

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มและสารเสพติดชนิดหนึ่ง ซึ่งหมายรวมถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี และเหล้าขาว (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) สารเคมีในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผู้ดื่มรู้สึกผ่อนคลาย สนุกสนานในระยะแรก และหากมีการดื่มเป็นประจำ จะทำให้เป็นโรคติดสุรา (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2549) ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาเรื้อรังปัญหาหนึ่ง ที่ควรได้รับการแก้ไขเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย จึงมีการดื่มแพร่หลายในทุกเพศ ทุกวัย (ชนิตา บุญญาภาส, 2547) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมากมาย (World Health Organization [WHO], 2004) แม้ว่าองค์กรและคณะทำงานต่างๆ ได้พยายามเคลื่อนไหว รณรงค์ชี้โทษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแง่มุมต่างๆ แต่ปริมาณการผลิตและจำนวนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ยังคงเพิ่มขึ้น (จรรยา สุทธิญาโน, ม.ป.ป.) การที่มีความผิดปกติจากพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) เป็นสาเหตุให้ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 1.40 ของอัตราการเกิดโรคทางกายและทางจิตที่เกิดขึ้นทุกชนิดในโลกและยังพบว่าประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ถึงร้อยละ 1.70 (WHO, 2003 a) และจากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2547 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดอัตราการตายปีละ 1.80 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

จากการสำรวจสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2546 ประชากรวัยทำงานมากกว่าร้อยละ 50 บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 20 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยจนอาจเกิดอันตรายขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548) และยังพบว่าคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 0.26 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2504 เป็น 8.47 ลิตร ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งหากแยกประเภทแล้วคนไทยบริโภคสุรากลั่น (spirit) มากกว่าเบียร์และไวน์ โดยบริโภคสุรากลั่น 7.13 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี จัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของโลก บริโภคเบียร์ 1.31 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี จัดอยู่ในอันดับที่ 85 ของโลก และบริโภคไวน์ 0.04 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี จัดอยู่ในอันดับที่ 124 ของโลก

(บัณฑิต ศรไพศาล, 2549 ก) ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยสร้างภาระโรคให้เพิ่มสูงขึ้น และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยนิยมบริโภคมากที่สุด คือ สุรา และจากการศึกษาดังกล่าวยังพบว่าเพศชายดื่มร้อยละ 55.50 เพศหญิงดื่มร้อยละ 10.30 นอกเขตเทศบาลดื่มมากกว่าในเขตเทศบาล ช่วงอายุที่ดื่มมากที่สุด คือ 22–44 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.30 กลุ่มที่ดื่มส่วนใหญ่ จบการศึกษาดต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 76.50 มีรายได้น้อย ร้อยละ 66.70 ซึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ประชากรในภาคเหนือดื่มมากเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 42.90 และอายุเฉลี่ยของผู้ที่ดื่มสุราครั้งแรก คือ อายุ 20 ปี (บัณฑิต ศรไพศาล, 2549 ก)

จากการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล (2543) พบว่า เครื่องดื่มที่คนไทยนิยมดื่มมากที่สุด คือ เหล้าขาว เพราะมีราคาถูก ส่วนทัศนัย วงศ์จักร (2548) ได้ศึกษาการเพิ่มจำนวนของร้านขายเหล้าขาวในเมืองเชียงใหม่และพื้นที่ใกล้เคียง พบว่าร้านขายเหล้าขาว มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากเดิม 398 ร้าน ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 482 ร้าน ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเพิ่มขึ้น 84 ร้าน ภายในระยะเวลา 2 ปี และจากสถิติผลการจับกุมการผลิตและจำหน่ายเหล้าขาว ที่ไม่ได้เสียภาษี ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2537 พบ 3 อำเภอที่มีสถิติถูกจับกุมสูงสุดเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ สันป่าตอง, เวียงแหง และหางดง ตามลำดับ (สำนักงานสรรพสามิต อ่างใน เจริญ สร้างถิ่น, 2541) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการผลิตและจำหน่ายเหล้าขาว มีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น และเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา รัฐบาลไทยได้มีนโยบายการดำเนินงานแก้ไขปัญหามารยาตราของยาเสพติด โดยใช้ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดิน ทำให้จำนวนผู้เสพยาเสพติดลดลงเป็นจำนวนมากแต่จำนวนผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับเพิ่มมากขึ้น จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสถาบันรณูรักษ์ กรมการแพทย พบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 733 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 1,693 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ส่วนศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ซึ่งรับผิดชอบในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือ พบผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เนื่องจากการได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2547 มีจำนวน 385 ราย 561 ราย และ 1,645 ราย ตามลำดับ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ อ่างใน พัทธัย สุริยะใจ, 2548) ซึ่งแสดงถึงจำนวนของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ซึ่งเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่กลับมารักษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2543–2547 ผู้ป่วยรายใหม่ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 123 ราย

ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 271 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ส่วนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นจาก 641 ราย ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 1,163 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้หลังจากได้เข้ารับการบำบัดทางกายและฟื้นฟูจิตใจจนสามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว แต่เมื่อได้พบกับสภาพแวดล้อมเดิมๆ ที่บ้านซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น เช่น พบเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน หรือมีปัญหาในการดำเนินชีวิต มีความเครียด ความเหงา ทำให้ต้องกลับไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำอีกจึงกล่าวได้ว่าสิ่งแวดล้อมจากชุมชนและครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งปลูกฝังความคิด ค่านิยม มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ที่เป็โรคจิตสูรามากที่สุด จะได้รับการคาดหวังจากสังคม ให้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตสูราด้วยความรัก ความผูกพันตลอดจนการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยมีสมาชิกในชุมชนคอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน จะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตสูราสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ตามปกติ (ชนิตา บุญญาภาส, 2547)

จากการที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานในฝ่ายสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลหางดง ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การคิดสูราและมีอาการทางจิตจากสูรา (alcohol induced psychotic disorder) ในปีงบประมาณ 2549 พบว่า มีผู้รับบริการด้วยโรคจิตสูรา และเป็นโรคจิตจากสูรา 175 คน เพิ่มขึ้นจากปี งบประมาณ 2547 จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 33.58 ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับที่ 1 มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในปีเดียวกัน 31 คน ซึ่งในจำนวนที่กล่าวมานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเป็นผู้ที่เป็โรคจิตสูรา ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 70 คน และพบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนกลายเป็นผู้ที่เป็โรคจิตสูราส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดสูรา โรงพยาบาลหางดง มีปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับ มีอาการขาดแอลกอฮอล์ หรือถอนพิษจากการไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) คือ มือสั่น หงุดหงิดง่าย ชัก และมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า บางครั้งมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความวิตกกังวล รวมทั้งมีอาการทางจิตจากสูรา เช่น หูแว่ว ระวังคิดว่าภรรยา มีชู้ ทำร้ายผู้อื่น เกรงว่าจะถูกทำร้ายหรือถูกทำลายทรัพย์สิน ซึมเศร้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสูรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสูรา และเจตคติต่อการดื่มสูราของผู้ที่เป็โรคจิตสูรา โดยสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็โรคจิตสูรา มีอาการทางกายร่วม ได้แก่ เป็นโรคเกี่ยวกับสมอง โรคกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคเกี่ยวกับการทำงานของตับ โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียน

และมีอาการทางจิตร่วม ได้แก่ หงุดหงิด วิตกกังวล นอนไม่หลับ สับสน ซึมเศร้า หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูด เห็นภาพหลอน มีเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่เป็นจริง เป็นต้น ส่วนผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจ เมื่อเมาสุราจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ว่างงาน ขาดรายได้ และ เกือบทุกราย มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ยกเว้นค่าธรรมเนียม ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัด ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยมีค่าใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ในปีงบประมาณ 2549 เป็นเงิน 131,761 บาท มากกว่าปีงบประมาณ 2547 ถึง 76,503 บาท ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการบำบัด ในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าหลายครั้งที่ญาติเกิดความเบื่อหน่ายผู้ที่เป็นโรคติดสุรา เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีความสับสนด้านความคิดและการสื่อความหมาย มาแล้วหาเรื่องทะเลาะวิวาทกับบุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคมมาแล้ว หาเรื่องทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มักประสบอุบัติเหตุเช่น หกล้ม เกิดอุบัติเหตุจากรถบ๋อยครั้ง (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2549) จากการศึกษาของ ปรีทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พันธฐนภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) พบว่า ในครอบครัวที่ทะเลาะกันจนถึงขั้นทำร้าย ตบตีกันจะมีอัตราการติดสุราสูงกว่าครอบครัวที่ขัดแย้งกันบ่อยๆ และสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีพฤติกรรมขณะดื่ม พุดมาก ส่งเสียงดัง โวยวาย อาละวาด ทุบตี ทำร้ายผู้อื่น มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่น มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน เช่น ขาดงานบ่อย ถูกตำหนิเกี่ยวกับการทำงาน และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในปี พ.ศ. 2547 ที่พบว่า หากเมาสุราเป็นประจำ อาจถูกไล่ออกจากงานหรือบางคนมีอาชีพรับจ้าง เมาสุราแล้วไม่สามารถทำงาน หาดรายได้ในวันรุ่งขึ้น ครอบครัวไม่มีเงินใช้จ่าย ไม่มีเงินออม เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง เกิดการทะเลาะวิวาท หรือการทำร้ายร่างกายกันในครอบครัว และยังพบว่า การที่ผู้จับใจเมาสุรา ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากรถมากกว่าร้อยละ 50 ของที่เกิดทั้งหมด (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549 ก)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดการติดทางกาย (physical dependence) โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาท ทำให้เกิดการติดต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการขาดแอลกอฮอล์ เช่น นอนไม่หลับ มือสั่น หากไม่ได้ดื่ม

จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุรา ต้องดื่มอย่างต่อเนื่อง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการติดทางใจ (psychological dependence) ที่แสดงออกในรูปของความอยาก ความเคยชิน มีพฤติกรรมแสวงหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเพื่อดื่ม ซึ่งการติดทางใจมีความสำคัญและเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่าการติดทางกาย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวนั้นเป็นสาเหตุกระตุ้นหรือส่งเสริมที่ทำให้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ซึ่งสุกมา แสงเดือนฉาย(2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามักมีปัญหาครอบครัวเป็นสาเหตุของการดื่ม ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องและกลับไปดื่มซ้ำ จากการศึกษาของเพลินพิศ วัชรโชติ และคณะ อ่างใน ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่พวกเขาศึกษา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่สมรสแล้ว มีสาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะมีปัญหาครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้นมาแล้วคนส่วนหนึ่งใช้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิธีจัดการกับปัญหาทางใจที่เกิดขึ้น เป็นการเลือกแนวทางการรับมือกับความเครียด แบบมุ่งเน้นอารมณ์ ใช้วิธีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์ หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมยังมีส่วนสำคัญในการ กระตุ้น หรือส่งเสริมที่ทำให้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จากเทคนิคการส่งเสริมการขาย อิทธิพลของการโฆษณา การขยายตัวของร้านค้าสะดวกซื้อ การมีค่านิยมที่ยกย่องว่าลูกผู้ชายต้องดื่มเก่ง ตลอดจนวัฒนธรรมในสังคมไทย ทั้งงานมงคล เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน และงานอวมงคล เช่น งานศพ จะต้องมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดา และอาภาศิริวงษ์ ณ อยู่ธยา (2545) ที่พบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมที่ชักจูงให้ดื่ม มีอิทธิพลมากกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกดื่ม ซึ่งปัจจุบันมีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย และวัฒนธรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งปีของคนไทยมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ไม่สามารถเลิกดื่มได้เนื่องจากการทำบุญงานฉลองงานเทศกาลต่างๆ จะมีการกินเลี้ยงที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเมาในช่วงนี้เป็นที่ยอมรับของสังคม หากใครปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผู้หยอเย้าให้ จะหมายถึงการดูถูกกันตามธรรมเนียมพื้นบ้าน (ชนิตา บุญญาภาส, 2547)

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลหางดง ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและญาติที่เข้ารับการบำบัดว่า การที่ครอบครัวให้การยอมรับกับสภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และมีญาติแสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยดูแลให้กำลังใจ พุดจาไพเราะ เอาใจใส่ ให้อภัย ให้ความช่วยเหลือ ให้โอกาสแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราอยู่เสมอ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราบางคนให้ลดลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ช่วยให้

สมาชิกในครอบครัวเกิดการพัฒนาไปในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข จากการศึกษา พฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์ ของสุกมา แสงเดือนฉาย(2547) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งการที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น พุดไม่เข้าใจกัน ทะเลาะวิวาท มีปัญหาในที่ทำงาน มีปัญหาในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญาณี เชื้อไทย (2541) ที่พบว่า ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด คือ หากครอบครัวอยู่ในสภาพที่ไม่มีความสุข สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่แตกแยกปราศจากความเข้าใจ ไม่สนใจซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวจะไม่มีที่พึ่ง ไม่มีความสุขที่แท้จริงในบ้าน จะหาทางออกโดยการคบเพื่อน หรือหาสิ่งยึดเหนี่ยว นอกบ้านและอาจถูกชักจูงไปใช้สารเสพติดได้ง่าย และ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่า ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม จะผลักดันให้บุคคลในครอบครัวไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดเพื่อให้ลืมปัญหาได้มากขึ้น เช่นเดียวกับการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ของสถาบันธัญญารักษ์ เกี่ยวกับการสาเหตุของการติดสารเสพติดซ้ำ ส่วนหนึ่งมาจากการขาดการยอมรับและขาดการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติดไม่กลับไปติดซ้ำ (วิมล ลักษณะนิชนัช และวิภาวดี แสงเพชร, 2547)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพด้านการสื่อสารในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวของ กอร์ดอน (Gordon, 2000) กล่าวว่า การเคารพซึ่งกันและกัน การให้การยอมรับซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าต่อการมองตนเองทางบวก การมีความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดยการให้ความสำคัญกับการสื่อสารในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ โดยได้แบ่งการทักษะการสื่อสารออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การฟังที่ไม่มีประสิทธิภาพ (passive listening) 2) การประณามและแก้ปัญหาให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัว (you – massage, he or they - massage) 3) การเอาชนะกัน (win – loss method) ที่ถือว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไม่ดี คือ สื่อออกไปแล้ว ผู้ฟังและสมาชิกอื่นๆ มีความรู้สึกด้านลบต่อผู้พูด ไม่อยากให้ความร่วมมือ ส่วนการสื่อสารในครอบครัวที่มี

ประสิทธิภาพซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของความรักและความผูกพัน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) 2) ด้านการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา (I – Message) 3) ด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method) จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้วิธีคลี่คลายปัญหา กระชับความสัมพันธ์ให้ดีกว่าที่เป็นมา เกิดการเติบโต มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาตามศักยภาพและเกิดความเข้าใจตรงกัน ยอมรับความคิดเห็น ยอมรับเหตุผลที่แตกต่างกัน ปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีหลักในการปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหายุ่งยากและยอมรับ ตลอดจนมีการตอบสนองที่ดีต่อกัน ดังนี้

ใช้การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) เมื่อปัญหานั้นเป็นปัญหาของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ผู้ฟังควรรับฟังด้วยใจเป็นกลาง ยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูด ยอมรับความคิดเห็น ความรู้สึก ของเขาเหล่านั้น ร่วมกับการสังเกต และสื่อสารความรู้สึกของผู้พูดออกมา ให้เขาทราบว่าเขากำลังรู้สึก เช่นไร จากสาเหตุอะไร และกระตุ้นให้เขาหาวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตัวเอง ใช้การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา (I – Message) เมื่อปัญหานั้นเป็นของผู้พูด ด้วยการพูดถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อปัญหา อย่างตรงไปตรงมา โดยไม่ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกทางลบ

ใช้การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method) เมื่อเกิดปัญหาและเป็นเรื่องร่วมกัน ระหว่างผู้พูดกับสมาชิกอื่นในครอบครัว ด้วยการพูดถึงความรู้สึกของตนเองต่อปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น โดยเลือกแนวทางที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน และสามารถยอมรับได้ด้วยกัน ทั้งสองฝ่าย

จากแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวดังกล่าว ชินานาญ จิตตรมณ (2545) ได้แบ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพดี และพฤติกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไม่ดี โดยพัฒนาคัดแปลงโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวของกอร์ดอน (Gordon, 2000) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ที่ครอบคลุมหลักการปฏิบัติในแนวคิดดังกล่าว ซึ่งแบ่งเป็น 4 หัวข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) พื้นฐานการเข้าใจบุคคล (basis for personal understanding) 2) การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) 3) การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา (I – Message) และ 4) การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method)

จากการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตกิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2548 โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการ

สื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ของกอร์ดอน (Gordon, 2000) และแบบประเมินพฤติกรรม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ของชินานาฏ จิตคารมณ (2545) พบว่าวัยรุ่นมีการรับรู้ พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารรายด้าน พบว่าด้านพื้นฐานความเข้าใจบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ ด้าน การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา และด้านการสื่อสาร ความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา อยู่ในระดับที่ไม่ดีเช่นกัน (รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์, 2548) ซึ่งเป็น การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมด ผู้ศึกษามีความสนใจ ว่าการสื่อสารในครอบครัว อาจมีความสัมพันธ์กับการลดหรือเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าที่ผ่านมามีงานวิจัยหลายชิ้น ได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดที่อาจคิดว่า ทั้งวัยรุ่นและ วัยทำงาน ที่เคยดื่มหรือเป็นโรคจิตสุราในพื้นที่ทุกภาคของประเทศไทย จะมีพฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัว โดย มีการรับรู้ปริมาณ ความถี่ และผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแบบเดียวกันทั้งหมดหรือที่เรียกว่า มิจาติฐิที่มองชุมชนเหมือนกันหมด (the fallacy of interchangeable face) ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารใน ครอบครัวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราซึ่งเข้ารับบริการในคลินิกบำบัด สุรา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อผลการศึกษจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารแก่ผู้ที่เป็นโรค จิตสุราและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่เป็นโรค จิตสุราในพื้นที่อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่เข้ารับบริการ ในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่เข้ารับบริการใน คลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว กับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดยา ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามของการศึกษา

1. พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคติดยา ที่เข้ารับบริการในคลินิก บำบัดสุรา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดยา ที่เข้ารับบริการในคลินิกบำบัด สุรา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว กับพฤติกรรม การดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดยา ที่รับบริการ ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคติดยา กับ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ที่เป็นโรคติดยา ที่รับบริการในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาล หางดง จังหวัดเชียงใหม่ ในเดือน มีนาคม 2550

นิยามศัพท์

พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว หมายถึง การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ติดยา และครอบครัว ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัว พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ภรรยา สามี พี่ น้อง บุตร ญาติ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีเจตนาหรือวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย พื้นฐานการเข้าใจบุคคล (basis for personal understanding) การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (I – message) การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกัน แก้ปัญหา (No-lose method) ซึ่งประเมิน โดยแบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ของ ชินานานู จิตดารมณ (2545) ที่สร้าง และดัดแปลงจาก กรอบแนวคิดการฝึกพ่อแม่ให้มีการสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพ ของกอร์ดอน (Gordon, 2000)

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ สุรา เหล้าขาว เบียร์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด และการกระทำ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและชุมชน ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ดื่มสุรา ตามพฤติกรรมการดื่ม เป็น 4 พฤติกรรม ได้แก่ 1) การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อยหรือการดื่มอย่างปลอดภัย (low - risk drinking) 2) การดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) 3) การดื่มแบบมีปัญห (harmful drinking) และ 4) การดื่มแบบติด (alcohol dependence) ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test) ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย (2548)

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา หมายถึง ชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิก บำบัดสุรา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเป็น โรคจิตสุรา ซึ่งมีอาการต่างๆ 7 อาการ ในระยะเวลา 12 เดือน ได้แก่ 1) มีการติดต่อ แอลกอฮอล์ 2) มีอาการขาดแอลกอฮอล์ 3) มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก หรือเป็น เวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจไว้ 4) มีความต้องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ 5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำ เพื่อให้ได้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาดื่ม 6) ลดการงาน หรือลดการเข้าสังคม ขาดความสนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 7) ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป แม้ว่าจะทราบว่า มีผลกระทบ และมีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตใจอยู่เป็นประจำ