

4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ต้องมีการจัดหารายได้ ด้านเศรษฐกิจและเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์ เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง

5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสาย หรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานหรือรับบุตรบุญธรรม

โดยสรุปหน้าที่ของครอบครัว คือ การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมในการดำรงไว้เพื่อความมั่นคงและอยู่รอดของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในครอบครัวได้ รวมถึงการสืบทอดเชื้อสาย การสั่งสอนจริยธรรมอบรมเลี้ยงดูให้สมาชิกในครอบครัวเติบโต คอยดูแลซึ่งกันและกันทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย สามารถพึ่งพากันได้อยู่ในสังคมโดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามสภาพทางสังคม

การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม มีความสำคัญในการช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาต่างๆไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพาสุราหรือยาเสพติด เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันการติดสุรา สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย พี่น้อง ลูกหลาน ต้องทำหน้าที่เป็นผู้เผชิญปัญหา เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตไปได้อย่างต่อเนื่อง (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) เพื่อให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความรักความอบอุ่นขึ้นในครอบครัว ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหรืออาจเป็นสมาชิกหลายคนที่จะช่วยกัน (May, 1993) การศึกษางานวิจัยของวัชร มีศิลป์ (2543) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบำบัดรักษา ในระยะถอนพิษยาของผู้ติดยาอื่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามระเบียบการบำบัดรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของเกเบิล (Gable, 1998) ได้ศึกษาการสร้างความตระหนักและป้องกันการใช้เหล้าและสารเสพติดอื่นๆ ในเยาวชนที่จะเข้าพิธีจุ่มในโบสถ์ศักดิ์แห่งเมืองนิวยอร์ก รัฐหลุยเซียนาพบว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมของเยาวชนต้องได้รับความร่วมมือโดยการสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชน ให้มองเห็นอันตรายของเหล้าและยาเสพติดต่างๆที่ทำลายและคุกคามเยาวชนเหล่านั้น

บทบาทของครอบครัวต่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ

เมื่อผู้ป่วยติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้แล้วมีโอกาสติดซ้ำได้ แต่การกลับไปติดสุราซ้ำเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ การติดซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่มีระดับของการที่บุคคลกลับไปเสพซ้ำ โดยที่แต่ละครั้งอาจจะไม่ได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้ไปดำเนินชีวิตแบบคนติดยาเสียทีเดียว จึงจำเป็นต้องป้องกันในระยะต่างๆที่เขามีโอกาสกลับไปเสพยาได้ ในที่นี้จะกล่าวถึงการป้องกันการติดซ้ำของยาเสพติดที่รวมถึงสุราด้วย ที่อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายของการป้องกันการติดซ้ำจะมากกว่าการช่วยเมื่อมีการพลาดหรือการติดซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆเท่านั้น แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยที่เลิกยาแล้วได้พัฒนาวิธีการต่างๆในการจัดการกับชีวิตตนเอง เพื่อปรับปรุงฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของเขาที่จะละเว้นการใช้ยาเสพติดตลอดไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำพบว่า มีรูปแบบของหลักการให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพซ้ำและลดพฤติกรรมการเสพซ้ำ (เซ็ง อ่างในทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2547) ดังนี้

1. การเข้าใจกระบวนการเสพซ้ำ การสอนหรือแนะนำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าใจถึงเร้า

ตัวกระตุ้นและสัญญาณที่จะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งอาจต้องมีการวางแผนการจัดการกับสัญญาณอันตรายต่างๆเหล่านี้ อย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งการพิจารณาสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมด้วย

2. การระบุปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การติดซ้ำ ผู้ใช้ยาเสพติดต้องได้รับการฝึกฝนให้ตรวจสอบ ค้นหา และระบุภาวะที่จะทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปติดซ้ำของตนเอง และสามารถซ้อมวิธีการแก้ปัญหาหาก่อนเพื่อให้อย่างมั่นใจว่าจะช่วยลดการกลับไปเสพติดซ้ำอีก

3. การบริหารจัดการกับอาการอยากยาเสพติดอย่างรุนแรง และสามารถระบุได้ว่าแรงผลักดันนั้นคืออะไร ผู้ใช้ยาเสพติดจะได้รับการฝึกฝนให้เรียนรู้การสืบค้นหาแรงผลักดันทั้งทางสรีระ จิตใจ และลักษณะอาการที่ต้องการจะใช้ยาเสพติด เพื่อหายุทธวิธีควบคุมให้ได้

4. การระบุภาวะกดดันจากสังคม และการฝึกฝนการบริหารจัดการกับภาวะนั้น ผู้ใช้ยาเสพติดรวมทั้งครอบครัว จะได้รับการฝึกฝนในการจัดการกับภาวะความกดดันที่เกิดขึ้น ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ผลักดันให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

5. การจัดการกับความเครียดหรือความโกรธ ผู้ใช้ยาเสพติดมักมีลักษณะอ่อนไหวง่าย เก็บกด ไม่ยอมรับรู้ภาวะอารมณ์ของตนเอง ไม่ยอมเผชิญความจริงแล้วหาทางแก้ไขข้อผิดพลาดของตนเองแต่จะปฏิเสธความจริง ไม่คิดหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มักจะพอใจเลือกวิธีง่ายๆโดยหาทางออกด้วยการใช้ยาเสพติด

6. ความเบื่อ การที่ผู้จะเลิกยาเสพติดที่ต้องเดินทางด้วยเส้นทางในการเลิกยาที่ยาวไกล เขาอาจเกิดความรู้สึกเบื่อและลดความอดทนที่จะต้องดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งจะมีผลที่จะเป็นเหตุให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก จึงควรมีการวางแผนใช้เวลาพักผ่อนอย่างสร้างสรรค์เพื่อลดความเบื่อในชีวิตประจำวันลง

7. การช่วยเหลือเมื่อผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปติดซ้ำ การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น ผู้จะเลิกยาเสพติดทุกคนจึงควรเตรียมตัวรับสถานการณ์นี้ไว้ให้ดี โดยการฝึกฝนวิธีการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมแทนการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

8. การวางแผนระยะยาวในการงดเสพสารเสพติด ผู้จะเลิกใช้ยาเสพติดต้องมีความตั้งใจเต็มที่และมีความรับผิดชอบต่อการพัฒนาตนเองในระยะยาว เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้คำปรึกษา

หลักการในการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรามีการพัฒนาทักษะต่างๆ ด้านความคิด การกระทำในการจัดการกับอุปสรรคและสิ่งขัดขวางความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้คงไว้ใน การเลิกเสพยาติดตลอดไป ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ว่าการติดซ้ำเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต
2. การรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เป็นโอกาสเสี่ยงของการกลับไปเสพติดซ้ำ สถานการณ์ต่างๆ ที่ทุกคนมักจะต้องเผชิญ เช่น มีเงินมาก หรือไม่มีเงิน ไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่างๆ ปัญหาในการทำงาน ส่วนสถานการณ์เฉพาะบุคคล เช่น สถานที่ – ที่ใดประเภทไหน เพื่อน - กลุ่มไหน คนไหน เป็นต้น
3. การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของตนเอง เช่น รู้สึกเบื่อ รู้สึกโกรธ เป็นต้น
4. การรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นโอกาสเสี่ยงของการกลับไปเสพติดซ้ำได้
5. การฝึกการเผชิญกับสถานการณ์และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นโอกาสเสี่ยงของการกลับไปเสพติดซ้ำที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น การพูดเตือนตนเอง การจัดการความรู้สึก การหยุดความคิด การทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น
6. ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยมีการเสริมแรงเมื่อเขาทำได้ ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความเชื่อมั่นที่จะทำต่อไป
7. ส่งเสริมให้มีการหาความสุขความเพลิดเพลินด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่มียาเสพติด เช่น ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนใหม่หากิจกรรมใหม่ๆ ทำที่น่าสนใจ และให้มีการวางแผนเป้าหมายชีวิต
8. แนะนำแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง หรือการพลาดไปใช้ยาเสพติด
9. การรับรู้ว่าการพลาดไปใช้ยาเพียงครั้งเดียว ยังไม่ใช่เป็นการกลับไปเสพติดซ้ำเลย เพราะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการกลับไปเสพติดซ้ำโดยสมบูรณ์ได้
10. ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้กลับไปติดซ้ำ และมีการวางแผนสำหรับการช่วยเหลือหากมีการกลับไปเสพติดซ้ำเกิดขึ้น

แนวทางในการป้องกันการติดซ้ำ ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านในการป้องกันการติดซ้ำภายหลังการจำหน่ายแต่สำหรับผู้ป่วยติดสุราภายหลังการจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจที่มีความบกพร่องด้านความจำ เข้าวินิจฉัยและการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยอาจดูแลตนเองในการป้องกันการกลับไปติดซ้ำได้ไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือดูแลและมีการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างถาวร จากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็น

บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมแนวทางการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อของ เชิง (เชิง อ่างในทิพาดี เอมะวรรณะ, 2547) และศึกษาเพิ่มเติมจากตำราเอกสารและคู่มือ กลุ่มฝึกทักษะ การป้องกันการกลับไปแพร่เชื้อและคู่มือกลุ่มครอบครัวศึกษา : ตามรูปแบบกาย-จิต - สังคมบำบัด (กรมการแพทย์, ม.ป.ป) ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบจิตเวช (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2545) นำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ ซึ่งครอบคลุมประเด็นดังนี้

1. ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น โรคตับ โรคกระเพาะอาหาร อาการซึมเศร้า อาการหวาดระแวง โดยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากยาหรือภาวะของโรคที่เป็นอยู่ แนะนำหรือจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ ดูแลให้พักผ่อนนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง กระตุ้นให้ออกกำลังกายตามความเหมาะสมและการพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

2. ด้านการฝึกทักษะในการจัดการกับสถานะความเสี่ยงสูง หรือการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นซึ่งครอบครัวต้องเรียนรู้ไปพร้อมกับผู้ป่วยและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ ดังนี้

- 2.1 มีวิธีการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่บางครั้งจำเป็นต้องเผชิญควรหาวิธีการเผชิญที่เหมาะสม เช่น เตือนตนเองให้นึกถึงโทษที่เกิดจากการดื่มสุรา เมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ควรรับประทานอาหารอื่นให้อิ่มหรือดื่มอย่างอื่นทดแทน เมื่อจำเป็นต้องดื่มควรดื่มอย่างฉลาดและดื่มในระดับที่ไม่เกิดปัญหา เป็นต้น

- 2.2 ฝึกการจัดการกับอาการอยากดื่มที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอเป็นครั้งคราว แม้จะหยุดยาเป็นเวลาแรมเดือนแล้วก็ตามเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราอีก ผู้ป่วยต้องยอมรับว่าตนจะมีอาการอยากดื่มไปอีกเวลานาน ซึ่งควรถือว่าเป็นเรื่องปกติที่ต้องคอยระวัง

การจัดการอาการอยากดื่ม คือ ควรเรียนรู้ถึงอาการและความรู้สึกอยากดื่มที่มีความแตกต่างกันไปของแต่ละคน บางคนจะมีความรู้สึกกระวนกระวายใจอยู่ไม่เป็นสุข หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย มีความทรมานเป็นอย่างยิ่งแต่บางคนมีความรู้สึกตรงกันข้าม คือ มีการเคลิบเคลิ้ม มีความสุขมีความสุขพอใจเหมือนกับเพิ่งเริ่มได้ฤทธิ์ยามาใหม่ๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเข้าใจว่าอาการอยากยาของตนเองเป็นอย่างไรอยู่นานไหมสิ่งใดทำให้อาการเพิ่มขึ้นหรือลดลง เพื่อจะได้หลบหลีกต้นเหตุของการเกิดอาการ ผู้ป่วยต้องเข้าใจว่าจะมีแรงกระตุ้นหรือสิ่งยั่วยุก่อนการเกิดอาการอยากยาเสมอ อาจเป็นสิ่งที่มาจากภายนอกร่างกาย เช่น มีเงินทองอยู่กับตัว เข้าไปในสถานที่ที่เคยดื่ม พบกับเพื่อนที่เคยดื่ม เป็นต้น หรือมาจากภายในร่างกายหรือจากจิตใจก็ได้ เช่น รู้สึกหิว นอนไม่

หลับ รู้สึกเบื่อ โกรธ ไม่พอใจ ฯลฯ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ให้ได้ว่าสิ่งกระตุ้นหรือยั่วยุตนเอง คือ อะไรบ้าง จะได้หลบหลีกได้ทันและเมื่อเกิดอาการอยากดื่มต้องหยุดความคิดทันที โดยใช้เทคนิคต่างๆตามความเหมาะสม

- การปรับตัวหรือเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ป่วยต้องหันเหไปทำกิจกรรมอื่นทันที เช่น ออกกำลังกาย เดินหนีจากสถานที่นั้นๆทันทีโดยการออกไปเดินเล่น ทำสวนรดน้ำต้นไม้ เข้าไปในสถานที่ที่ปลอดภัย เช่น ในโบสถ์ ในห้องสมุด เป็นต้น

- นึกถึงความหายนะจากการดื่มสุรา เมื่อเริ่มมีอาการอยากดื่มให้นึกถึงสิ่งเหล่านี้ทันที ควรบันทึกไว้ในแผ่นกระดาษหรือในสมุดพกว่า สิ่งหายนะเหล่านี้ได้แก่อะไรอาจจะเก็บรูปภาพของสิ่งหายนะเหล่านี้ติดตัวไว้จะได้เตือนความจำ

- สามารถพูดคุยกับบุคคลที่เข้าใจและยินดีช่วยเหลือ จะได้ผลในการดับอาการอยากดื่มได้เป็นอย่างดี บุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญที่จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้

- ใช้สติปัญญา พึ่งพิงการศึกษาลักษณะของอาการอยากดื่มว่ามันเป็นอนัตตา คือ มีเกิดและมีดับจะไม่ยึดถือมัน

2.3 ถ้าเกิดความพลาดพลั้งกลับไปดื่มจนติดใหม่ ต้องเรียนรู้ว่าเป็นเพราะอะไร จะได้กลับไปปรับปรุงวิธีการจัดการกับอาการอยากดื่มเสียใหม่ เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นอีก

3. ด้านการวางแผนจัดระเบียบชีวิตใหม่ ครอบครัวยุติการสนับสนุนและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

3.1 ผู้ติดสุรา ชีวิตจะตกอยู่ในวังวนของการดื่มสุราไม่มีความสนใจในสิ่งอื่นๆ ชีวิตจึงตกต่ำ เสียหาย ไม่เป็นระเบียบ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องจัดระเบียบชีวิตใหม่ โดยบริหารเวลาให้เป็นและให้มีประสิทธิภาพ กำหนดตารางเวลาสำหรับกิจกรรมทั้งหลายให้แน่นอน แบ่งเวลาสำหรับตนเอง การงาน ครอบครัวยุติการสนับสนุนและการบำบัดรักษาให้เป็นสัดส่วน

3.2 รักษาสุขภาพกาย โดยกินอาหารที่เป็นประโยชน์วันละ 3 มื้อ มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ออกกำลังกายทุกวันอย่างน้อยวันละครึ่งชั่วโมง นอนให้เป็นเวลาไม่อยู่ดีหรืออดนอนและตรวจสุขภาพตามที่แพทย์กำหนดไว้

3.3 รักษาสุขภาพทางใจ โดยยึดมั่นในศาสนาแต่ไม่ใช้อย่างงมงาย ช่วยเหลือบุคคลอื่นทุกครั้งที่มีโอกาส ฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ขุ่นมัวที่ไม่พึงประสงค์ ฝึกการผ่อนคลายความเครียด ฝึกการทำสมาธิ

3.4 ปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัว โดยมอบหมายให้มีการรับผิดชอบหน้าที่

ของตนเองในครอบครัว ฝึกให้มีการรู้จักรับฟังความคิดเห็นและรับรู้ในความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ถ้ามีข้อขัดแย้งหรือมีความเห็นไม่ตรงกันให้ยอมรับเสียงส่วนใหญ่ของครอบครัวเป็นหลัก มีการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัวเสมอ มีการบอกให้รับรู้ผลเสียหายต่อครอบครัวจากการดื่มสุราของผู้ป่วยและมุ่งมั่นที่จะไม่ให้เกิดขึ้นอีก มีส่วนในการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวทุกอย่างตามความเหมาะสม

1.5 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่การงานของตนเองให้ดีที่สุด

1.6 ช่วยผู้ป่วยในการจัดหางานอดิเรกทำเพื่อใช้เวลาว่างที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ เพราะเวลาว่างมักเป็นอุปสรรคต่อการหยุดดื่มสุรา ถ้ายังมีเวลาว่างเหลืออยู่ให้ใช้เวลาเหล่านั้นกับกิจกรรมภายในครอบครัว

1.7 ให้อ่านหนังสือในสังคม ควรเลือกคบเพื่อนที่ไม่ดื่มสุราและเลิกคบเพื่อนที่เคยดื่มสุราด้วยกัน

4. ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือและแนะนำวิธีที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยดังนี้

4.1 สามารถประเมินได้ว่ากำลังจะมีอารมณ์โกรธ หรือเกิดความเครียดขึ้นพร้อมหาสาเหตุที่ทำให้เกิด

4.2 มีวิธีการจัดการอารมณ์โกรธ และความเครียดโดยการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธี การทำสมาธิ วิธีพักผ่อนจิตนาการถึงสิ่งที่มีความสุขที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการบอกเล่าหรือปรึกษาผู้อื่นเป็นการระบายความเครียดออกไป ส่วนการจัดการอารมณ์โกรธ เช่น เปลี่ยนความคิดโดยการมองปัญหาในด้านบวก หนีออกจากสถานการณ์นั้นไปก่อนชั่วคราว การหากิจกรรมอื่นทดแทน เช่น ดูหนังฟังเพลง ออกกำลังกาย เลิกทำงานที่ใช้แรง หรือการระบายอารมณ์ด้วยการชกต่อยเป้าสมมุติ กระแทบเป้าแทน ฯลฯ

5. ด้านการฝึกทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา การลดโอกาสเสี่ยงและการรู้จักปฏิเสธการดื่มสุรา เมื่อมีผู้ชักชวนบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิเสธได้ ทั้งนี้เพราะมีภาวะสองจิตสองใจต่อการหยุดดื่มสุรา ดังนั้นการฝึกทักษะการปฏิเสธ ครอบครัวควรให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ได้แก่

1.1 ช่วยในการประเมินถึงแหล่งที่มีการจำหน่ายสุราหรือมีการดื่มสุรา การแสวงหาสุรา งดการซื้อสุราของผู้ป่วยโดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และโทษที่ผู้ป่วยจะได้รับถ้าไม่กลับไปดื่มสุราอีก เช่น ผู้ป่วยจะไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา ผู้ป่วยจะมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นเมื่อไม่กลับไปดื่มสุราอีก ผู้ป่วยจะมีเงินไปใช้ทำสิ่งอื่นที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

1.2 ช่วยในการฝึกทักษะการพูดตอบปฏิเสธ ให้ปฏิเสธทันทีเมื่อมีผู้มาชักชวน ไม่แสดงท่าทีไม่แน่ใจหรือเกรงกลัวตอบปฏิเสธอย่างแข็งขัน ด้วยท่าทางคำพูดและน้ำเสียงเพื่อแสดงความตั้งใจอย่างชัดเจนที่จะปฏิเสธหรือชักชวนกลับให้มาเลิกดื่มสุราร่วมกัน ควรใช้ความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผล เพราะการใช้เหตุผลอย่างเดียวมักจะถูกโต้แย้งการอ้างความรู้สึกจะทำให้โต้แย้งได้ยากขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิเสธได้สำเร็จควรขอบคุณให้กำลังใจและชื่นชมทันที

6. ด้านการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุของการนำไปสู่การติดซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมโดยสมาชิกในครอบครัวคอยให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

- ต้องระบุ ให้แน่ชัดว่าประเด็นปัญหาคืออะไร
- หาทางแก้ปัญหา นึกถึงทางแก้ทุกอย่างไม่ว่าจะมีเหตุผลหรือไม่
- วิเคราะห์ถึงข้อดี ข้อเสียของทางแก้ปัญหาแต่ละอย่าง
- เลือกทางแก้ปัญหาที่ดีที่สุดและดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก
- ประเมินผลของการตัดสินใจเพื่อปรับปรุงแก้ไขแต่ไม่เสียใจกับการตัดสินใจที่

ผ่านมา

เมื่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่เกิดการปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำสูง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่มีรูปแบบโปรแกรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

รูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Mental Health Education) เป็นกระบวนการสื่อสาร ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยมีกลวิธีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง นำมากำหนดกิจกรรมของโปรแกรมภายใต้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ พร้อมทั้งสามารถวัดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมได้ (พิทักษ์พล บุญยมาลิก, 2548) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำมาประยุกต์ใช้

ในการส่งเสริม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุรา เพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ โดยมีการประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับระดับความต้องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ ให้ทราบถึงแนวคิดเกี่ยวกับปัญหาการติดสุราและระดับความต้องการที่รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการติดสุราซ้ำจากสมาชิกในครอบครัว ที่นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริม ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ โดยนำกระบวนการสุศึกษาใช้ในการดำเนินกิจกรรมและนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ มาใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ หมายถึง ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะ มีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วความเชื่อในสิ่งนั้นๆมักจะทำให้เขาปฏิบัติ หรือกระทำในสิ่งต่างๆที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน จึงอาจกล่าวได้ว่า ความเชื่อมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต, 2534) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา ความรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนามาจากนักจิตวิทยากลุ่มพัฒนาสังคม ที่ทำงานเกี่ยวกับ การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, Stephen Kegeles, Haward Leventhal และ Irwin M. Rosenstock โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยมี Irwin M. Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปอธิบายและเผยแพร่ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่า บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้ประกอบด้วยบริเวณที่เป็นประจุลบและบริเวณที่เป็นประจุบวกและบริเวณประจุที่เป็นกลาง ความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคที่เกิดขึ้นจะถูกกำหนดให้อยู่ในบริเวณที่เป็นประจุลบ ซึ่งจะมีแรงผลักดันออกจากบริเวณนี้ตลอดเวลา ในขณะที่พฤติกรรมหรือกิจกรรมของบุคคลจะถูกดึงดูดเข้าสู่บริเวณแรงด้านบวก จากแนวคิดดังกล่าว สามารถอธิบายถึงการตัดสินใจกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคล

จะกระทำหรือเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา จากแนวความคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง Rosenstock (1974) นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล กล่าวคือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าคุณสมบัติที่เกิเกิดขึ้นนั้นน้อยมีความรุนแรงในระดับปานกลางต่อการดำรงชีวิต และรับรู้ว่าคุณสมบัติสุขภาพนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และไม่เกิดอุปสรรคด้านจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความอับอาย ความสะดวกสบาย เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาทดลองใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้นำมาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) พฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เพื่อแสวงหาแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

ต่อมา เบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะรับรู้ว่าคุณสมบัติตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บางคนยอมรับว่าคุณสมบัติตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของความเจ็บป่วยได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ

- ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่มีอาการของโรครุนแรงถ้าไม่ไว้วางใจแพทย์หรือการวินิจฉัยของแพทย์หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์และทำให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบิดเบือนไป

- การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง หรือการกลับเป็นโรคซ้ำจากการที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าคุณสมบัติตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำอีก

- ความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของโรคสูงจะมีความรู้สึกรู้สึกว่าโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ มีมากขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ถึงแม้ว่าคุณสมบัติบุคคลจะรับรู้ว่าคุณสมบัติตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรครวมถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งการรับรู้ถึง

ความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อ รับรู้ว่าโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิตเกิดความพิการหรือเจ็บป่วยและมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมครัวและสัมพันธภาพในสังคม การรับรู้ภาวะคุกคาม (perceived Threat) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคว่ามามากน้อยเพียงใด

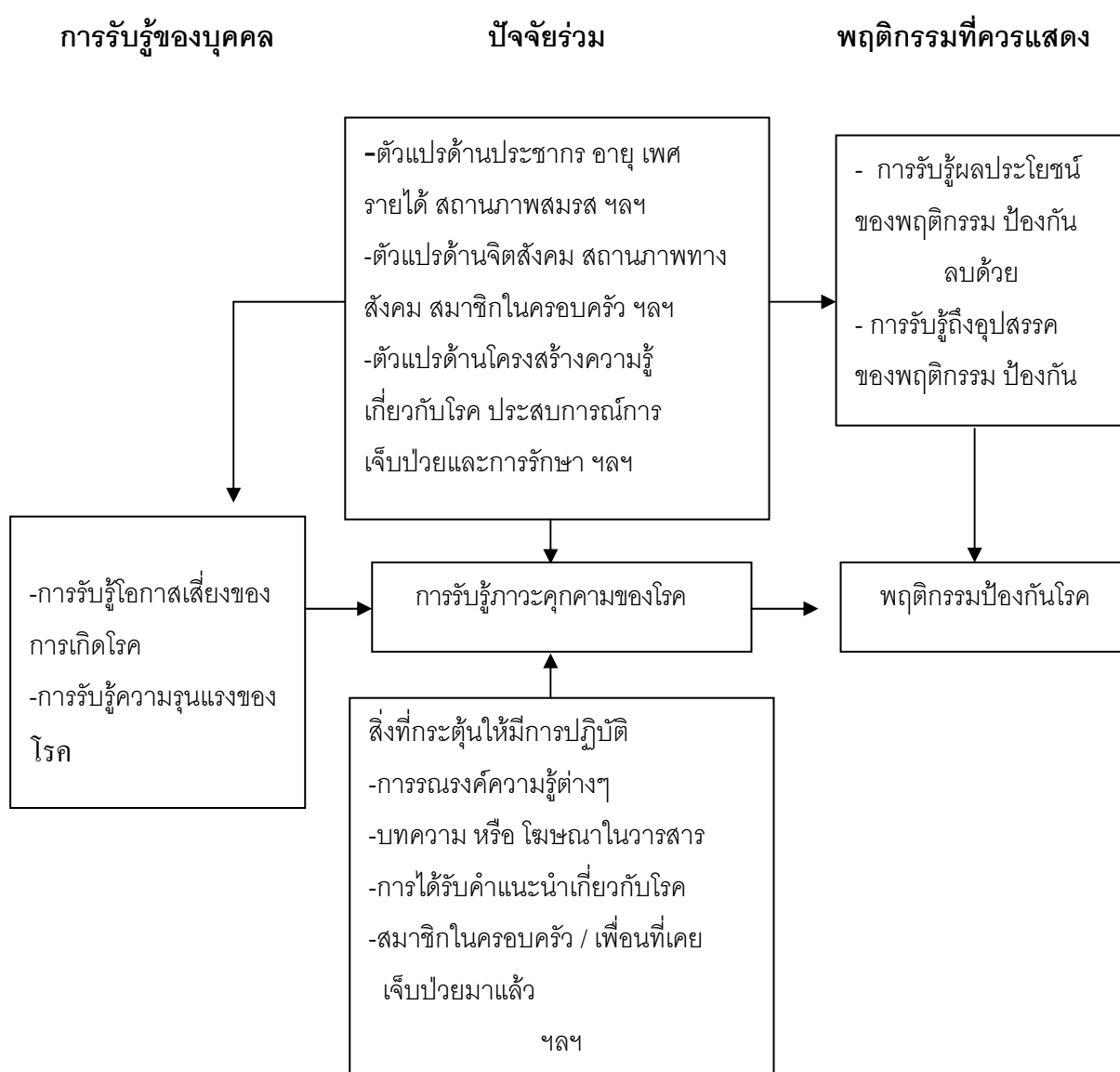
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits) บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเป็นโรคได้ นั่นคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นลดภาวะคุกคามของโรค

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นลดภาวะคุกคามของโรค แต่ในขณะเดียวกันถ้าการปฏิบัตินั้นอาจทำให้เกิดผลในด้านลบ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่สบาย ได้รับความเจ็บปวด เสียเวลา ทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมากและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีน้อยก็จะเกิดการปฏิบัติตามมา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติน้อยและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีมาก นั่นหมายถึงเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดขึ้น ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้านั้นทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง อาการของโรคความเจ็บป่วย ส่วนสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรณรงค์ความรู้ต่างๆบทความหรือโฆษณาในวารสาร การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาแล้ว เป็นต้น เมื่อบุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆให้เกิดความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำมากน้อยเพียงใดโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ฯลฯ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม สมาชิกในครอบครัว ฯลฯ และปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา

จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่จะกระทำในสิ่งที่ตนเองคาดว่าเป็นผลดี และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ปรารถนา มีหลายองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ตามภาพประกอบที่ 2.1 ดังแสดงลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ



ภาพประกอบที่ 2.1 ความสัมพันธ์ของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา : Becker, M.H., & Maiman, L.A.(1975). *Social behavior determinants of compliance with health and medical care recommendation*. Medical Care. 18(1) 10 -24

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งคาดหวังว่าจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำมากขึ้น โดยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรารับรู้ถึงองค์ประกอบในด้านต่างๆ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดสุราซ้ำ (perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจ ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดสุราซ้ำ เช่น ภาวะอารมณ์ที่หงุดหงิด เบื่อ ซึมเศร้า มีการจำหน่ายสุราอยู่ทั่วไปหาซื้อได้ง่าย การคบเพื่อนกลุ่มเดิมที่ติดสุรา ที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีโอกาสกลับไปดื่มสุราจนเกิดการติดสุราซ้ำได้ ถ้าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราที่มีการรับรู้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงของการกลับไปติดซ้ำสูงและทราบว่ามีอะไรบางอย่างที่เป็นโอกาสเสี่ยงของการกลับไปติดซ้ำ น่าจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราที่มีพฤติกรรมช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการติดซ้ำมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al.1975) ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่ตัวบุคคลนั้นๆเอง หรือบุคคลอื่นที่บุคคลนั้นดูแลรับผิดชอบอยู่ จะเกิดการเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงจะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันการสูง และจากการศึกษาของวัชรีย์ แจ่มกระจ่าง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้เสพสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้เสพสารเสพติด

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา (perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสุราเกี่ยวกับการเกิดโรคจากการดื่มสุรา อันตรายและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อนผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ กล่าวคือ ภาวะโรคจะมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนแอ อาจเกิดความเจ็บปวด พิการ์หรือเสียชีวิตได้ และมีผลกระทบต่อนสัมพันธภาพของครอบครัว ความสามารถในการทำงานและฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสุรารับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงสูงที่ทำให้ติดสุราและจะเกิดผลเสียขึ้นดังกล่าวน่าจะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสุราเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี ทรัพย์ธนสมบูรณ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเสพติดต่างกัน จะมีพฤติกรรมป้องกันการเสพติดแตกต่างกัน

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสุราเกี่ยวกับประโยชน์ หรือผลดีที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ เช่น การให้กำลังใจและคอยเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา จะทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจต่อการเลิกดื่มสุราและสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้เหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งพาสุราและทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรักความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น ถ้าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรารับรู้ถึงผลดีที่เกิดขึ้นดังกล่าว และเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นการกระทำที่ดี และมีประโยชน์จึงตัดสินใจที่จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดสุราซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อามรณ์ วิเชียร (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันการติดยาเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนรัตนานิเบศร์พบว่า การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนถูกต้องในการป้องกันยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) ในการป้องกันการติดสุราซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสุราเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ เช่น รับรู้ว่าการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดจะต้องเสียค่าใช้จ่าย ครอบครัวไม่มีเวลาให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา มีสุราจำหน่ายอยู่ใกล้บ้านหาซื้อได้ง่าย ถ้าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรารับรู้วิธีการจัดการกับอุปสรรคและสามารถจัดการกับอุปสรรคนั้นได้ จะทำให้เกิดความพร้อมและมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำมากขึ้น

5. แรงจูงใจในการปฏิบัติ (Health motivation) ในการป้องกันการติดสุราซ้ำ หมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์ในแต่ละบุคคล ที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ เช่น การรับรู้ในการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง การเห็นผลดีและมีประโยชน์จากการป้องกันการติดซ้ำ จะทำให้ครอบครัวมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของผลจากการกลับไปเสพติดซ้ำ ครอบครัวจะมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โยและรูท (Yeo & Ruth, 2001) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งจูงใจให้หยุดดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่มีผลช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำมาน้อยเพียงใด ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม เช่น ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว ในการศึกษาเรื่อง เพศ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านร่างกาย และจิตใจอาจทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยมหรือทัศนคติ ส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ จากการศึกษาของ ธวัช แซ่กั้ง (2547) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับการปรับตัวของผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบผู้ป่วยนอก กาย-จิต - สังคมบำบัดพบว่า เพศหญิงให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาโดยมาร่วมกิจกรรมบำบัดรักษา มากกว่าเพศชายส่วนการศึกษาของ นันธนา อินพรหม (2548) ได้ศึกษาถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานีพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชาย มีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยยาเสพติดเพศหญิงและในการศึกษาพบว่า อายุซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองกล่าวคือบุคคลมีอายุมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองและในด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำได้ดีกว่าเด็ก ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุและจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจะส่งผลให้การปฏิบัติในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน(Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอล เวนย์ และเนลสัน (Hall, W., & Nelson, J., 1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาในวัยผู้ใหญ่ชาวออสเตรเลียพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งในวัยรุ่นจะมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่จึงทำให้การใช้กัญชาในช่วงวัยรุ่นมีมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1982) ที่กล่าวถึงเกี่ยวกับระดับการศึกษา ว่าการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะการศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสาร มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆที่มีอยู่ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อยและการศึกษาของ จำเนียร เรืองมาก(2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยสุราที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง

ของผู้ป่วยสุราที่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่วนด้านสถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งที่เป็น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ต่างมีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการให้ความช่วยเหลือ จากการศึกษา ของ วชิราภรณ์ ศรีเบญจกุล (2543) พบว่าปัจจัยความรักความอบอุ่น ด้านการดูแลเอาใจใส่ของ บิดามารดามีส่วนสำคัญต่อการเสพยาบ้า การป้องกันปัญหาการเสพยาบ้าของวัยรุ่นควรเน้นที่ ครอบครัวมากกว่าสิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า การศึกษาของสำเนา มากแบน (2542) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว และการปฏิบัติของ ครอบครัวกับลักษณะการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รัตนารักษ์ พบว่า รายได้ของครอบครัวและระดับการศึกษาของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับ ลักษณะการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ส่วนการศึกษาของจินตนา เทพดินินทร์ (2548) ศึกษาการทำ หน้าที่ของครอบครัวกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่นพบว่า ครอบครัวของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีรายได้ ของครอบครัวแตกต่างกัน มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ไขปัญหาร่วมกันในครอบครัวที่ แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือ แก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อป้องกันการติดยา โดยการรับรู้ตามองค์ประกอบแต่ละด้านที่เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม ดังนั้นการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรมีการประเมินระดับความต้องการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพเพื่อการป้องกันการติดยาของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานใน การจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

การประเมินความต้องการของครอบครัว (Needs Assessment)

การประเมินความต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดยา เพื่อทราบถึงความต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการติดยาของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรามีอย่างน้อยเพียงใด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการรับรู้ความ เชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการ และนำผลที่ได้จากการประเมินนี้ไปใช้เป็น เกณฑ์คัดเข้าของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยนำสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยติดสุราที่มีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดยา มา เข้าร่วมกิจกรรม โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่มีความต้องการและมีปัญหาที่ เหมือนหรือคล้ายกัน

การมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เป็นกลวิธีในพัฒนาของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุรา โดยการนำสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรามีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อและมีปัญหาล้ำคลั่งกัน คือ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราในการป้องกันการติดเชื้อภายหลังการรักษา ดังนั้นจึงใช้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรามาเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดกระบวนการทางสุขภาพจิตศึกษา โดยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ พุดคุยแสดงความคิดเห็น และตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราในการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดกระบวนการสุขภาพจิตศึกษา

กระบวนการทางสุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีการทางการศึกษาอย่างหนึ่งซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้นำมาใช้อย่างกว้างขวาง เพราะจะทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ เกิดเจตคติและการปฏิบัติไปพร้อมๆกัน ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพตามที่ต้องการ โดยที่บุคคลจะเกิดความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง

วิธีการทางสุขภาพจิตศึกษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะสำหรับแต่ละเรื่องและกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นในการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตศึกษาจึงต้องเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเรื่องราวที่ต้องการให้รู้ ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการทางสุขภาพจิตศึกษาหลายวิธีที่นิยมใช้ (บุญยงค์ เกียวการค้า, 2540) ได้แก่

1. วิธีการทางสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล คือ การให้สุขภาพจิตเฉพาะบุคคล โดยพิจารณาเรื่องที่เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ ได้แก่ การถาม - ตอบ การบรรยาย การสาธิต และการให้คำปรึกษา
2. วิธีการทางสุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่ม คือการให้สุขภาพจิตกับบุคคลที่รวมกลุ่มกัน และมีความใกล้เคียงในเรื่องของปัญหา ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม บรรยาย การสาธิต สัมมนาและนิทรรศการ
3. วิธีการทางสุขภาพจิตศึกษาชุมชน คือ การให้สุขภาพจิตนอกกระบวน เป็นการอาศัยความร่วมมือของสมาชิก ได้แก่ การจัดและเตรียมชุมชน การบรรยายชุมชน การฝึกอบรม การใช้ต้นแบบ

4. วิธีการทางสุขศึกษามวลชน คือ การให้สุขศึกษาโดยผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิชิตูโทรทัศน์ หนังสือหรือสิ่งตีพิมพ์รูปเล่ม เช่น ตำรา วารสาร เป็นต้น

การใช้วิธีการทางสุขศึกษา มีดังนี้

1. ผู้จัดกิจกรรมจะต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องที่จัดกิจกรรมสุขศึกษา
2. กลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องเลือกวิธีการทางสุขศึกษาให้สอดคล้องกับขนาดของกลุ่มระดับสติปัญญา ระดับการศึกษา ประสบการณ์เดิม อายุ สังคมแวดล้อม ศาสนาและวัฒนธรรม
3. วัตถุประสงค์ของกิจกรรมสุขศึกษา ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมให้ชัดเจนว่า ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นไหน ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติและการปฏิบัติ

4. เนื้อหาในแต่ละเรื่องจะมีเนื้อหาที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะ ซึ่งจะใช้วิธีการทางสุขศึกษาไม่เหมือนกัน เช่น วิธีการทำอาหาร จะใช้การบรรยายและการสาธิต

ประภาเพ็ญ (2537) กล่าวว่า วิธีการทางสุขศึกษาที่ดีที่สุดใช้วิธีเดียวไม่ได้ แต่ควรจะใช้หลายๆ วิธีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และสิ่งแวดล้อม ในการถ่ายทอดความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงเนื้อหาของการสอนสุขศึกษาที่เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น และสามารถประยุกต์สิ่งที่ได้รับในการแก้ปัญหาของเขาได้ด้วยตนเอง มองเห็นประโยชน์ของสิ่งนั้นซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้

การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) หรือการประชุมกลุ่ม เป็นวิธีการทางสุขศึกษาที่นำมาใช้อย่างมากในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เป็นวิธีการที่ดีวิธีหนึ่ง ที่สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ทางคำพูด (Oral change of idea) ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายในรูปธรรม และนามธรรมช่วยให้กลุ่มได้แสวงหาข้อเท็จจริงแปลความหมายของข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจตัวเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นการอภิปรายกลุ่มไม่ใช่เป็นการพูด (Talking) เท่านั้นหรือไม่ใช่การรายงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้กับกลุ่ม ส่วนการตัดสินใจของกลุ่มไม่ใช่การยัดเยียดข้างมากหรือการโหวต แต่เป็นการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผลของข้อเท็จจริง ความถูกต้องและความเหมาะสมยึดหลักประชาธิปไตยให้อิสระในการแสดงออกความคิดเห็นเต็มที่ สมาชิกต่างให้ความร่วมมือในการค้นหาทางแก้ปัญหาที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากกว่าจะพูดถึงข้อเท็จจริงอย่างเดียว ถ้าความคิดของกลุ่มดี (Good group thinking) คุณภาพของกลุ่มจะดีเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของสมาชิกในกลุ่มด้วยการประชุมกลุ่มหรือการอภิปรายกลุ่ม ช่วยให้ฝึกฝนให้ผู้เรียนได้ปรับตัวเข้ากับคนอื่น ๆ เข้ากับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม (Social situation) ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน งานบางอย่าง

ไม่สามารถทำตามลำพังได้หรือทำได้แต่ไม่ได้ผลดีแต่จะได้รับความสำเร็จถ้าทำโดยกลุ่ม ซึ่งเป็นการใช้เวลาอย่างฉลาดและมีคุณค่า การประชุมกลุ่มเหมาะสำหรับสมาชิกจำนวนน้อยประมาณ 10 – 12 คน ถ้าสมาชิกจำนวนมากทำให้ไม่มีโอกาสได้อภิปรายได้เต็มที่ สมาชิกมากเกินไปอาจจะทำให้เกิดการผูกขาดการพูดสมาชิกอาจแบ่งแยกเป็นกลุ่มย่อย ความคิดเห็นแตกแยกกัน

การประชุมกลุ่มหรือการอภิปรายกลุ่มที่นำมาใช้ในงานสุขศึกษาพบว่า ได้ผลดีเป็นที่นิยมกันมาก สามารถจะใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษาทุกระดับอายุเพราะเป็นอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัวหรือคำตอบที่แน่นอน การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาการไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่มุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดความเหมาะสม อิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวร คือ การให้สุขศึกษากับบุคคลที่รวมกลุ่มกันและมีความใกล้ชิดในเรื่องของปัญหา ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการทางสุขศึกษา คือ การอภิปรายกลุ่ม มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ความคิดเห็น และตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติและมีการอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้วิจัยตามประเด็นต่างๆ เพื่อทบทวนความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกันมากขึ้นและการที่สมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม จะได้รับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อและนำไปสู่การตัดสินใจในการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมได้