

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ ค้นคว้า ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมแนวคิด และข้อมูลจากเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

- 1.1 ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
- 1.2 การวินิจฉัยโรค และอาการของการติดเชื้อ
- 1.3 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
- 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และเป็นโรคติดเชื้อ
- 1.5 ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
- 1.6 การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

2. พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว

- 2.1 ความหมายของการสื่อสารในครอบครัว
- 2.2 องค์ประกอบ ของการสื่อสารในครอบครัว
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารในครอบครัว
- 2.4 อิทธิพลของการสื่อสารในครอบครัว
- 2.5 การประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว
- 2.6 การสื่อสารในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ปราโมทย์ มังกรณ (2548) กล่าวว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแปรปรวนที่มีลักษณะเฉพาะโดยมีการเสพหรือ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอาชิสณจนติดเป็นนิสัย

ธรรณิทร กอสงข (2547) ให้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุราว่า เป็นบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนติดโดยมีรูปแบบของการดื่มซ้ำบ่อยๆและมีความผิดปกติด้านร่างกาย ความคิด พฤติกรรม ซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีลักษณะสำคัญ คือ ไม่สามารถควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีความรู้สึอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มมากกว่าการทํากิจกรรณอื่นเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ และยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป แม้จะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

สมาคมจิตแพทยอเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ให้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุราว่า เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV])

การวินิจฉัยและอาการของโรคติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทยอเมริกัน (APA, 1994) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะมีอาการสำคัญ 3 อาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นในเวลาใดก็ตาม ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่

1. มีการดื้อต่อแอลกอฮอล์ โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- 1.1 มีความต้องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เพื่อให้เกิดความมึนเมา
- 1.2 ได้รับผลจากแอลกอฮอล์ลดลง เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขนาดเท่าเดิม

2. มีอาการขาดแอลกอฮอล์ หรืออย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 หลังจากหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีอาการดังนี้ สองอาการหรือมากกว่าภายใน ไม่กี่ชั่วโมง จนถึง 2-3 วัน คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ อาเจียน คลื่นไส้ เห็นภาพหลอน ประสาทหลอน กระวนกระวาย วิดกกังวล ชักทั้งตัว

2.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถกำจัดอาการขาดแอลกอฮอล์ได้

2.3 มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานเกินกว่าที่
ตั้งใจไว้

2.4 มีความต้องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถควบคุม
การดื่มได้

2.5 ใช้เวลาอย่างมาก ในการกระทำเพื่อให้ได้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาดื่ม

2.6 ลดการงาน หรือการเข้าสังคมขาดความสนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.7 ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป แม้ว่าจะทราบว่า มีผลกระทบ มีโอกาส
เป็นโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตใจอยู่เป็นประจำ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดเป็นเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด (substance use disorder) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ถูกเรียกชื่อแตกต่างกันไปตามวิธีการที่รุนแรง ตลอดจนความแรงของแอลกอฮอล์ แบ่งเป็น สุราแช่ คือ สุราที่มีได้กลั่น เช่น ไชเดอร์ 2-6 ดีกรี เบียร์ 4-8 ดีกรี ไวน์ 8-15 ดีกรี ซึ่งมีความแรงของแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี และสุรากลั่น จะมี ความแรงของแอลกอฮอล์ 15 ดีกรีขึ้นไป ได้แก่ สุราสีชนิดต่างๆ 14-20 ดีกรี เหล้าโรง 28-35 ดีกรี วิสกี้ 28-95 ดีกรี สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เถื่อน เช่น น้ำขาว น้ำตาลเมานั่น ไม่มีมาตรฐานและ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่แน่นอน (อรเพ็ญ นาควัระ, 2529)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายลักษณะ เช่น พฤติกรรมการดื่มเป็นครั้ง คราวตามงานสังคม โดยไม่ก่อปัญหา เรียกว่า พฤติกรรมการดื่มเพื่อสังคม (social drinker) ส่วนการ ดื่มที่ก่อปัญหาเป็นครั้งคราวทางการแพทย์ เรียกว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดโทษต่อ สุขภาพ (alcohol abuse) ในขณะที่การติดสุราสามารถเรียกได้หลายแบบ เช่น โรคติดสุรา (alcohol dependence) และโรคพิษสุราเรื้อรังหรือแอลกอฮอล์ซึม (alcoholism) (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ไว้ดังนี้

ในทางการแพทย์มีการจัดกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามลักษณะพฤติกรรมการดื่ม ออกเป็น 4 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) พฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) พฤติกรรมดื่มแบบมีปัญห (harmful drinking) และ พฤติกรรมดื่มแบบติด (alcohol dependence) โดยเปรียบเทียบความเสี่ยงของการดื่มแบบต่างๆกับ ปริมาณการดื่มอย่างปลอดภัยหรือปริมาณของการดื่มมาตรฐาน ซึ่งปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐาน หรือ

standard drinking โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่า 1 ดั้มมาตรฐาน เท่ากับ ปริมาณแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์ 10 กรัม และสามารถเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

วิสกี้ หรือสุราขาว (alcohol 40 %) ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก (30 ซีซี) หรือ 2 ฝา หรือ 1 ถัง

เบียร์ชนิดอ่อน (alcohol 2–2.9 %) ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ ¼ ขวด

เบียร์ชนิดปานกลาง (alcohol 3–3.9 %) เช่น ไฮเนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ ½ ขวด

เบียร์ชนิดแรง (alcohol 4–5 %) เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ลิโอ ซ้าง คาร์ตเบียร์ ประมาณ ¾ กระป๋อง หรือ ½ ขวด

ไวน์ธรรมดา (alcohol 12.5 %) ประมาณ 1 แก้ว (100 ซีซี)

ไวน์ชนิดแรง (alcohol 20.5 %) ประมาณ ½ แก้ว (60 ซีซี)

ซึ่งรายละเอียดของการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีการจัดกลุ่มตาม ลักษณะการดื่ม ออกเป็น 4 พฤติกรรม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดั้ม มาตรฐานต่อวัน เทียบเป็นสุรา 40 ดีกรี ไม่เกิน 2 ถัง (60 ซีซี) เบียร์ประมาณ 1.5–2 กระป๋อง ไวน์ ประมาณ 2 แก้วและมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งการดื่มลักษณะนี้ เรียกว่า ดื่มอย่างปลอดภัย

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) หมายถึง การดื่มใน ปริมาณที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม โดยผลเสียนี้เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตาม สามารถเทียบได้ คือ ปริมาณการดื่มในผู้ชาย ต้องมากกว่า 5 ดั้มมาตรฐานโดยเฉลี่ยต่อวัน หรือเบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4 กระป๋อง หรือสุรา 40 ดีกรี ไม่เกิน ½ แบน) หรือมากกว่า 14 ดั้มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง) สำหรับ ผู้หญิง ดื่มมากกว่า 4 ดั้มมาตรฐานโดยเฉลี่ยต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง หรือสุรา 40 ดีกรี ไม่เกิน ¼ แบน) หรือมากกว่า 7 ดั้มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)

3. กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) หมายถึง การดื่มจนได้รับผลเสีย ตามมา ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธภาพส่วนบุคคล

4. กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) หมายถึงผู้ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้หน้าที่

ความรับผิดชอบต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงาน หรือครอบครัว และ ไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มจนไม่ทราบว่าตนเองติด จนกระทั่งเมื่อหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตามแล้ว เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม สุขุมมา แสงเดือนฉาย (2547) ได้อธิบายว่า พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคล ที่ทำให้เป็นผู้เสพ ผู้ติดสุรา ประกอบด้วย สาเหตุการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ปริมาณ และความถี่ในการดื่ม ลักษณะการดื่ม โดยได้ศึกษาพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่เสพและติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในสถาบันราชันย์และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภูมิภาคทั้ง 5 แห่ง จำนวน 461 คน พบเหตุผลของการดื่ม คือ ดื่มเพื่อความสนุกสนานและสังสรรค์ มากที่สุด ร้อยละ 44.30 รองลงมา ดื่มเพราะ เพื่อนชวน ร้อยละ 35.40 และอยากลอง ร้อยละ 24.30 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการดื่ม มาจากปัญหาครอบครัวและเหตุผลอื่นๆ น้อยที่สุด ร้อยละ 1.70 เนื่องจากไม่ได้คิดว่าตนจะดื่มจนติด แต่เมื่อดื่มไปประยั้งจึงเริ่มรู้สึกว่าต้องดื่มอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาดื่มนานมากขึ้น เหตุผลของการดื่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอาการหงุดหงิดมากที่สุด ร้อยละ 56.40 รองลงมา คือ ทำให้หลับสบาย และสบายใจ สนุกสนาน ร้อยละ 50 และ 49 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลของการกลับไปดื่มซ้ำ เพราะจิตใจไม่เข้มแข็ง เกิดความอยากดื่มมากที่สุด ร้อยละ 13.20 รองลงมา คือ สภาพแวดล้อม สังคม ทำให้ไม่สามารถปฏิเสธได้ ร้อยละ 11.90 และมีอาการกลุ้มใจ เครียด ร้อยละ 7.70 ดื่มเพื่อให้มีกำลังวังชา และเจริญอาหาร น้อยที่สุด ร้อยละ 0.70 สำหรับช่วงเวลาในการดื่ม จะเป็นตอนเย็นหลังเลิกงานมากที่สุด ร้อยละ 57.40 และดื่มเป็นระยะๆ ตลอดทั้งวัน ร้อยละ 44.30 และจะดื่มหลังตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 41.60 ในผู้เสพจะนิยมดื่มสุราสี วันละน้อยกว่า 1 ขวดกลม ดื่มแบบเพียวๆ วันละ 1-2 ชั่วโมง ชอบดื่มกับเพื่อนๆ และจะหยุดเมื่อดื่มได้ตามปริมาณที่กำหนด ส่วนผู้ติดสุรานิยมดื่มเหล้าขาว ในปริมาณตั้งแต่วันละน้อยกว่า 1 ขวดกลม ถึง 3 ขวดกลม ดื่มแบบเพียวๆ ที่บ้าน จะหยุดดื่มเมื่อเมาสุราจนหลับไป ใช้เวลาในการดื่มวันละ 3-4 ชั่วโมง มีร้อยละ 19.40 ที่ดื่มวันละ 7 ชั่วโมง ขึ้นไปส่วนอาการถอนยา เมื่อลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ในกลุ่มผู้ติดจะมีอาการรุนแรงมากกว่า ผู้เสพ อาการเจ็บป่วยที่พบในผู้เสพ คือ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ขาปลายมือปลายเท้าเป็นตะคริว ส่วนในผู้ติด จะมีอาการความจำเสื่อม การตัดสินใจช้า จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการต้องกลับไปดื่มอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และเป็นโรคติดสุรา

ผู้ที่เป็โรคติดสุรา มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลายปัจจัย และมีความเกี่ยวข้องและเอื้อต่อกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่ได้มีเพียงปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จนกระทั่งกลายเป็นผู้ที่เป็นโรคติดสุรา เพราะในแบบแผนชีวิตของผู้ดื่มไม่ได้ยู่ตามลำพัง แต่มีอิทธิพลของสิ่งต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อตัวผู้ดื่ม เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว สังคม พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคติดสุรา ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม จิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ การเรียนรู้ โรคทางจิตเวช เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา และระยะเวลาที่ดื่ม

พันธุกรรม จากงานวิจัยพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดสุรา อีกคนหนึ่งมีโอกาสติดสุราด้วย ถึงร้อยละ 60 อัตราการเป็นโรคมัเพิ่มสูงขึ้น ถ้ามีญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตติดสุราหลายคน (ฉวีวรรณ ปัญญาสุข, 2544) และร้อยละ 50-60 ของการติดสุราเกิดจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ เนื่องจากเลปดิน ซึ่งเป็นเปปไทด์ฮอร์โมน ที่สังเคราะห์จากฮินเลปดิน ทำหน้าที่ควบคุมความอยากอาหารและควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของโกวิท นามบุญมี (2548) พบว่า ในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 1.66 เท่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการติดทางกาย (physical dependence) โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาท ทำให้ดื้อต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และมีอาการขาดแอลกอฮอล์หากไม่ได้ดื่ม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราต้องดื่มอย่างต่อเนื่อง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการเพิ่มของสารสื่อประสาทแต่ละชนิด โดยเฉพาะโดปามีน (dopamine) และซีโรโตนิน (serotonin) ที่หลั่งมากขึ้นในช่วงแรกของการดื่ม (เกิด reward effect) ขณะที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้น ตั้งแต่เริ่มดื่มจนถึงช่วง 20 นาทีแรก ทำให้ผู้ดื่มแสดงอารมณ์ร่าเริง สนุกสนานระดับปานกลาง (mild euphoria) ในระยะต่อมา จะเกิดแรงเสริมทางลบ (negative reinforcement) คือ ลดความวิตกกังวลและคลายเครียดได้ในช่วงเวลาอันสั้นและสารสื่อประสาทแต่ละชนิดต่างก็มีผลต่อนื่องกัน กล่าวคือ เอ็นโดฟิน (endorphins) และเอนเคปฟาลิน (enkephalin) มีผลต่อการรับสัมผัสทางบวก (reward sensation) ส่วน นอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) และกาบา (GABA) มีผลต่อการลดความเครียด (stress reduction) และทั้งหมดมีผลต่อโดปามีน ซึ่งมีผลต่อการรับสัมผัส (sensation) โดยเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จนกระทั่งมีความคิดถึงฤทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่เสมอ จากการดื่มเพื่อลดความเครียด เกิดความพอใจและเป็นสุข ขยายผลเป็นการดื่ม

เพื่อลดความไม่สบายใจ หายกลุ่ม และดื่มจนเมา หยุดดื่มไม่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การติดสุรา (Gelder Mayou & Cowen อ้างใน สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) ที่เรียกว่า การติดทางใจในที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

จิตใจ เนื่องจากผลของแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกไม่ถูกยับยั้ง เกิดการผ่อนคลายและมีความรู้สึกที่ชีวิตเป็นสุข เป็นสิ่งดึงดูดใจให้กลับไปดื่มอีกเกิดการติดทางใจ (psychological dependence) ที่แสดงออกในรูปของความอยาก ความเคยชิน เกิดพฤติกรรมแสวงหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเพื่อดื่ม ซึ่งการติดทางใจมีความสำคัญและเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่าการติดทางกาย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และการขาดแรงจูงใจ ซึ่งจากผลการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่รับบริการ ในโรงพยาบาลสวนปรุง ของสุนทรี ศรีโกไสย (2548) พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิผลในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนักเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ลดผลลัพธ์ที่ตามมาหลังดื่มสุรา ด้านความรับผิดชอบทางสังคม ด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่ตามมาในการบำบัดระยะที่ 7 น้อยกว่า และในการบำบัดระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคอกรัก พิทาคำ (2549) พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีการหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มลง เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน หลังจากให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจรายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีผลต่อพฤติกรรมลด ละ เลิก หรือยังคงมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ และจากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา พบว่าร้อยละ 51.20 ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง เมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น คนส่วนหนึ่งจะใช้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการจัดการกับปัญหาทางใจ เป็นการเลือกแนวทางรับมือกับความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ ที่ใช้วิธีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์ หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) สอดคล้องกับสมมุติฐานที่เกี่ยวกับการลดความตึงเครียด (tension-reduction hypothesis) ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะดื่มเพื่อลดความตึงเครียด (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พุกษาคิณูณกร, 2542) ซึ่งความตึงเครียดดังกล่าว ได้แก่ การมีข้อขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีปัญหาในการทำงาน หรือดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว จากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความรัก ความเข้าใจต่อกัน และความเครียด ความโศกเศร้าเสียใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการแก้ไขปัญหาวีชีวิตด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด และมีแนวโน้มจะเพิ่มปริมาณการใช่มากขึ้นในกรณีที่มีโรคซึมเศร้าแทรกซ้อนสอดคล้องกับสมภ

เรื่องตระกูล (2547) ได้อธิบายว่าปัญหาสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส ได้แก่ การหย่าร้าง การแยกทางกัน ในชีวิตสมรส การมีปากเสียงกับคู่ครอง ทำให้เกิดความเครียดระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก มีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และกระตุ้นให้เกิดการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถหาซื้อได้ง่าย และในทางกลับกัน ปัญหาการติดสารเสพติด และโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพในชีวิตสมรส เป็นสาเหตุให้เกิดการหย่าร้างได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ลอเรนซ์ (Laurent อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) พบว่าความเครียดสามารถทำนายแนวโน้มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่ติดสุรา จะชอบวิธีจัดการกับความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (avoident coping) โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่จากการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งศึกษาความเครียดของลูกจ้างในสถานประกอบการ พบว่า ความเครียดของลูกจ้าง ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) แต่ผลการศึกษายังพบว่า ลูกจ้างที่เคยใช้สารเสพติดมีความเครียดสูงและรุนแรง ร้อยละ 24.70 ซึ่งมีสาเหตุของความเครียดมาจากปัญหาจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม รองลงมา คือ ปัญหาจากการทำงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเรื่องคู่รักและปัญหาด้านเศรษฐกิจ เมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่จะพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รองลงมา คือ ปรึกษาบุคคลในครอบครัว ปรึกษาเพื่อน หรือกลุ่มสมรส และผู้ใหญ่ที่ให้ความเคารพ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2547) แม้ว่าความเครียดจะไม่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดโดยตรง แต่ก็มีผลอยู่บ้าง ดังจะเห็นได้จากลูกจ้างที่เคยใช้สารเสพติดมีความเครียดสูงและรุนแรง

อารมณ์พบว่าเหตุผลที่ช่วยเสริมให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น เพราะคิดว่าจะกระตุ้น ทำให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (facilitate social interaction) เปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว และ สติสัมปชัญญะ (alter consciousness) ช่วยแก้ไขสภาพอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา (to heal) เช่น ลดอาการเศร้า ความคับแค้นใจ ปมด้อย นอนไม่หลับ เจ็บปวด ลดความยุ่งยากในการเผชิญกับสังคม (to reduce in constraining social setting) ลดความยุ่งยากใจในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ กล้าแสดง กล้าพูด และรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) และสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเจตคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์ พบว่าเหตุผลที่ผู้เป็นโรคติดสุรา มีการดื่มต่อเนื่องเพราะช่วยลดอาการหงุดหงิด ทั้งนี้ เป็นเพราะคุณสมบัติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกาย จะไปออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้มีจิตใจชุ่มชื้น (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2544)

บุคลิกภาพ ผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมก้าวร้าว จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ มีความรู้สึกห่างเหินจากสังคม ไม่ยอมเปิดเผยตัวเองและจะแก้ไขปัญหาวิตด้วยวิธีการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพเฉพาะหลายๆ อย่างที่พบในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา เช่น บุคลิกภาพแบบพึ่งพา เก็บกด หงุดหงิดแต่เรื่องของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความต้องการในอำนาจ ซื่อเสียด แต่ยังรู้สึกว่าตนเองยังด้อย จึงใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ อ้างใน สุภาภรณ์ สมพาน, 2546) สอดคล้องกับเอ็ดมอนด์ เนตรแถม (2541) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกอ่อนแอ มีพฤติกรรม การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เครียดง่าย จึงใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความเครียดในการทำงาน ในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจพบในกลุ่มที่ทำงานหนักและไม่รู้วิธีคลายเครียดอย่างอื่น ในทางจิตวิทยา (psychological model) เชื่อว่าการติดสุรามีผลมาจากความกังวลลึกๆ และความขัดแย้งในใจ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) นอกจากนี้บุคลิกภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจะมีลักษณะวิตกกังวลเรื้อรัง (chronic anxiety)ต่อต้านสังคม (antisocial personality) ปรับตัวไม่ได้ทำให้ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้ มีการพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวังรู้สึกเป็นบาป และ รู้สึกไร้ค่า (Donald et al., อ้างใน ดอกกรัก พิฑาคำ, 2549) และ ร้อยละ 25–30 ของผู้พิการในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพมีการดื่มสุรา เนื่องจากผู้พิการจะรู้สึกคับข้องใจ โกรธที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม จึงทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล เกลียดตัวเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ จึงหันมาใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Frances & Franklin อ้างใน ประไพ ทายาท, 2545) นอกจากนี้บุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี เช่น นิสซักระวางสงสัย ไม่ไว้วางใจตนเองและผู้อื่น ช่วงวิตกกังวล รู้สึกเศร้าสลดใจ กล่าวโทษตนเอง หรือกล่าวโทษผู้อื่น มีนิสยมองโลกในแง่ร้าย อิจฉาริษยา ซึ่งนิสยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว ทำให้บุคคลเหล่านี้ มักหาทางออกในทางที่ผิด เช่น ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (นิภา นิธิยาน, 2530)

การเรียนรู้ การที่บุคคลใกล้ชิดมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและยังพบว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อทัศนคติ ค่านิยมที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เด็กชายจะมีแนวโน้มในการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามบิดา มารดา มากกว่าเด็กหญิง เนื่องจากเกิดกระบวนการเรียนรู้ และ ซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว (สุกมาแสงเดือนฉาย, 2547) นอกจากนี้ขณะที่บุคคลมีพัฒนาการจากวัยรุ่นตอนปลายเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะเป็นช่วง หัวเลี้ยวหัวต่อในการสร้างบุคลิกภาพไปสู่บทบาทใหม่ที่เป็นตัวของตัวเองหากบุคคลเกิดความเครียด เกิดความคับข้องใจ จะส่งผลให้พัฒนาการไปสู่บุคคลที่มีวุฒิภาวะลึ้มเหลว เป็นบุคคลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และมีโอกาสใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวช่วยให้คลายเครียด (WHO, 2003 b)

โรคทางจิตเวช (psychiatric disorder factor) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงปี ค.ศ. 1980–1984 พบว่าผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีโรคทางจิตเวชรวมถึง ร้อยละ 37 เป็นโรคทางอารมณ์ (mood disorder) และโรคกลุ่มวิตกกังวล (anxiety disorder) ได้แก่ โรคตื่นตระหนก (panic disorder) โรคกลัวการเข้าสังคม (social phobia) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรคจิตเภท (schizophrenia) ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแม้ว่าจะได้รับการบำบัดช่วยเหลือแล้ว แต่ผู้ป่วยยังกลับไปดื่มซ้ำ เพื่อบรรเทาอาการ และกลับไปติดสุราในที่สุด (พันธนาภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2549)

ผู้ที่เป็โรคติดสุราส่วนใหญเป็นเพศชาย จากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราสภาพแวดล้อม ทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราซึ่งเข้ารับการรักษที่สถาบันธัญญารักษ์ ของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าสาเหตุที่นำไปสู่การดื่ม ได้แก่ เพื่อเข้าสังคม ทำให้กล้าพูด กล้าแสดงออก ร้อยละ 6 และการได้รับฉายาจากกลุ่มเพื่อนว่า “คอทองแดง” เป็นสิ่งที่น่าภูมิใจ เช่นเดียวกับ ปราโมทย์ มังกรณั (2548) ที่กล่าวว่า สาเหตุหนึ่งของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากสภาพสังคมยกย่อง สนับสนุนว่าลูกผู้ชายต้องดื่มเก่ง

อายุ จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ชาวญี่ปุ่นติดสุรา พบว่า ปัจจัยหนึ่ง เกิดจากการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุเฉลี่ย 13.5 ปี (Suzuki, Takeda & Matsushita, 2005) และบุคคลที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเป็นโรคติดสุรามากกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุมากกว่า ซึ่งพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 21 ปี มีโอกาสเป็นโรคติดสุรา น้อยกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 12 ปี (Komro & Toomey, 2000) และช่วงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรามากที่สุด คือ 28–37 ปี (นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548) ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักในช่วงกลางวัน พอดึกเย็นจึงชอบดื่มเพื่อผ่อนคลายความเครียด จากการทำงาน ประกอบกับวัยนี้มักจะมีการดื่มสังสรรค์บ่อย เนื่องจากมีเพื่อนและ คนรู้จักมาก นอกจากนี้ ในระยะที่มีการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่น ไปสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการปรับตัวมีการพัฒนาความคิด และอารมณ์ หากพัฒนาการในช่วงนี้ล้มเหลวจะทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นโรคติดสุรา (White & Jackson, 2005) แต่จากการศึกษาของ ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่า ความแตกต่างของอายุ ไม่มีผลต่อการติดสุรา

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบุคคลที่สมรสแล้ว และเป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรคติดสุราต้องให้เวลากับครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลที่มีบุตรแล้ว จะมีการสังสรรค์กับเพื่อนฝูงและท่องเที่ยวในสถาน

บันเทิงลดลง ทำให้มีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงกว่าช่วงที่เป็นโรค (Leonard & Rothbard, 1999) แต่จากการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่าในบุคคลที่มีครอบครัวแล้วย่อมมีภาระหน้าที่มากมายที่อาจก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าบุคคลโรค และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นอาจนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนกระทั่งกลายเป็นโรคติดสุรา

รายได้ และอาชีพ จากการศึกษาของ ไพบุลย์ ดวงจันทร์ อังใน วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวิทย์ ณ อยุธยา (2545) พบว่ารายได้และลักษณะอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวคือ หากมีรายได้มาก มีอำนาจการซื้อสูง เช่น ผู้ที่มีอาชีพข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ จะมีอัตราการดื่มน้อยกว่าอาชีพอื่น แตกต่างกับ ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2542) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นโรคติดสุรา ส่วนใหญ่มีอาชีพกรรมกร รับจ้างทั่วไป มีสถานะการเงินไม่พอกินพอใช้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดความเครียดที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในทางที่ไม่เหมาะสม โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นรายได้ และอาชีพ อาจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับการศึกษา จากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าผู้ป่วยที่เสพและติดสุรา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.80 รองลงมาเป็นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.30 ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 19.90 ส่วนปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและประกาศนียบัตร ต่างกับการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 (2548) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่ม ไม่ว่าจะระดับการศึกษาใด ก็มีโอกาสดื่มเท่าๆกัน แม้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะรับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า แต่ก็ยังมีสัดส่วนของการดื่มน้อยกว่าสูง ดังนั้นความรู้ หรือระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเป็นตัวกำหนดแนวโน้ม หรือเป็นปัจจัยทำนายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระยะเวลาที่ดื่ม บรรจง สืบสมาน (2536) พบว่าผู้ที่มีปัญหาติดสุราจนมาพบกับจิตแพทย์ มักเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 30-45 ปี ระยะเวลาที่ดื่มก่อนหน้ามาพบแพทย์ 5-10 ปี เมื่อมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะหนึ่ง จะเกิดการติดสุราทางกาย เป็นสาเหตุให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่อง และได้รับผลกระทบจากการดื่ม จนกระทั่งต้องมาพบแพทย์

ศาสนา แม้ว่าพุทธศาสนากล่าวห้ามเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ เช่นเดียวกับศาสนาอิสลาม แต่ความเคร่งครัดในทางปฏิบัติจะมีความแตกต่างกัน ทำให้คนในภาคใต้ ซึ่งส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม มีอัตราการติดสุราดำกว่าคนในภาคอื่นๆ ของประเทศไทย (ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสร้างค่านิยม เจตคติ อุปนิสัย และบุคลิกภาพของบุคคลในครอบครัวที่ทะเลาะกันจนถึงขั้นทำร้ายต่อกัน จะพบว่าเมื่ออัตราการติดยาของสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 18.20 สูงกว่าครอบครัวที่ขัดแย้งกันบ่อยๆ ซึ่งมีอัตราการติดยา ร้อยละ 11.40 และครอบครัว ที่รักใคร่กันดี จะพบอัตราการติดยาของสมาชิกในครอบครัว เพียง ร้อยละ 8.90 (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) อิทธิพลของครอบครัวจึงมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว (นิศานาถ โชคเกิด, 2545) และการที่สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน จะเสริมพฤติกรรมทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น และเสริมพฤติกรรมของ ผู้ที่เป็นโรคติดยา ทำให้เพิ่มอัตราการดื่ม และการกลับมาดื่มใหม่ หลังจากที่ได้พยายามหยุด พฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้ว (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัว มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อ แม่ จะมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) เช่นเดียวกับบุคคลที่มีบาดแผลทางใจจากการที่ได้พบเห็นความรุนแรงในครอบครัว มักแสดงท่าทีที่ไม่เหมาะสมต่อความรุนแรง โดยนำวิธีการแก้ไขปัญหาคือการใช้ความรุนแรงมาเป็นวิธีแก้ไขข้อขัดแย้ง หากชีวิตประสบความล้มเหลว จะขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาโดยวิธีที่ไม่ใช้ความรุนแรง และไม่สามารถแก้ไขปัญหา โดยการสื่อสารด้วยคำพูด เมื่อมีความเครียดจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว จะตำหนิตนเอง แยกตัวเอง หรือเสพยาเสพติด ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทำร้ายตนเอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) นอกจากนี้ สภาพชีวิตที่ขาดที่ปรึกษา สภาพครอบครัวไม่มีความสุข การแสดงอารมณ์ความรู้สึกในครอบครัวที่ไม่ดี มีผลกระทบทำให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเมื่อครอบครัวมีบรรยากาศไม่น่าอยู่ สมาชิกในครอบครัวไม่อยากจะกลับบ้าน จะเสมือนแรงผลักดันให้เขาอยู่นอกบ้าน แล้วก็จะถูกงูจใจจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีนอกบ้าน ให้เข้าสู่สังคมของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดชนิดอื่น เพื่อระงับความทุกข์ใจ (อรุณญาณี เชื้อไทย, 2541) และบรรจง สืบสมาน (2536) อธิบายว่า ในครอบครัวของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด จะมีลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การแสดงอารมณ์ต่อกัน ความคาดหวัง และการสื่อสารที่ล้มเหลว (failure of communication) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างพ่อกับลูก พ่อแม่กับลูก หรือ ระหว่างสามี ภรรยา ในลักษณะต่างๆ กัน เช่น พูดกันแต่ในทางลบ (negative communication) ไม่มีการชม หรือให้กำลังใจกัน แต่มีท่าทีจับผิด หรือพูดเฉพาะคำผิดว่า พูดประชด (vicarious communication) คือ พูดขย่งให้ทำในสิ่งที่ไม่ดี หรือพูดประชดให้ไปใช้สารเสพติด และรัชดาภรณ์ กาวิวงศ์ (2547) ยังพบว่าสาเหตุของการใช้

เครื่องดัดแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมาจากหลายปัจจัย แต่ที่สำคัญปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยด้านการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งมาจากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่เหมาะสม ได้แก่ มีการสื่อสาร เชิงลบ ไม่มีการสื่อสารทางบวก มีการดำเนินติดกัน

นอกจากนี้อิทธิพลของบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการตัดสินใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิต และพฤติกรรมการดื่มจนกระทั่งกลายเป็นโรคติดสุรา เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว เป็นกรอบการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าสาเหตุหนึ่งของการที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ตัดสินใจเข้าบำบัดรักษา เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวขอให้เข้ารักษาตัว ทั้งๆ ที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา บอกว่ายังไม่อยากเลิก เพราะคิดว่าการดื่มของตนไม่ได้ทำให้เกิดปัญหา (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา บุญญาภาส (2547) ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์ได้ และจากการที่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะภรรยา ที่ไม่ไว้วางใจสามีผู้ที่เป็นโรคติดสุราว่า จะไม่สามารถเลิกดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์ได้หลังรับการบำบัด จึงแสดงออกโดยการซักถามผู้ที่เป็นโรคติดสุรา เวลากลับบ้านซ้ำๆ ว่าไปไหนไปทำอะไรไปดื่มเหล้ามาหรือไม่ บางครอบครัวภรรยาจะคอยติดตามควบคุมสามีไม่ให้ไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เนื่องจากกลัวว่าสามีจะกลับไปดื่มซ้ำ ส่วนความแตกต่างของจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้าน ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคติดสุรา (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) ซึ่งต่างจากรัชดาภรณ์ กาวิวงศ์ (2548) ที่อธิบายว่าในอดีตสภาพครอบครัวมักเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ เป็นสถาบันที่เข้มแข็ง แต่ในปัจจุบัน สภาพครอบครัวเป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีความเปราะบาง อาจทำให้วัยรุ่นมีความคับข้องใจ และถูกผลักดันให้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จนกลายเป็นโรคติดสุราได้ง่าย

3. ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อ ทัศนคติ ความคาดหวัง ค่านิยม และเจตคติ มีผลต่อการดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์ เช่น วัฒนธรรมของคนไทย มีเทศกาลสงกรานต์งานบวช การทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน ฯลฯ ซึ่งเทศกาลเหล่านี้เครื่องดัดแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญ ในส่วนของการกินเลี้ยง การสนุกสนาน รื่นเริง (WHO, 2007) และการเมาในช่วงเทศกาล สามารถเมาที่ไหนก็ได้ เช่น ตามถนนในวัด ในที่สาธารณะ การเมาในช่วงนี้เป็นที่ยอมรับของสังคม หากใครปฏิเสธการดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์ที่มีผู้หยิบยื่นให้จะหมายถึงการดูถูกกันตามธรรมเนียมพื้นบ้าน (ชนิตา บุญญาภาส, 2547) และในบริบทของสังคมไทยทุกภาค จะนิยมดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยง งานสังสรรค์ต่างๆ ทั้งในครัวเรือนและสังคม เป็นเหตุให้ประชาชนคนไทยมีการดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์เกือบตลอดทั้งปี (ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และคณะ, 2548) และจากงานวิจัยของ วีรวรรณ เล็กสกุลไชยและจินตนา เทพทรงสัจจะ (2545) พบว่า ปัจจัย

ทางสังคม วัฒนธรรม มีบทบาทต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าปัจจัยด้านชีวภาพและเคมีในสมอง

ในทางจิตวิทยาเห็นว่า ความเชื่อและทัศนคติเป็นสิ่งที่แฝงอยู่ในจิตใจของบุคคล หากมีสิ่งเร้าอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเดียวกัน ทัศนคติเป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ชีวิตของบุคคล และทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก ทัศนคติของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล นั่นคือ บุคคลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำสิ่งใดลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำหนด ซึ่งทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ (cognitive component) เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ หรือความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ความรู้สึกหรืออารมณ์ (feeling component) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีอารมณ์มาเกี่ยวข้องด้วย นั่นคือ หากบุคคลมีความรู้สึกรัก หรือชอบพอในบุคคลใดหรือสิ่งใด ก็จะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อบุคคลนั้น และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (action tendency component) คือ ความโน้มเอียงที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมได้ตอบอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา (สุชา จันทร์อม, 2533) และ สุพัตรา ปวนไผ่ (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคปวดหลัง ร้อยละ 76.80 ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ มีความเชื่อว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้หายปวดเมื่อยหลังจากทำงาน ซึ่งจากการศึกษาของสุภาภรณ์ กรุดทอง (2539) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นยามรักษาการณ์ พบว่าเจ้าหน้าที่ยามเชื่อว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยให้นอนหลับดี ลืมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่ชอบใจได้ดี ทำให้มีเพื่อนมาก กล้าทำพฤติกรรมที่ไม่เคยทำ เกิดความสนุกสนาน ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ ทำให้เกิดความสบายใจ ไม่เกิดความวิตกกังวลใดๆ จึงเป็นสิ่งที่สนใจให้เจ้าหน้าที่ยามมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะมีคามคาดหวังว่าเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วจะทำให้มีความมั่นใจและมีความสามารถในการแสดงออกถึงความรู้สึกได้มากขึ้น มีความกล้าแสดงออก (assertion) กล้าพูดเปิดเผยความรู้สึกได้เพิ่มขึ้น (Young & Oei อ้างใน ประวิล ชัยยะเกิด, 2549) นอกจากนี้ สุภาภรณ์ กรุดทอง (2539) ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ยามมีพฤติกรรมการดื่มกับเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 88.90 และจะดื่มกับญาติพี่น้อง ร้อยละ 6.50 เนื่องจากมีความเชื่อว่า ลูกผู้ชายต้องดื่มเป็น การเข้ากลุ่มสังคม ถ้าจะให้สามารถคบหากันได้นานๆ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะต้องดื่มเหมือนกัน หากทำอะไรที่ แตกต่างกันจะทำให้บุคคลถูกมองว่าไม่ปกติ ซึ่งการกระทำของเขาอาจไม่ได้รับการยอมรับ หรือถูกต่อต้านได้ (ทรงพล ภูมิพัฒน์, 2538)

เจตคติที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างผู้เสพและผู้ติดสุรา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการดื่ม เกิดจากต้องการ

สนุกสนานสังสรรค์ เพื่อนชวน อยากร้อง ส่วนเหตุผลของการดื่มอย่างต่อเนื่อง คือ ลดอาการ หงุดหงิด ทำให้หลับสบาย สนุกสนาน และเหตุผลของการกลับไปซื้อดื่ม เนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็ง ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ เครียด กลุ้มใจ ส่วนปัญหาคอขวดที่ทำให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น พบน้อยมาก (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547)

ส่วนปัจจัยด้านค่านิยมนั้น พบว่า ปัจจุบันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสถานภาพเท่ากับน้ำผลไม้ และ น้ำอัดลม น้ำ จึงทำให้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถดื่มได้ กลายเป็นเรื่องปกติทั่วไป มีการเลือกบริโภคตามความนิยม เช่น เพศหญิงดื่มไวน์ ส่วนเพศชายจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีระดับแอลกอฮอล์ที่สูงกว่า และยังบอกถึงสภาพทางสังคม เศรษฐกิจของผู้ดื่มด้วย เช่น เหล่าขาว เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชนชั้นล่างที่มีระดับทางเศรษฐกิจต่ำ ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากต่างประเทศ และสุราสี เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชนชั้นสูง หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดี (ไพบูลย์ ดวงจันทร์ อ่างใน วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา, 2545)

จะเห็นได้ว่า ความคาดหวัง เจตคติ และค่านิยม ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ อาจส่งผลให้บุคคลตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนเกิดภาวะติดสุรา ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน จนไม่สามารถบอกได้ว่า ปัจจัยใดมีผลต่อการติดสุรามากที่สุด (ประวีล ชัยยะเกิด, 2549)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ชักจูงให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลมากกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ให้เกิดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปัจจุบันพบว่าแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เป็นร้านขายของชำ มีการขายกันอย่างแพร่หลายในชุมชน โดยใช้ระบบเงินเชื่อ ดื่มน้ำก่อน จ่ายทีหลัง ทำให้เกิดปัจจัยที่เอื้อต่อผู้บริโภค ในส่วนของความสะดวกสบาย หาซื้อได้ง่าย ประกอบกับสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์โน้มน้าวใจ ในลักษณะของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย (วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา, 2544) สอดคล้องกับสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าปัจจุบันนโยบายเปิดตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสรี ทำให้มีการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จำนวนสื่อโฆษณาชี้ชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจำนวนร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้บ้านมีมากขึ้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีขายในร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ ตู้แช่ตามหมู่บ้าน ร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนบางแห่งลูกค้าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลงบัญชีโดยไม่ต้องจ่ายเงินสด ซึ่งเอื้อให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถดื่มได้ตามความต้องการในปริมาณมาก เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ไม่สามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และยังพบว่า ภาวะวิกฤติต่างๆ กระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Taylor อ่างใน ประวีล ชัยยะเกิด, 2549) เช่นเดียวกับ ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ (2535)

เชื่อว่าการเป็นโรคจิตสุรา เกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นบริบทของแต่ละบุคคล แรงผลักดันจากสังคม การเลี้ยงดู วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา การไม่มีงานทำ ภาวะยากจน ความเครียดจากการงาน เด็กมีการเลียนแบบพฤติกรรมจากผู้ใหญ่ หรือทำตัวให้เหมือนเพื่อนกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจากนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจระดับรากหญ้าของรัฐบาลที่ผ่านมา ที่มีการส่งเสริมสินค้า “หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์” ทำให้หลายพื้นที่ได้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าถูกกฎหมาย ส่งผลให้ประชาชนมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น

จากแนวคิดด้านศาสนาและศีลธรรม เชื่อว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป เป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นสูญเสียความควบคุมทางสังคมคนที่ติดสุราจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเขาเลือกที่จะดื่มเองการตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นเพราะแรงบีบบังคับทางศีลธรรมที่ต่อต้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อ่อนแอลงหรือขาดหายไป (Nussbaum อ้างใน สุขุมแสงเดือนฉาย, 2547)

จากข้อมูลทีกล่าวมา สรุปว่าปัญหาการเป็นโรคจิตสุรามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว สังคม และปัจจัยในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนกระทั่งกลายเป็นโรคจิตสุรา และมีสาเหตุที่ซับซ้อนมากมาย ไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่สามารถอธิบายการเกิดโรคได้อย่างสมบูรณ์ โดยสาเหตุต่างๆ จะมีผลเกี่ยวเนื่องกัน จนไม่สามารถบอกได้ว่า ปัจจัยใดมีผลต่อการเป็นโรคจิตสุรามากที่สุด ซึ่งการทราบสาเหตุของการเป็นโรคจิตสุรา มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนและหาแนวทางการรักษา ตลอดจนการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งลักษณะการดื่ม (ดื่มบ่อยๆหรือดื่มนานๆ ครั้ง) และปริมาณการดื่ม (ดื่มน้อยๆ หรือดื่มครั้งละมากๆ) ก่อให้เกิดการเมาสุรา การเป็นโรคจิตสุรา และผลของพิษจากแอลกอฮอล์ ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เศรษฐกิจ และสังคม จึงสรุปผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านบุคลิกภาพ

1.1 ด้านร่างกาย เมื่อบุคคลดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีอาการหน้าแดง ตามองเห็นไม่ชัด อ่อนเพลีย (Clar, 2003) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการป่วยด้วยโรคเรื้อรังและพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มักมีโรคทางกายและทางจิตร่วมด้วย เช่น เบาหวาน มะเร็งตับ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งเต้านม โรคหัวใจ ความดัน

โลहितสูง ชัก ชิมเคร้า (WHO, 2004) ซึ่งโดนัลและวิลเลียม (Donald & William อ้างใน จวีวรรณ ปัญญาสุข, 2544) ได้อธิบายความผิดปกติของร่างกาย ที่เป็นผลมาจากแอลกอฮอล์ (alcohol induced disorder) ขึ้นอยู่กับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า มีอาการทางประสาท ทำให้การตอบสนองช้าลง มีอาการเมาอย่างเห็นได้ชัด เสียการทรงตัว พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความจำเสื่อม ความรู้สึกตัวและระบบหายใจแย่งลง อุณหภูมิและความดันโลหิตลดลง ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน สัมผัสอาหารในกระเพาะอาหาร ปัสสาวะรด หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ ลึนตาคุดก้นทางเดินหายใจ ไม่หายใจ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด 600–800 mg % นอกจากนี้ ในผู้ที่หยุดดื่ม หรือลดการดื่มอย่างกระทันหัน หลังจากที่ได้ติดต่อกันมาระยะเวลาหนึ่ง จะมีอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) ได้แก่ ตัวสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดศีรษะ อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้วงจรการนอนหลับเสีย และเกิดภาวะชัก หมดสติ วิดกกังวล ซึมเศร้า หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งมักเกิดหลังจากหยุดดื่ม ได้ไม่กี่ชั่วโมง พบบ่อยในตอนเช้าวันรุ่งขึ้น หลังจากที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ปรีวัตร ไชยน้อยและ ดวงเดือน ไชยน้อย, 2548) เช่นเดียวกับแมคเคนนาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะพังกสุราหรือเป็นโรคติดสุรา และมีอาการทางจิตจากสุรา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 43 ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะมีอาการโรคจิตจากสุรา (Mckenna, 1997) สอดคล้องกับ ปรีทรศ ศิลปกิจ และ คณะ (2542) อธิบายว่าการดื่มหนักมาเป็นเวลาหลายปี ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางกายและจิตอย่างถาวร เกิดอันตรายอย่างรุนแรงต่ออวัยวะและการทำงานของร่างกายหลายๆ อย่าง เช่น หัวใจ ตับ ไต กล้ามเนื้อ และเกิดอาการถอนพิษสุรา ซึ่งหากคนที่ติดสุราหยุดดื่มทันที จะทำให้เกิดอาการทางกาย ภายใน 6 ชั่วโมง และเกิดอาการทางจิตจับปล้น คือ delirium tremens ชัก รวมทั้งมีอาการกระวนกระวาย วิดกกังวล และมีอาการทางระบบประสาทซึมพาเรติก และจากอาการทางกายดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปดื่มซ้ำ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) จากข้อมูลของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่าการที่ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขยับขยายพาดิน เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรมากกว่า ร้อยละ 50 ของที่เกิดทั้งหมด ในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากการดื่มเหล้าขาว ส่วนการศึกษาข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2548 พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความตั้งใจทำร้ายตนเองถึง ร้อยละ 50–60 และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมีเพศสัมพันธ์ ที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ เอช ไอ วี (HIV) และการเกิดโรคเอดส์ (AIDS) จากสถิติ ผู้ป่วยโรคเอดส์ของวัดพระบาทน้ำพุพบว่าการป่วยด้วยโรค

เอดส์ มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย สูงถึงร้อยละ 70 และ พบอัตราการป่วยด้วยโรคตับจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงขึ้น 2 เท่าในเวลา 4 ปี (บัณฑิต ศรไพศาล, 2549 ข)

นอกจากนี้ ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตประสาท ได้แก่ เกิดความบกพร่องทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว จะเกิดขึ้นหลังจากการดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่ม, เกิดความจำเสื่อมแบบไปข้างหน้า (anterograde amnesia) หลังการดื่มในปริมาณมากๆ สมองจะถูกทำลายเนื่องจากแอลกอฮอล์, ความบกพร่องด้านความจำ ซึ่งรูปแบบที่รุนแรงที่สุด คือ Korsakoff syndrome มีความสัมพันธ์กับการขาดไรอามีน หรือวิตามินบี 2 ร่วมกับการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ โดยจะมีความจำเสื่อมในระยะสั้น แต่จะรักษาความจำระยะยาว และการคิดย้อนอดีตได้ดีกว่า อาการผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal lobe syndrome) ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการคิดรวบยอด การวางแผนและการจัดระบบ การฝ่อของสมองส่วนซีเรเบลลัม (cerebella atrophy) ทำให้เกิดอาการเดินเซ (ataxia) ทรงตัวได้ไม่ดี, ภาวะเลือดได้เยื่อหุ้มสมอง (subdural haematoma) ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อาจเกิดหลังจากมีอุบัติเหตุทางศีรษะ ซึ่งอาจถูกมองข้ามไป เนื่องจากได้รับพิษของแอลกอฮอล์ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกๆ อาจทำให้ลืมเรื่องราว ที่ทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากขึ้นจะเกิดอาการ โสกเศร้าเสียใจกับเรื่องที่ต้องการจะลืม ผลจากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ประไพ ทยายุทธ, 2545) สอดคล้องกับสมภพ เรื่องตระกูล (2547) ที่พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีปัญหาทางอารมณ์และบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ การมีท่าทีไม่เป็นมิตร ดื่มจัด สูบบุหรี่จัด ไม่มีความพึงพอใจเรื่องรอบตัว ดำเนินตนเอง หวาดกลัว อารมณ์อ่อนไหว มีความลังเลใจ ไม่เชื่อใจผู้อื่น ดำเนินผู้อื่นและขาดการริเริ่ม และจากรายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2547 พบว่าผู้ที่ทำร้ายตนเอง ร้อยละ 38 มีพฤติกรรมดื่มสุรา (กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ ของการเกิดภาวะ โรคร่วม ในผู้ที่ใช้สารเสพติดซึ่งรวมถึงผู้ติดสุรากับภาวะอารมณ์แปรปรวนและภาวะวิตกกังวล พบว่า การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวน และภาวะวิตกกังวล ในทิศทางบวก ($p < .05$) นอกจากนี้ การใช้สารเสพติดรวมถึงการเป็นโรคติดสุรา ก่อให้เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวน และภาวะวิตกกังวล ซึ่งจะนำไปสู่โรคจิตได้ง่าย (Bridget & Frederick, 2004) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่าการเป็นโรคติดสุราทำให้ผู้ที่ติดสุรา ไม่สามารถที่จะพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง มีปัญหากับบุคคลในครอบครัว (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547)

1.3 ด้านบุคลิกภาพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้อารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อพฤติกรรมต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ต่ำ มีการตัดสินใจแย่ง มีภาวะซึมเศร้า และขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เคยสนใจ มีทัศนคติทางลบ (Clar, 2003) นอกจากนี้พิษของแอลกอฮอล์ ยังมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม การปรับตัว เพราะจะทำให้เกิดอาการทำนองเดียวกับโรคจิต โรคประสาทได้ เช่น บางคนเกะกะก้าวร้าว บางคนซึมเศร้า บางคนชอบร้องไห้ ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อบุคลิกภาพทั้งสิ้น ทำให้อาการเคลื่อนไหว และกิริยาท่าทางผิดไปจากปกติ ความสามารถในการใช้เหตุผล และการตัดสินใจเสื่อมถอยลง ยิ่งถ้าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ยิ่งมีผลร้ายถึงขนาดทำลายระบบประสาท ซึ่งมีผลกระทบต่อ พฤติกรรมการเรียนรู้และด้านสังคมเป็นอย่างยิ่ง (นิภา นิชยาชน, 2530) เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ส่วนใหญ่ จะปฏิเสธว่าตนไม่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถเลิกดื่มได้ หากต้องการจะเลิก ดังนั้นเมื่อมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ก็จะพยายามหาเหตุผลมาอธิบาย เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องและมีการดื่มต่อไป จนกลายเป็นการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดปกติ เกิดการติดสุราซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรง ในที่สุด ทำให้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ คือ โรคจิตจากสุรา (ประไพ ทายาท, 2545) นอกจากนี้ผล จากการที่ร่างกายขาดวิตามินบีรวมอย่างมาก ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะทำให้บุคลิกลักษณะ เปลี่ยนแปลงไป คือ มีจิตใจหดหู่ เคร่งเครียด อารมณ์ไม่คงที่ ขลาดอาย เป็นดั่ง บางรายมีน้ำตาลใน เลือดน้อยกว่าระดับปกติ ส่งผลให้บุคคลนั้นมึนงงเปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย และมีความเข้าใจ ในสิ่งต่างๆ ไม่ชัดเจน ยากที่จะทำความเข้าใจบุคคลอื่น บางคนเกิดอาการแพ้ จากความรู้สึกที่ไวต่อ สิ่งเร้ามากเกินไป เช่น แพ้ละอองหญ้า เกสรดอกไม้ ฝุ่นละออง มีอาการไข้ วิงเวียนศีรษะ เป็นผื่นคัน ตามผิวหนัง หอบ และยังทำให้บุคคลมีการตัดสินใจช้า ตัดสินใจยาก มีความลำบากในการคิดและ รวบรวมความคิด มีปมในเรื่องต่างๆ ไป วิดกกังวลเกี่ยวกับตนเองเกินกว่าเหตุ กลียดกลัวภาระหน้าที่ ประจำวัน และมีความรู้สึกอึดอัดแฝงอยู่ (นิภา นิชยาชน, 2530) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าผู้ที่ติดสุราจะมีบุคลิกแบบต่อต้าน สังคม (antisocial personality disorder: ASPD) และมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง (aggression) (Gerard & Donald, n.d.)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัว โดยไม่จำเป็นต้องถึงขั้นติดสุรา แต่เพียงแค่ชอบดื่ม และใช้เวลาไปกับการดื่มก็หมายถึงว่า การให้เวลากับครอบครัวจะน้อยลง ความอบอุ่นในชีวิต ครอบครัวก็จะไม่มี ถึงมีก็น้อยมาก (มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2546) ทำให้เสียเพื่อน ทำลายความสัมพันธ์ ระหว่างคู่สมรส และความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2548) เนื่องจากผู้ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางราย ดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว เป็นสาเหตุให้เกิดการหย่าร้าง (Gelder et al. อ้างใน

นิพนธ์ คำล้าน, 2547) และครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว เป็น 3.84 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ไม่ดื่ม (รณชัย คงสกลธ์, 2548) สอดคล้องกับ วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ (2545) พบว่าสามีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะทำร้ายร่างกายภรรยา ร้อยละ 5.70 และภรรยาที่ดื่มเป็นประจำจะทำร้ายสามีร้อยละ 6.20 และจากการศึกษาผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในฐานะปัจจัยร่วมของการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ของมูลนิธิเพื่อนหญิง ในปี พ.ศ. 2546 พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดส่วนหนึ่งยอมรับว่า เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว จะมีอารมณ์รุนแรงตามมา จนยับยั้งความโกรธได้ลำบาก และมักทำร้ายคนใกล้ชิดมากที่สุด คือ ภรรยาและบุตร รวมถึงพุดจาด่าทออันเป็นการทำร้ายกันทางวาจาด้วย ส่วนผู้หญิงที่ถูกทำร้ายจากสามีหรือคนในครอบครัวที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าได้รับผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากที่สุด หลายคนมีอาการหวาดผวาทดทุกครั้งที่สามียกแก้วดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549 ก) จากพฤติกรรมของผู้ติดสุราดังกล่าว ส่งผลให้เด็กในครอบครัวของผู้ติดยา มีความสับสน ขาดความมั่นใจ รู้สึกไม่มั่นคงต่อความรักที่ได้รับจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง และมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เมื่อโตขึ้นเด็กกลุ่มนี้อาจมีพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและอารมณ์บกพร่อง (Gender et al. อ้างใน ดอกรัก พิฑาคำ)

พ่อแม่มีความสำคัญในการส่งเสริม หรือทำลายสุขภาพจิตของคนในครอบครัว และการที่บิดาหรือสมาชิกในครอบครัวติดยา ใช้ยาอย่างสุรุ่ยสุร่าย ริดไถคนในครอบครัว หากไม่ให้อะไรก็จะทะเลาะวิวาท บางรายทำร้ายคนในครอบครัว และก่อคดีข่มขืน ทำให้ครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรง ซึ่งต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และเป็นเหตุให้แม่บ้านหลายคนต้องมาพบจิตแพทย์ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2542) นอกจากนี้ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตหรือโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่ เป็นภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน ใช้เวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตหรือโรคพิษสุราเรื้อรังนานเกิน 1 ปี ทำให้เกิดความเครียดมากในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตหรือโรคพิษสุราเรื้อรังมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น สอดคล้องกับ ใทยา ตระกูลมูล (2546) พบว่า คู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 65 และยังมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัวอีกมากมาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน บางรายไม่กล้าต่อสู้กลับ และไม่กล้าเล่าให้ใครฟัง แม้กระทั่งไปพบแพทย์เพราะอับอาย (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549 ก) ซึ่งอาจส่งผลให้แม่บ้านเกิดความเครียด กลุ้มใจ และหาทางออกในทางที่ผิด โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนคาร์ล (Clar, 2003) กล่าวว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการโต้เถียง ทะเลาะวิวาทในครอบครัวเกิดครอบครัวแตกแยก และเกิดความห่างเหิน แยกตัวเอง ออกจากบุคคลอื่น นอกจากนี้

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ยังทำหน้าที่บกพร่อง มีปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส (อวัศดา จันทรแสนตอ, 2541) จากสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว และอาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและผู้ที่ได้รับผลกระทบ มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากยิ่งขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

3.ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่จะได้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาตอบสนองความต้องการของตน ทำให้ค่าใช้จ่ายในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าค่าใช้จ่ายอย่างอื่น และเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน หรือบางคนดื่มตลอดเวลา ส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน รายได้จากการทำงานลดลง เงินไม่พอใช้ในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงต้องเป็นหนี้ ก่อความเดือดร้อนให้คนอื่น เป็นภาระสังคมในการดูแล ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นลดลง จากพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ (นิพนธ์ คำล้าน, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อด้านอาชีพ ทำให้ไม่ได้เลื่อนตำแหน่ง ถูกลดตำแหน่ง ถูกไล่ออกจากงาน เกิดปัญหาว่างงาน ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ทำให้ขาดรายได้ประจำที่เคยได้จากการทำงาน เงินไม่พอใช้ เป็นหนี้การพนัน ถูกขโมย โกง ถูกหลอกหลวง และส่งผลกระทบต่อด้านกฎหมาย ทำให้ฝ่าฝืนกฎหมายที่ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเสพยาเสพติดขณะขับรถ ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่ มีคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ถูกทำร้ายร่างกาย ฆ่าตัวตาย ทอดทิ้ง ขาดความรับผิดชอบ ไม่เลี้ยงดูเด็ก หรือบุคคลในครอบครัว ตลอดจนขายบริการทางเพศ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนใหญ่มักมีความเจ็บป่วยทางกาย หรือมีภาวะโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคตับ โรคหัวใจ โรคผิวหนัง โรคตับ หรือบางรายมีอาการทางจิต นอนไม่หลับ หวกระแวง หนาววูบ ประสาทหลอน ซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง เมื่อป่วยก็ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และผู้ป่วยเกือบทุกรายมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ยกเว้นค่าธรรมเนียม ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของภาครัฐ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแล บำบัด ช่วยเหลือ ผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังเช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตสุราที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหาดคง จังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2549 เป็นเงิน 131,761 บาท มากกว่าปีงบประมาณ 2547 ถึง 76,503 บาท (โรงพยาบาลหาดคง, 2549) และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 53 ของประชากรได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลถึง 185 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Alcohol Recovery Center, n.d.)

จากการศึกษาผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2544 พบว่า เพศชายที่ดื่มเป็นประจำ เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาทเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 45.60 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลคดีอาญาศาลจังหวัดลพบุรีพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ก่อความผิดที่ทำให้เสียทรัพย์ ร้อยละ 59.10 ความผิดเกี่ยวกับเพศ ร้อยละ 34.80 ความผิดต่อร่างกาย ร้อยละ 20.80 ความผิดฐานบุกรุก ร้อยละ 16.10 ความผิดฐานข่มขืน กระทำชำเรา ร้อยละ 10.50 (วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงศ์, 2545) นอกจากนี้ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเมาสุราแล้วขับรถ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร โดยเฉพาะช่วงเทศกาล ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณีไทย จากข้อมูลของสำนักงานกฤษฎีกาและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พบว่าในช่วงเทศกาลสำคัญของทุกปี จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ จราจรทางบก มากกว่าช่วงปกติตลอดปี คือ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าช่วงปกติ 1.70–2.60 เท่า และในช่วงปีใหม่จะมากกว่าช่วงปกติ 1.90–2.30 เท่า และจากข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ช่วงสงกรานต์ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544–2547 พบว่า อุบัติเหตุจราจร มักจะเกิดขึ้นมากในจังหวัดที่เป็นทางผ่าน หรือเป็นศูนย์กลางการคมนาคม หรือเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่และประชากรมาก ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี เป็นต้น ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ถึงร้อยละ 47.40 และในผู้ที่ดื่มจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากการบาดเจ็บสูงกว่าผู้ไม่ดื่มร้อยละ 31.10 (นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 5, 2548) ยังมีการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากเท่าใด ยังส่งผลกระทบต่อความเสียหายของทรัพย์สิน บุคคล ความรู้สึกของบุคคลมากขึ้นเท่านั้น

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทั้งระยะสั้นและระยะยาว จากการทำงานในพื้นที่พบว่า ปัญหาด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว อาจมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเป็นโรคจิตสุรา หรือเป็นโรคจิตจากสุรา

การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test) ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย ศาวิตรี อัยฉนังกรชัย (2548) ในปี พ.ศ. 2544 และนำมาใช้ในสถานบริการทุกระดับ และบุคคลทั่วไปสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีค่าความไว (sensitivity) 96% และความจำเพาะ

(specificity) 96% ในการตรวจพบภาวะการดื่มที่เป็นอันตราย และมีค่าความไว (sensitivity) 87% และความจำเพาะ (specificity) 81% ในการตรวจพบภาวะการดื่มที่มีปัญหา แบ่งเป็น 4 ระดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) คือ

คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ดื่มแบบเสี่ยงน้อย (low risk drinking)

คะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ดื่มแบบเป็นอันตรายหรือเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking)

คะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ดื่มแบบมีปัญหามาก (harmful drinking)

คะแนน 20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ดื่มแบบติด (alcohol dependence)

จากความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าว สรุปได้ว่าพฤติกรรมการดื่มแบบติดเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ จะมีการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผล หรือได้ฤทธิ์จากแอลกอฮอล์ หากลดหรือหยุดการดื่มจะมีการขาดแอลกอฮอล์เกิดขึ้น และยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แม้จะรู้ว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับตนเอง

ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ต้องอาศัยเกณฑ์การประเมินที่ละเอียดมากกว่าการให้ความหมายของการเป็นโรคติดสุรา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินผู้ที่เป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) ร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) ที่มีคะแนนพฤติกรรม การดื่ม มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน เพื่อความแม่นยำ และน่าเชื่อถือของการประเมิน

ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขและพยาบาลจิตเวช จะมีโอกาสพบผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ มีความเจ็บป่วยทางกาย มีความเจ็บป่วยทางจิต และมีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคติดสุรา ซึ่งในการวินิจฉัยอาการทางคลินิกอาจใช้การสัมภาษณ์ และคัดกรองผู้ป่วยที่มีลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ โดยถามปริมาณ ความถี่ของการดื่มต่อครั้ง ต่อสัปดาห์ ตลอดจนการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลเหล่านั้น

พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว

ความหมายของการสื่อสารในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของการสื่อสารในครอบครัว ไว้ดังนี้ ปีเตอร์สัน (Peterson, 1999) ให้ความหมายว่า การสื่อสารในครอบครัว คือ การสื่อความหมาย โดยใช้คำพูด และแสดงท่าทาง เพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทักษะที่สำคัญสำหรับการสื่อสาร ได้แก่ ทักษะการพูด และ ทักษะการฟัง

บุญศรี ปราณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล (2536) ได้ให้ความหมายของ การสื่อสารในครอบครัวไว้ว่า เป็นการใช้ตัวบุคคลในครอบครัว เป็นผู้ถ่ายทอดเรื่องราวข่าวสาร ซึ่งบุคคลเหล่านี้ อาจใช้คำพูด การกระทำ การสารัตถ์ และวิธีสื่อสารแบบต่างๆ เข้าช่วยก็ได้

สมภพ เรืองตระกูล (2547) ให้ความหมายว่าการสื่อสารในครอบครัว ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันภายในครอบครัว ที่มีความพอเพียงและชัดเจน มีการแสดงอารมณ์ ได้แก่ คำพูดที่แสดงออกถึงความรู้สึกในขณะนั้น การสื่อสารที่เบี่ยงเบน หมายถึง การสื่อความหมายที่ไม่ชัดเจน ไร้จุดประสงค์ ไม่ปะติดปะต่อกัน และไม่มีเขาวนปัญญา

สรุปได้ว่า การสื่อสารในครอบครัว เป็นการสื่อความหมาย โดยใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด ความรู้สึก ระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว

องค์ประกอบของการสื่อสารในครอบครัว

ส่วนองค์ประกอบของการสื่อสารในครอบครัว ลาสเวลล์ (Lasswel อ้างใน จันทจันทร วงศ์สุวรรณ, 2547) ชาวอเมริกัน ได้ตั้งทฤษฎีการสื่อสาร ชื่อ ทฤษฎีของลาสเวลล์ กล่าวว่า องค์ประกอบของการสื่อสาร มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ส่งสาร (sender) ผู้รับสาร(receiver) สาร (message) สื่อหรือช่องทางนำข่าวสาร (channel) และผลกระทบหรือปฏิกิริยาตอบกลับที่เกิดจากการสื่อสาร(what effect)

1. ผู้ส่งสาร (sender) คือ ผู้ที่แสดงบทบาทในการสื่อความหมาย ความคิด ความรู้สึก หรือตอบกลับการสื่อสารไปยังอีกฝ่ายหนึ่ง อาจด้วยคำพูด กริยาท่าทาง สายตา หรือการแสดงสัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้สื่อสารเกิดความเข้าใจในสารที่ตนต้องการที่จะสื่อออกไป

2. ผู้รับสาร (receiver) คือ ผู้ที่แสดงบทบาทเป็นผู้ฟัง ผู้สังเกต และตีความสารที่ได้ยิน ได้เห็น สังเกตได้ หรือแม้แต่รู้สึกได้จากการสื่อความหมายของผู้ส่งสาร ทั้งสารที่ต้องการส่งโดย

เจตนา และไม่เจตนา ซึ่งผู้รับจะนำมาประมวลและแปลความหมายตามสภาวะของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นภาวะทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการรับสารของตน หรือ สภาวะทางจิตวิทยา เช่น ค่านิยมต่างๆ

3. สาร (massage) คือ เรื่องราวที่คู่สื่อสารถ่ายทอดแลกเปลี่ยนบนซึ่งกันและกัน เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง และจะมีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่คงที่และมีความยืดหยุ่นสูง มีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนเรื่องไปสู่สารใหม่ ได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว

4. สื่อ (channel) คือ ช่องทางนำข่าวสารจากผู้ส่งสารไปสู่ผู้รับสาร ซึ่งช่องทางการสื่อสาร เพื่อส่งผ่านข่าวสาร มี 6 ประการ คือ การรับเสียง (auditive หรือ vocal channel) ได้แก่ การพูด การเปล่งวาจา การรับภาพ (visual channel) ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า แววตา การเคลื่อนไหว และระยะห่างระหว่างบุคคล การรับสัมผัส (tactile channel) ได้แก่ การแตะ การกระทุ้ง กระตุก การรับกลิ่น (olfactory channel) ได้แก่ การดม การได้กลิ่น การรับรส (gustatory channel) ได้แก่ ความรู้สึกในรสต่างๆ การรับอุณหภูมิ (thermal channel) ได้แก่ ความรู้สึกแฉะ ร้อน หนาว ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคคล จะมีการใช้ช่องทางต่างๆ เหล่านี้ แทบจะครบถ้วน

5. ผลกระทบหรือปฏิกิริยาตอบกลับที่เกิดจากการสื่อสาร(what effect) คือ ผลตอบสนองที่เกิดจากการพูด หรือปฏิกิริยาของผู้ฟัง ซึ่งที่ทั้งด้านบวกและด้านลบ ปฏิกิริยาด้านบวกจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ฟังเกิดความพึงพอใจ เช่น การพยักหน้า ประทับมือ หัวเราะ ยิ้ม เป็นต้น ส่วนปฏิกิริยาด้านลบนั้นผู้ฟังจะแสดงออกเมื่อไม่พอใจ หรือไม่เข้าใจ เช่น คอยกั้น ไม่สนใจฟัง มองเหม่อ ขมวดคิ้ว ชักสีหน้า เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป องค์ประกอบของการสื่อสารมี 5 องค์ประกอบ ตามทฤษฎีการสื่อสารของลาสเวลล์ ได้แก่ ผู้ส่งสาร (sender) ผู้รับสาร (receiver) สาร (massage) สื่อหรือช่องทางการนำข่าวสาร (channel) และผลกระทบหรือปฏิกิริยาตอบกลับที่เกิดจากการสื่อสาร (what effect) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญ ที่ต้องคำนึงถึง เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งส่งผลให้การติดต่อสื่อสารมีความสมบูรณ์ หรือบกพร่อง ได้แก่

1. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการสื่อสารต่าง จากบุคคลที่มีอายุน้อยซึ่งบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น(พิชชดา วิรัชพันธุ์ อังโน ชินานานู

จิตตารมณ์, 2547) จึงทำให้ความคิด ทักษะ และความรู้สึกรู้สึกของคนต่างวัยไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีวัยต่างกันมากๆ อาจส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายของการสื่อสารในสิ่งเดียวกันต่างกันไป เช่น ผู้สูงวัยในครอบครัว อาจว่ากล่าว ตักเตือน บุตรหลาน วัยทำงานหรือ วัยรุ่นด้วยความเป็นห่วง แต่บุตรหลานอาจตีความว่าผู้สูงวัยไม่ชอบตน จึงเกิดความเครียด นอกจากนี้ในช่วงวัยผู้ใหญ่ หรือวัยทำงาน มักมีความเครียดได้ง่าย จากปัญหาการทำงาน เศรษฐกิจ จึงทำให้มีเรื่องขัดแย้งกันในครอบครัวอยู่เสมอ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ซึ่งอาจเป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารดังกล่าวในทางที่ผิด โดยการดื้อรั้น แกล้งแกล๊ว เป็นต้น

2. ความแตกต่างทางเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้หญิงและผู้ชายมีวิธีสื่อสารที่ต่างกัน และความแตกต่างนี้เอง อาจทำให้เกิดปัญหาเพศหญิงมักจะเป็นคนมีจิตใจอ่อนไหว ละเอียดย่อม ประณีประนอม และหึงหึงจืดจืดใจคนอื่นได้ ดีกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะมีการสื่อสารตรงไปตรงมา จนบางครั้งเป็นคำพูดที่ตรงเกินไป จนผู้อื่นรับไม่ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2547)

3. การศึกษาของบุคคลในครอบครัว ความแตกต่างด้านการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรับรู้และการจัดการกับปัญหาแตกต่างกัน บุคคลที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา อาจขาดทักษะในการปรับตัว หรือมีทักษะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ น้อยกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างไม่เป็นระบบ (ประวิไล ชัยยะเกิด, 2549) รวมทั้งอาจทำให้มีทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่น ไม่เหมาะสม

4. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้น้อย มักใช้การลงโทษทางกายที่ใช้อารมณ์ ในการลงโทษสมาชิกในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่มีฐานะ ในทางเศรษฐกิจปานกลางและสูง โดยครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและปานกลางน่าจะมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการสื่อสารในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (สุจิตรา อุดสาหะ อังในชินานาญ จิตตารมณ์, 2547)

จะเห็นได้ว่าความแตกต่างในด้านอายุ เพศ และการศึกษา ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของบุคคลอื่นแตกต่างกัน และจะส่งผลต่อการแสดงออกต่อพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่างกันด้วย

นอกจากนี้บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดกุล (2536) ได้อธิบายว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร ได้แก่

1. ทักษะในการสื่อสารของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความชำนาญในการสื่อสาร เมื่อเราสื่อสารโดยวิธีใด เราต้องมีทักษะในการสื่อสารด้วยวิธีนั้น เช่น การพูด ผู้พูดต้องมีทักษะในการ

เปล่งเสียงให้ชัดถ้อยชัดคำ จัดประโยคได้ถูกต้อง ใช้คำที่แสดงความหมายตรงกับที่ผู้พูดต้องการ และ ผู้ฟัง มีโอกาสได้ยินตามที่เรต้องการ ทักษะในการส่งสาร เช่น การพูด การเขียน การวาด การแสดงสีหน้า การท่าทาง หรือใช้สัญลักษณ์ต่างๆ เช่น ภาษามือของคนใบ้ ทักษะในการรับสาร ได้แก่ การฟัง การอ่าน การดู การแปลความหมาย เป็นต้น

2. เจตคติ หมายถึง ความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ มี 3 ส่วน คือ

2.1 เจตคติต่อตนเอง ผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง จะมีความพร้อมในการสื่อสาร

2.2 เจตคติต่อคู่สื่อสารหรือต่อผู้ที่เรสื่อสารด้วย หากเรามีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ฟัง จะทำให้เราไม่อยากพูดกับคนนั้น เช่น ในการสื่อสารระหว่างสามีกับภรรยา หากภรรยามีเจตคติที่ดีต่อสามี มีความเห็นใจอยากช่วยเหลือ จะมีผลให้ภรรยา ปฏิบัติต่อสามีอย่างนุ่มนวล ให้เกียรติ มีการทักทายปราศรัย ชี้แจง อธิบายด้วยคำพูด ทำให้สามีสามารถขอความช่วยเหลือ บอกความลับ หรือซักถามข้อข้องใจจากภรรยาได้ง่าย

2.3 เจตคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกัน หากบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องราวนั้น จะทำให้ผู้ที่เรสื่อสารด้วย เปิดใจ ยอมรับได้ง่าย แต่หากมีอคติที่ไม่ดีต่อเรื่องราวที่สื่อสารกัน จะมีผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้งได้

ส่วนจิตตาภา สุขพลา (2548) เสนอว่า ปัจจัยภายนอก หรือ บริบท และ สภาพแวดล้อมในการสื่อสาร (context/environment) มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความคิดหรือความรู้สึก และการกระทำของคู่สื่อสาร (ผู้รับและผู้ส่ง) ในการสร้างความสมบูรณ์ของการสื่อสาร ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่

1. กรอบสังคม แต่ละคนถูกกำหนดบทบาทและสถานภาพ เพื่อทำหน้าที่ และปฏิบัติต่อสิ่งต่างๆ รวมถึงบุคคล แตกต่างกันไป แต่ละสถานภาพต้องแสดงบทบาทของตนเองให้เหมาะสมตามที่สังคมคาดหวัง

2. วัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของคนในสังคมนั้นๆ เป็นตัวกำหนดมารยาท หรือธรรมเนียมปฏิบัติของคนในสังคม ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในการสื่อสารกันของบุคคลด้วย

3. สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ มีอิทธิพลต่อการแสดงออก ด้านความสัมพันธ์ในการสื่อสาร ถ้าสถานะคล้ายคลึงกันก็จะเข้าใจกันง่าย แต่หากแตกต่างกัน ก็จะทำให้ความคิดความรู้สึกแตกต่างกันด้วย

4. ศาสนา ความเชื่อ เป็นตัวกำหนดทัศนคติของผู้สื่อสาร ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรม การพูดคุยกับคนต่างศาสนา อาจต้องระมัดระวังความคิดเห็นของตนต่อแนวคิดต่างๆ มากขึ้น

5. การเมือง การปกครอง ในระบอบประชาธิปไตยนั้น การแสดงออกทางความคิดเห็นสามารถกระทำได้โดยเสรี ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการแสดงความคิดเห็น กล้าคิด กล้าแสดงออก แต่หากอยู่ภายใต้การเมืองการปกครองที่ไม่แน่นอน ลักษณะการสื่อสารจะต้องระมัดระวังมากขึ้น

6. ถ้าบรรยากาศเป็นกันเอง จะเอื้อต่อการสื่อสารได้ดีกว่าบรรยากาศเคร่งเครียด ในที่สงบรวมเย็น ย่อมเอื้อต่อการสื่อสารได้ดีกว่า ที่มีเสียงอึกทึก จอแจ การสื่อสารด้วยความร่วมมือจะประสบความสำเร็จมากกว่าการแข่งขันเอาชนะ อากาศที่ร้อน เย็นไป ไม่สบายตัว ย่อมเป็นอุปสรรคของการสื่อสาร ดังนั้นบรรยากาศการสื่อสารภายในครอบครัวและวิธีของการสื่อสาร อาจส่งผลทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีหรือเลวในครอบครัวได้

7. การมีจริยธรรมในการสื่อสาร เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน ในการติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การซุบซิบนินทา การป่นปี้เป็นคำพูดจาเชือดเฉือน เสียดสีใส่ร้าย ก้าวร้าวรุนแรง ล้วนเป็นลักษณะของการสื่อสารที่ขาดจริยธรรมทั้งสิ้น เป็นสิ่งที่นำไปสู่ความบาดหมาง ไม่ลงรอยกัน อันจะทำให้การสื่อสารตั้งอยู่บนความหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจ นำไปสู่การไม่ประสบความสำเร็จในการสื่อสารตามที่เรามุ่งหวัง

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารในครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น ความแตกต่างระหว่างอายุ เพศ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ครอบงำสังคม วัฒนธรรม ศาสนา การเมือง การปกครอง บรรยากาศในการสื่อสาร และปัจจัยภายใน เช่น ทักษะในการสื่อสารของแต่ละบุคคล เจตคติ ความเชื่อ จริยธรรมในการสื่อสาร นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงอุปสรรคสำคัญของการสื่อสารซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารเช่นเดียวกัน

ในการสื่อสารแต่ละครั้ง อาจมีข้อผิดพลาด ทั้งที่เราสามารถควบคุมได้ และ ไม่สามารถควบคุมได้ ที่เรียกว่า อุปสรรคของการสื่อสาร ซึ่งเอกชัย กี่สุขพันธ์ (2538) ได้แบ่งอุปสรรคของการสื่อสารไว้ดังนี้

1. ผู้ส่งข่าวสารขาดทักษะในการสื่อสาร อาจได้แก่ การใช้ภาษา ถ้อยคำ ที่ไม่กระชับ ขาดการเข้าใจ ไม่เหมาะสมกับผู้รับข่าวสาร
2. ผู้รับข่าวสาร เลือกรับข้อมูล ตามความเชื่อ หรือ ความรู้สึกของตนเอง ทำให้ข้อมูลบางส่วน ถูกกลบหายไป
3. ทศนคติของบุคคลที่มีต่อกัน เช่น ความไม่เชื่อถือ ไม่ไว้วางใจกัน อันอาจทำให้เกิดอคติต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ซึ่งมีผลให้เกิดการตีความหมายของข้อมูลผิดไปจากความเป็นจริง
4. วัฒนธรรม ของภาษาที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการรับรู้ความหมายที่แตกต่างกันได้

5. ข้อมูลข่าวสารที่ส่งไปนั้น ต้องผ่านหลายขั้นตอน จึงทำให้ข้อมูลบางอย่างถูกปิดบังไว้ หรือ ข้อมูลบางอย่าง ที่ไม่มีความสำคัญถูกบิดเบือนให้ดูเหมือนว่าความสำคัญขึ้นมาได้

6. อารมณ์ของผู้ส่งข่าวสาร หรือ ผู้รับสารอยู่ในสภาพที่ไม่ปกติ มีการส่ง หรือรับข่าวสารในขณะที่มีอารมณ์โกรธ โมโห หงุดหงิด เป็นต้น

7. การขาดข้อมูลป้อนกลับที่ดี (positive feedback) หมายถึง ผู้รับข่าวสารขาดทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี ซึ่งบางครั้ง อาจใช้ การให้ข้อมูลป้อนกลับทางลบ (negative feedback) ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทางไม่เห็นด้วยกับผู้พูด หรือการแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว สิ่งเหล่านี้ จะมีผลให้ผู้ส่งข่าวสาร เกิดความไม่แน่ใจว่าจะพูดต่อไปดีหรือไม่

สิ่งที่เป็อุปสรรคของการสื่อสาร ทั้งจากตัวผู้ส่งสารและผู้รับสาร ตลอดจนปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้อื่นๆ แม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก็ไม่ควรมองข้าม เพราะการสื่อสารที่ดี จะต้องสามารถสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่าง ผู้รับและผู้ส่งสารให้ได้มากที่สุด

อิทธิพลของการสื่อสารในครอบครัว

ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารในครอบครัว เป็นพื้นฐานที่ดีของสังคม จะช่วยเสริมสร้างความผาสุก ความราบรื่น ความมั่นคง และความเป็นปึกแผ่นแก่ประเทศชาติ (จุฑานาฏ ผดุงเจริญ, 2543) และการสื่อสารในครอบครัว จะมีถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความรู้สึก ทั้งในรูปภาษาพูด และภาษาท่าทาง ในการสื่อสารมักจะมีเจตนาหรือ วัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งเสมอ ทำให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายร่วมกันทั้งสองฝ่าย

ผลของการสื่อสารในครอบครัว จำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพุทธิพิสัย ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นในสมองที่เกี่ยวกับความรู้และความจำ การเปลี่ยนแปลงด้านเจตพิสัย ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นในจิตใจที่เกี่ยวกับคุณธรรม ค่านิยม และนิสัย ประการสุดท้าย อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะพิสัย ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นในการแสดงออกของอากัปกิริยาที่เกี่ยวกับความชอบความผูกพัน ต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติ หรือการกระทำ (อรรณพ ปิณฑน์โอวาท, 2529) การสื่อสารในครอบครัวได้จำแนกตามวัตถุประสงค์ โดย ปีเตอร์สัน (Peterson, 1999) ซึ่งมี 2 ประการคือ

1. เป็นสื่อแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริงต่างๆ ระหว่างบุคคล เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ในสิ่งที่มุ่ง

หมาย

2. เป็นช่องทาง ให้สมาชิกในครอบครัวได้แบ่งปันประสบการณ์ด้านต่างๆ รวมถึงได้แสดงอารมณ์ ความรู้สึกที่จริง ซึ่งจะสร้างบรรยากาศแห่งความสัมพันธ์อันดี ระหว่างกัน

ดังนั้น ในครอบครัวที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถดำเนินการสื่อสารให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ข้อที่กล่าวมา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ครอบครัวมีความมั่นคง แน่นแฟ้น มีความสามัคคี เป็นครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และอ้อมค้อม จะทำให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวบกพร่อง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ การแก้ไขปัญหาต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันน้อย และบรรยากาศของความผูกพันกันภายในครอบครัวเป็นไปอย่างเปราะบาง ทำให้เกิดความเครียดสูง ในการมีปัญหาในครอบครัว เช่น การทะเลาะวิวาท หย่าร้าง และส่งเสริมให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมขึ้นมากมายในเด็ก

นอกจากนี้สมภพ เรืองตระกูล (2547) กล่าวว่า การปกป้องอย่างมาก ของบิดา มารดา และการพุดจาตำหนิติเตียน โดยสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรค จิตเภท โรคไบโพลาร์ โรคซึมเศร้า และ โรคฮัน แต่การสื่อสารระหว่างคู่ครองมีความละเอียดอ่อนแตกต่างไปจากบิดา มารดา กับบุตร โดยการใช้คำเสี่ยงและถ้อยคำจะสามารถแยกแยะระหว่างคู่สมรสที่มีปัญหาและไม่มีปัญหา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคู่ครองคอยพุดวิจารณ์ ตำหนิติเตียนและไม่ยอมรับ มักมีการดำเนินโรคที่ไม่ดี พบว่าการพุดจาระหว่างคู่สมรสที่มีข้อขัดแย้ง มักขาดความเที่ยงตรงและชัดเจน สามสิ่งซึ่งมีความทุกข์ใจมักมีการสื่อสารที่มีความผิดพลาด คู่ครองที่มีความทุกข์ใจมักอ้างเหตุผลว่าคู่ครองของตนแสดงพฤติกรรมเชิงไม่ปรารถนาจะสื่อสารด้วยเรื่องราวใดๆ จะถูกละเลย ไม่ได้พุดถึง การสื่อสารที่ไม่ดีต่อกัน ทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในทางลบเพิ่มขึ้นในใจ ของคู่สมรส การใช้คำพุดที่ติเตียนอย่างรุนแรง ส่งผลให้อีกฝ่ายหนึ่งไม่พอใจ ทั้งคู่อาจแสดงอารมณ์โกรธ มีท่าทีไม่เป็นมิตร เมื่อถึงเวลาแก้ไขปัญหาร่วมกัน ก็แทบจะไม่มีพุดจาในทางบวกหรือดีต่อกันเลย ครอบครัวที่มีความบกพร่องในการแก้ไขปัญหา ความตึงเครียดภายในบ้านจะเพิ่มขึ้น และเกิดข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิกเพิ่มขึ้น เกิดความเครียดในครอบครัว ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหลักเลียงปัญหา โดยอาจใช้สุราเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาได้ ในทางตรงข้ามคู่ครองที่ไม่มีความทุกข์ใจ จะแสดงความเลื่อมใส ชุมเชยต่อพฤติกรรมทางด้านบวกและมองข้ามพฤติกรรมทางด้านลบ

การประเมินพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัว

เนื่องจากการสื่อสารของบุคคลมีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) ไม่หยุดนิ่ง มีความเปลี่ยนแปลง และมีความต่อเนื่องตลอดเวลาจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถประเมินพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัว ตามแนวคิดของนักวิชาการด้านครอบครัว ได้ดังนี้

เอสวารา (Eswara อ้างใน จุฑานาฏ ผดุงเจริญ, 2543) ได้แบ่งพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว เป็น 4 แบบ ได้แก่

1. การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยปละ (laissez faire) คือ ลักษณะของการสื่อสารที่ไม่มีการเน้นย้ำให้ผู้อ่อนวัย มีความเคารพในผู้อาวุโสกว่า ไม่สอนให้เป็นคนมีน้ำใจ ไม่สอนให้กล้าแสดงออกในความคิดเห็นหรือเหตุผลของตนเอง และผู้ปกครองปล่อยให้เด็ก ดำเนินชีวิตอย่างเสรี ไม่มีกรอบหรือแนวทางใดๆ ให้ผู้อยู่ในความปกครองปฏิบัติตาม

2. การสื่อสารในครอบครัวแบบปกป้อง (protective) จะเน้นในเรื่องการมีกรอบกฎเกณฑ์ให้ปฏิบัติ มีความเคารพพบนอบต่อผู้อาวุโสกว่า ไม่เน้นให้กล้าแสดงออกในความคิดเห็นหรือแสดงเหตุผลของตนเอง

3. การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดเสรี (pluralistic) จะเน้นให้กล้าแสดงออกซึ่งความคิดเห็นหรือเหตุผล และความต้องการของตนเอง ให้ความสำคัญรองลงมาในเรื่องของการเป็นคนมีน้ำใจ การมีสัมมาคารวะต่อผู้ใหญ่

4. การสื่อสารในครอบครัวแบบประนีประนอม (consensual) เน้นการมีสัมมาคารวะต่อผู้ใหญ่ และเน้นให้กล้าแสดงออกซึ่งความคิดเห็น หรือเหตุผลที่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีการสื่อสารแบบปล่อยปละ จะมีส่วนร่วมทางการเมืองอยู่ในระดับต่ำ ในครอบครัวที่มีการสื่อสารแบบปกป้อง จะมีส่วนร่วมทางการเมืองอยู่ในระดับปานกลางจนถึงต่ำ และในครอบครัวที่มีการสื่อสารแบบเปิดเสรี จะมีส่วนร่วมทางการเมืองอยู่ในระดับสูง ส่วนเด็กที่มาจากครอบครัวแบบประนีประนอม พบว่ามีความขัดแย้งในเป้าหมายต่างๆของตนเอง เด็กในครอบครัวนี้ จะได้รับการส่งเสริมให้แสดงความคิดเห็น แต่จะต้องไม่แสดงความคิดเห็นขัดแย้งกับบิดา มารดา และในบ้านที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดเสรี เด็กจะถูกสั่งสอนให้แสดงออกซึ่งความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ได้เถียงได้ โดยเน้นในการเชื่อฟังและคล้อยตามบิดา มารดาเป็นรองลงไป ซึ่งจะเห็นได้ว่า ลักษณะของการสื่อสารในครอบครัวแต่ละประเภท มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว

ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ตามแนวคิดของ คานเตอร์ (Kantor อ้างใน จุฑานาฏ ผดุงเจริญ, 2543) ได้แบ่งพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การสื่อสารในครอบครัวแบบปิด ครอบครัวมักแก้ไขสถานการณ์ยุ่งยาก โดยอาศัยวิธีเชิงอำนาจนิยม เพื่อให้เกิดวินัยและควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว สามารถสร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยแก่สมาชิกเป็นอย่างดี แต่การที่ไม่ปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวทำสิ่งต่างๆ ได้ตามอำเภอใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัว ไม่มีอิสระ ปิดกั้นตัวเอง ดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเต็มไปด้วยข้อกำหนด

2. การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจความเป็นไปต่างๆ ในครอบครัวสูง แต่ละคนมีบทบาทมาก กฎระเบียบของครอบครัวเป็นสิ่งที่ผ่อนผันและเปลี่ยนแปลงได้ โดยการตัดสินใจของคนส่วนใหญ่ และจะใช้การโน้มน้าวมากกว่าการใช้อำนาจ แม้ว่าโดยทั่วไปบิดา หรือมารดา จะเป็นหัวหน้าครอบครัว มีอำนาจจัดการเรื่องต่างๆ ภายในบ้าน แต่โครงสร้างของอำนาจก็ไม่ได้เป็นไปอย่างตายตัว แต่ละคนในครอบครัวมีสิทธิที่จะเสนอหรือตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในบ้านได้ ครอบครัวแบบนี้ จะมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกมากและรับอิทธิพลจากภายนอกอยู่เสมอ จึงเปิดโอกาสให้แต่ละคนมีการเจริญเติบโตด้านอารมณ์ สังคมและสติปัญญาสูง แต่ก็มีสภาพเสี่ยงต่อการแตกแยก ขาดความปรองดอง เพราะต่างคนต่างยึดมั่นในเหตุผลของตน เมื่อมีข้อขัดแย้ง สมาชิกในครอบครัวมักมีทิฐิมานะที่จะเอาชนะกัน

3. การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย หมายถึง วิธีการสื่อสารที่สมาชิกในครอบครัวสามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการได้ กฎ ระเบียบต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การอยู่ร่วมกันเป็นแบบตามสบายในแบบฉบับของแต่ละคน เรื่องที่สมาชิกในครอบครัวสนใจมักเป็นเรื่องในปัจจุบัน ไม่มีการวางแผนล่วงหน้า ครอบครัวแบบนี้ให้โอกาสแก่บุคคล ที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีเสรีภาพ สร้างสรรค์ แต่หากเกิดปัญหา วิกฤติการณ์สำคัญ จะแตกร้างได้ง่าย เด็กๆ อาจถูกปล่อยปละละเลย ไม่ได้รับการเอาใจใส่อย่างเพียงพอ

จากการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2547) ได้อธิบายแนวคิดของการสื่อสารในครอบครัวว่า เป็นกระบวนการสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างกัน การสื่อสารที่เป็นเครื่องมือนำไปสู่ความเข้าใจกัน เรียกว่า “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ” ส่วนการสื่อสารที่เกิดขึ้น และอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้ง โกรธเคือง ไม่พึงพอใจกัน เกิดความแตกแยก หรือความเป็นอริต่อกัน เรียกว่า “การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือ การสื่อสารอย่างไม่สร้างสรรค์” และสามารถประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ว่าเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หรือไม่มีประสิทธิภาพ จากพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกมา ได้ 2 รูปแบบ คือ

1. การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือ การสื่อสารอย่างไม่สร้างสรรค์ ที่ทำให้เกิดปัญหาในคู่สมรสบ่อยๆ ได้แก่ ไม่ยอมพูดคุยกัน พูดคุยผ่านคน การไม่ยอมพูดคุยกันตรงๆ แต่พูดผ่านคนอื่น อาจทำให้เกิดความบิดเบือน และเกิดความเข้าใจผิดได้ง่าย ฝ่ายหนึ่งพยายามพูดด้วย แต่อีกฝ่ายหนึ่งทำเฉยเมย ไม่ยอมพูดด้วย ไม่มีใครฟังใคร พูดเชิงลบ ใช้คำพูดแบบตำหนิ ดูหมิ่น บ่น โจมตี ไม่ให้เกียรติกัน หรือพูดถึงข้อไม่ดีของอีกฝ่ายหนึ่งมากเกินไป พูดไม่ชัดเจน กำกวม ไม่ตรงเรื่อง ไม่พูด เพราะคิดว่าอีกฝ่ายรู้อยู่แล้ว หรือน่าจะเข้าใจเองโดยไม่ต้องบอก แปลความหมายในเชิง

ลบ ชอบพูดถึงความผิดในอดีต ทำเป็นขบขันในสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งพูด ทำให้คำพูดของฝ่ายนั้น ดูเหมือนเรื่องไร้สาระ ด่วนสรุป ฟังความไม่ครบถ้วน

สาเหตุของการสื่อสารอย่างไม่สร้างสรรค์ ได้แก่ ความเข้าใจผิดเนื่องจากใช้คำพูดที่ไม่ชัดเจน พูดอ้อมค้อม เนื้อหาสับสน มีสไตล์หรือรูปแบบการพูดที่ต่างกัน เช่น บางคนพูดสั้นๆ แต่บางคนอธิบายยาวเหยียด มีมุมมอง และความต้องการที่แตกต่างกัน การแปลความหมายผิด เพราะแต่ละคนมักแปลความหมายจากความคิดและความเข้าใจของตนเอง หรือเพราะมีความคิด อัตโนวัติ การปกป้องตนเอง ความไม่มั่นคงในใจและความกลัวถูกปฏิเสธ กลัวว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะตำหนิ ไม่ยอมรับ มีความแตกต่างระหว่างเพศ ซึ่งผู้หญิงและผู้ชายมีวิธีสื่อสารที่ต่างกัน และความแตกต่างนี้เอง อาจทำให้เกิดปัญหา ซึ่ง ปีเตอร์สัน (Peterson, 1999) อธิบายว่า วิธีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดไม่ชัดเจน พูดไม่ตรงตัวบุคคล พูดอ้อมค้อม พูดให้กำลังใจไม่เป็น เป็นการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเพิ่มความเสี่ยงในการหย่าร้าง และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมในเด็ก การสื่อสารที่ผิดปกติ จะทำให้เกิดความเครียดอย่างมากในสมาชิกครอบครัว เช่น การสื่อสารที่เน้นเนื้อหาคำพูด และเนื้อหาที่ไม่ใช่คำพูด ที่มีความขัดแย้งกัน (double-bind) ส่งผลให้บุคคลเกิดความกังวลเรื้อรัง เพราะไม่ว่าจะตอบสนองอย่างไรก็ผิดเสมอ ซึ่งพบได้บ่อยในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า

2. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หรือการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางมีลักษณะตรงไปตรงมา ชัดเจน และตรงตัวบุคคลเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข นั่นคือ มีการพูดคุยกันอย่างชัดเจน ตรงประเด็น มีการตั้งใจฟังอย่างสนใจ พยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งพูด การตั้งคำถามอย่างเหมาะสมมีการมองหน้า และประสานสายตามองตามควร ควบคุมอารมณ์ให้สงบ หากโกรธ จงนับ 1-100 ก่อนที่จะพูดอะไรออกมา ควรรอให้อีกฝ่ายหนึ่งพูดจนจบก่อน อย่าพูดแทรก อย่าขัดคอ อย่าโต้ตอบกลับ หรือพยายามปกป้องตนเองทั้งที่ยังฟังไม่จบ พยายามเข้าใจความรู้สึกของอีกฝ่าย ว่ารู้สึกอย่างไร ต้องการอะไร หากจะพูดคุยกันหรือหยิบยกเรื่องที่ขัดแย้งกัน ขึ้นมาพูด ควรเริ่มต้นด้วยคำพูดเชิงบวกก่อน เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี หากต้องการให้อีกฝ่ายหนึ่งทำอะไร ก็ควรพูดในเชิงบวกและบอกให้ชัดเจนว่า ต้องการอะไร อย่าเดาใจกันเพราะคุณอาจจะเข้าใจผิด หากไม่เข้าใจอะไร ก็ควรถามให้ชัดเจน อย่าพูดคนเดียว ควรเปิดโอกาสให้อีกฝ่ายพูดด้วย ควรมีโอกาสฟัง รับฟังความคิดเห็น ซึ่งการรับฟังอาจไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป ควรมีศิลปะในการพูด รู้ว่าอะไรควรพูดอะไรไม่ควรพูด และ ควรพูดเมื่อไร พยายามใช้คำพูดแบบ I – statement คือ พูดถึงตนเอง แทนที่จะพูดถึงคนอื่น จงกล้าเปิดเผยความคิดเห็นและความรู้สึกของตน เมื่ออีกฝ่ายพูดไม่ถูก อย่าตีความในเชิงลบ แต่งงค่อยๆ วิเคราะห์ว่า เป็นเพราะอะไร และพยายามพูดถึงปัจจุบัน อย่าพูด

ถึงอดีตบ่อยเกินไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) สอดคล้องกับ เบญจพร ปัญญาข (2537) กล่าวว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และควรเป็นปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่าย ในลักษณะ การสื่อสาร 2 ทาง (two way communication) มีการใช้ภาษาจาและท่าทางที่เหมาะสม สื่อสารในลักษณะให้เกียรติซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันรักใคร่ เอื้ออาทรต่อกัน ช่วย แก้ปัญหาร่วมกัน และ ชงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2539) ได้สนับสนุนว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นวิธีการพูดให้เข้าใจได้ชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้พูด ตรงไปยังบุคคลเป้าหมายโดยไม่ต้องผ่านผู้อื่น โดยลักษณะของสารจะต้องไม่กล่าวโทษ ตำหนิ หรือ ประณามผู้อื่น ซึ่งเป็นการให้เกียรติ และมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือกันนั่นเอง

จากโครงสร้างวงจรของระบบการใช้ชีวิตคู่และการมีครอบครัว (circumplex model of marital and family system) ซึ่งเป็นแนวคิดของ ออลสันและคณะ (Olson et al., อ้างในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ถือว่าการสื่อสารเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และทำให้ ครอบครัวมีการปรับตัวดีซึ่งทักษะการสื่อสารที่ดี ประกอบด้วยความสามารถหลายอย่าง เช่น ความเข้าใจในความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง (empathy) การฟังอย่างพินิจพิจารณา การพูดจา ประคับประคองอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น ทั้งหมดนี้จะช่วยให้มีการบอกเล่าความรู้สึก บอกเล่าความต้องการของกันและกันได้อย่างอิสระ ให้มีความสัมพันธ์ต่อกันดีขึ้น

ส่วนกอร์ดอน (Gordon, 2000) ซึ่งมีแนวคิดบนหลักการพื้นฐานของจิตวิทยามนุษยนิยม คือ การเคารพซึ่งกันและกัน การให้การยอมรับซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าต่อการมองเห็นตนเอง ทางบวก การมีความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล และสิ่งที่สำคัญของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน คือ การให้ความสำคัญกับการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และกำหนด พฤติกรรมที่ยอมรับได้ และยอมรับไม่ได้ โดยแบ่งการสื่อสารออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การฟังที่ไม่มีประสิทธิภาพ (passive listening) 2) การประณาม และแก้ปัญหาลงโทษสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (you – massage, he or they – massage) 3) การเอาชนะกัน (win-loss method) ที่ถือว่าการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ สื่อออกไปแล้ว ผู้ฟังและสมาชิกอื่นๆ มีความรู้สึกด้านลบต่อผู้พูด ไม่อยากให้ความร่วมมือ และกอร์ดอน เชื่อว่า การสื่อสารประสิทธิภาพในครอบครัวที่อยู่บนรากฐานของความรักและความผูกพัน จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้วิธีคลี่คลายปัญหา กระชับความสัมพันธ์ให้ดีกว่าที่เป็นมา เกิดการเติบโต มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาตามศักยภาพ และเกิดความเข้าใจตรงกัน ยอมรับความคิดเห็น ยอมรับเหตุผลที่แตกต่าง กัน ปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีหลักในการปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาและยอมรับ ตลอดจนมีการตอบสนองที่ดีต่อกัน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ

(active listening) 2) การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา (I – message) 3) การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method) ดังนี้

ใช้การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) เมื่อปัญหานั้น เป็นปัญหาของสมาชิกคนอื่น ในครอบครัว เราควรรับฟังด้วยใจเป็นกลาง ยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูด ยอมรับความคิด ความรู้สึกของเขาเหล่านั้น ร่วมกับการสังเกต และสื่อสารความรู้สึกของผู้พูดออกมา ให้เขาทราบว่า เขากำลังรู้สึกเช่นไร จากสาเหตุอะไร และกระตุ้นให้เขาหาวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง ใช้การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา (I – message) เมื่อปัญหานั้นเป็นของผู้พูด ด้วยการพูดถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อปัญหา อย่างตรงไปตรงมา โดยไม่ทำให้ผู้ฟัง เกิดความรู้สึกทางลบ

ใช้การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method) เมื่อเกิดปัญหา และเป็นปัญหาร่วมกัน ระหว่างผู้พูด กับสมาชิกอื่นในครอบครัว ด้วยการพูดถึงความรู้สึกของตนเองต่อปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น โดยเลือกแนวทางที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน และสามารถยอมรับได้ด้วยกัน ทั้งสองฝ่าย

จากแนวคิดหลักนี้ ชินานาฏ จิตตารมณ์ (2545) ได้ศึกษาโปรแกรมการฝึกพ่อแม่ให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ของกอร์ดอน จึงนำมาดัดแปลง เป็นแบบประเมินพฤติกรรมสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ประกอบด้วย

1) พื้นฐานการเข้าใจบุคคล (basis for personal understanding) เป็นการพัฒนา ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลแต่ละคนและภายในครอบครัว เป็นการช่วยให้บุคคลรู้ถึงศักยภาพ ของตน และมองโลกรวมทั้งมองตนเองในทางบวก โดยที่ความสัมพันธ์ที่ดีจะได้รับการพัฒนาเมื่อมีการสื่อสารที่น่าเชื่อถือ เชื่อมั่นและเปิดเผย การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน เข้าใจปัญหาตรงกัน และ ร่วมกันแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะต้องช่วยกันแก้ไขสถานการณ์ ต่างๆ ในครอบครัวให้ดีขึ้น จึงควรทราบว่า ช่วงใดควรฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ และช่วงใดควรสื่อสาร แบบสะท้อนความรู้สึก สิ่งเหล่านี้จะทำให้ปัญหาการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง ทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขขึ้น

2) การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารเพื่อการ บำบัด (therapeutic communication) และเป็นสิ่งที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของบุคคล ดังเช่นที่ ผู้ให้ การบำบัดหรือผู้ฟัง ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดหรือผู้พูด รู้สึกดีขึ้น โดยการตั้งใจฟัง มีการตอบสนอง ให้กำลังใจ ตามควร จะช่วยให้ผู้พูดได้แสดงความรู้สึก สนับสนุนให้เขามีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกกลัว ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงให้ผู้ฟัง และผู้พูดมีความเข้าใจ สนับสนุน

มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากขึ้น ช่วยให้ผู้พูดสามารถค้นหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยตัวของเขาเอง ดังนั้นในกรณีที่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวต้องการสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นให้ผู้ฟัง ผู้ฟังควรรับฟังการสื่อสารความรู้สึก และปัญหาของผู้พูด โดยการฟังและไตร่ตรองสิ่งที่กำลังพูดอย่างเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ผู้พูดแลกเปลี่ยนความรู้สึกขณะนั้น สำรวจความรู้สึกเหล่านั้นด้วยวาจา เคารพสิทธิในการแก้ปัญหาของผู้พูด ช่วยให้ผู้พูด หาวิธีแก้ปัญหาของตนเอง และผู้ฟังจะไม่แก้ปัญหาให้ผู้พูด ด้วยวิธีที่ผู้ฟังใช้อยู่ โดยการให้คำแนะนำ การสอนศีลธรรม หรือการเบี่ยงเบนความคิดความรู้สึกของผู้พูด การที่ผู้ฟังไม่แสดงการดูหมิ่นเหยียดหยามความรู้สึกของผู้พูด และยอมรับความรู้สึกเหล่านั้น มีส่วนช่วยให้ผู้พูดเกิดการยอมรับความรู้สึกเหล่านั้น เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งคำพูดของผู้ฟังที่แสดงถึงการยอมรับจะนำไปสู่การแสดงความรู้สึก และเล่าถึงปัญหา ความไม่สบายใจของผู้พูด หลังจากที่มีความรู้สึกทางลบของผู้พูดได้รับการยอมรับ และถูกระบายออกมา ผู้พูดจะค่อยๆ ผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์ ทำให้สามารถรับอารมณ์ทางบวก และ มีการแก้ไขความรู้สึกให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ฟัง และผู้พูดมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีต่อกันมากขึ้น

3) การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือการให้ความสนใจที่ปัญหา(I – message) เมื่อบุคคลสามารถแสดงความรู้สึกของตนออกมา และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น เขาจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และรับรู้ว่าเขาสามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ใ้เมื่อผู้พูดเป็นเจ้าของปัญหา เป็นวิธีการสื่อสารกลับไปหาสมาชิกอื่นในครอบครัว ด้วยการพูดให้ผู้ฟังอย่างชัดเจนว่า พฤติกรรมนั้นๆ ของผู้ฟังก่อปัญหาให้กับผู้พูด และผู้พูดรู้สึกอย่างไรต่อพฤติกรรมนั้น เป็นการสื่อสารอย่างซื่อสัตย์ต่อความคิด ความรู้สึกของผู้พูด เป็นการสื่อสารปัญหาและความรู้สึกที่ไม่ใช้ลักษณะตำหนิ ประณาม สบประมาท หรือตัดสินผู้ฟังว่ามีความผิด และหลีกเลี่ยงการเสนอวิธีแก้ปัญหากแก่ผู้ฟังที่ทำพฤติกรรมนั้น เป็นการบอกกล่าวถึงความต้องการของตนเอง ซึ่งการสนทนาแสดงความรู้สึกระหว่างผู้พูดและผู้ฟัง เป็นการรับรู้และร่วมแก้ปัญหา มากกว่าการบอกสิ่งที่ต้องการให้ผู้ฟังกระทำ เพราะการเชื่อเชิญให้ช่วยแก้ปัญหจะเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกันมากกว่า การสื่อสารวิธีนี้ จึงทำให้ผู้ฟังเต็มใจให้ความร่วมมือมากกว่าที่จะโต้แย้งหรือปกป้องตนเอง ช่วยให้บุคคลเข้าใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำได้สร้างปัญหาแก่ผู้อื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และเป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้แก้ปัญหากด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ฟังเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ส่วนการใช้การประณาม และแก้ปัญหากให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัว (you – message) เป็นการกล่าวถึงลักษณะนิสัยของเขา ในลักษณะประณามหรือตำหนิ ไม่ได้บอกว่าพฤติกรรมที่ผู้ฟังได้กระทำไปส่งผลต่อผู้อื่นอย่างไร ผู้พูดเป็นผู้ตัดสินและยึดถือวิธีแก้ปัญหากให้กับผู้ฟัง จึงเป็นวิธีที่ไม่ให้โอกาสผู้ฟังได้แก้ปัญหากด้วย

ตนเอง ซึ่งการพูดสื่อสารความรู้สึก หากเป็นคำพูดที่ไม่สร้างสรรค์ อาจทำให้ผู้อื่นรู้สึกเสียใจ เป็นการทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้อื่น ซึ่งกอร์ดอน (Gordon, 2000) เรียกการสื่อสารวิธีนี้ว่า “การส่งสารลบประมาท” (sending “put-down” message) ที่ทำให้ผู้ฟังสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เพราะ เมื่อผู้พูดแก้ปัญหาให้ผู้ฟัง จะทำให้ผู้ฟังขาดความเชื่อถือความสามารถในการแก้ปัญหของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในการปกป้องดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ฟังคอยพึ่งพาผู้อื่นตลอดไปด้วย (Feeney and other; Fields and Boesser อ้างใน ชินานาฏ จิตตารมณ, 2545) ดังนั้น การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นการสื่อสารความรู้สึกที่เราไม่ยอมให้ผู้อื่นทำ ซึ่งผู้ฟังมักมีการเปลี่ยนพฤติกรรม หากผู้พูดได้สื่อสารความรู้สึกของตนเองออกมาให้ผู้ฟังทราบ (Gordon, 2000)

4) การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method) เป็นการช่วยเหลือกันในครอบครัวให้สามารถเข้าใจกันมากขึ้น ซึ่งต้องใช้ ทักษะการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เป็นสิ่งที่ช่วยให้การแก้ไขปัญหาร่วมกันประสบความสำเร็จ ซึ่งมีอยู่ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การแยกแยะและกำหนดข้อขัดแย้ง (identifying and defining the conflict) การหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญห (generating possible alternative solutions) การประเมินทางเลือกในการแก้ไขปัญห (evaluating the alternative solutions) การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม และยอมรับได้ ในการแก้ไขปัญห (deciding on the best acceptable solution) การแก้ไขปัญหตามแนวทาง ที่กำหนดไว้ (working out ways of implementing the solution) และ มีการประเมินผลกระบวนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (following up to evaluate how it worked) (Gordon, 2000) ในกรณีที่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวและผู้พูดเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน การพูดถึงความรู้สึกของตนเองต่อปัญหา การอภิปรายปัญหา การเสนอความคิดเห็นและหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน จนกระทั่งทุกคนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพบการแก้ปัญหที่พึงพอใจซึ่งกันและกัน โดยไม่มีฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียเปรียบกับวิธีการแก้ปัญหานั้น และพบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวสื่อสารได้เข้าใจตรงกัน มีการเปิดเผยตนเองและเป็นผู้ฟังที่ดี มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้สมาชิกคำนึงถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันในครอบครัวมากขึ้น (สุริย์ วิชาสประทีป อ้างใน ชินานาฏ จิตตารมณ, 2545)

ดังนั้นในการประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวจะสามารถประเมินจากพฤติกรรม การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และสื่อสารที่มีประสิทธิภาพยังมิได้มีการประเมินที่ได้แนวคิดมาจาก พฤติกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวของ กอร์ดอน (Gordon, 2000) ประกอบด้วย พื้นฐานการเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมี

ประสิทธิภาพ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหา และการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งการประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว จะเป็นประโยชน์ในการประเมิน และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวต่อไป

การสื่อสารในครอบครัว เป็นมากกว่าการแลกเปลี่ยนคำพูดระหว่างกัน ทักษะที่สำคัญของการสื่อสาร คือ การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) และทักษะการสื่อสารในทางบวก (positive communication skill) เป็นการฟังอย่างใส่ใจผู้พูด ไม่ตัดสิน พยายามเข้าใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูด แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ส่วนทักษะการสื่อสารในทางบวก (positive communication skill) สามารถช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แน่นแฟ้น

จากที่กล่าวมา การสื่อสารในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ด้านการแสดงความคิด ความรู้สึก ตลอดจนอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เจตคติ และทักษะพิสัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ครอบครัวมีความมั่นคง สามัคคี เป็นครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน จะทำให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวบกพร่องเกิดความเลื่อมใส ในการมีปัญหามิในครอบครัว

การสื่อสารในครอบครัวของผู้ติดยา

จากการศึกษา พฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา ในสถาบันรักษารักษ์ของ สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า การดื่มและ ดื่มสุราทำให้ผู้ติดยาไม่สามารถที่จะพูดคุยกับคนอื่นได้รู้ เรื่อง มีปัญหากับบุคคลในครอบครัว และการสื่อสารในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมของ บุคคลในครอบครัว จากการศึกษาพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตกิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าวัยรุ่นมีการ รับรู้พฤติกรรมสื่อสารในครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี ส่วนพฤติกรรมสื่อสารราย ด้าน พบว่า ด้านพื้นฐานความเข้าใจบุคคล (basis for personal understanding) อยู่ในระดับปาน กลาง ส่วนในด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของ ตนเอง หรือการให้ความสนใจที่ปัญหา (I-message) และด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกัน แก้ปัญหา (No – lose method) อยู่ในระดับที่ไม่ดีเช่นกัน (รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์, 2548) จากการ สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ของสถาบันรักษารักษ์ เกี่ยวกับสาเหตุของการติดยา ส่วนหนึ่งมาจากการขาดการยอมรับ และขาดการมีสัมพันธภาพที่ดี

กับคนในครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดไม่กลับไปติดยา (วิมล ลักษณะวิชช และวิภาวดี แสงเพชร, 2547) นอกจากนี้ พิชัย แสงชาญชัย (2547) พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตสูรามีลักษณะปฏิเสธปัญหา มองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริงและใช้เหตุผลอย่างไม่เหมาะสม ทำให้เป็นอุปสรรคในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสื่อสารในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตสูรา มีความสำคัญ และอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งทางบวก ได้แก่ อาจทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับไปติดยา ส่วนทางลบ ได้แก่ หากพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวไม่ดี อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสูรา มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การสื่อสารในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสามารถ กำหนดพฤติกรรมที่ยอมรับได้หรือไม่ได้ของสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหาทางออกในทางที่ผิด โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเมื่อดื่มนานเข้า ก็จะกลายเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสูราได้ และหากบุคคลในครอบครัวสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถลดปริมาณการดื่มได้ ดังนั้น พฤติกรรมสื่อสารระหว่างบุคคลในครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสูรา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ กอร์ดอน (Gordon, 2000) ซึ่งพฤติกรรมสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว จะครอบคลุม 4 ประเด็น คือ 1) พื้นฐานการเข้าใจบุคคล (basis for personal understanding) 2) การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) 3) การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (I – message) 4) การสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา (No – lose method) ซึ่งในผู้ที่เป็นโรคจิตสูรานั้นจะมีพฤติกรรมสื่อสารใน 4 ประเด็น ดังกล่าว ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจากการประเมินพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) พบว่าแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยหรือกลุ่มที่ดื่มอย่างปลอดภัย 2) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง 3) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา และ 4) กลุ่มดื่มแบบติด (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549)