

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เป็นส่วนประกอบ เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและต่อจิตประสาท ทำให้เกิดอาการมึนเมาและเสพติดได้ โดยพบว่าประชากรโลกมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงประมาณ 140 ล้านคน (World Health Organization[WHO], 2001) โดยส่วนของประเทศไทยพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทเป็นปริมาณ 8.47 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับที่ 40 ของโลกและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยดื่มส่วนใหญ่คือสุรา (spirit) หรือสุรากลั่น (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541) ฉะนั้นจึงพบว่าคนไทยดื่มสุรามาก ทั้งนี้พบว่าโดยเฉลี่ยดื่มปริมาณ 7.13 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับ 5 ของโลก (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2548) นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2547 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 49.4 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 16.1 ล้านคน หรือร้อยละ 32.7 โดยชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าหญิง (ร้อยละ 55.5 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาอายุ และเพศพบว่า เป็นกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 25-59 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงที่สุด (ร้อยละ 38.7) รองลงมาคือกลุ่มเยาวชน อายุ 15-25 ปี (ร้อยละ 23.5) และกลุ่มผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 19.3) ตามลำดับ ผู้ที่เริ่มดื่มสุรา มีอายุเฉลี่ยประมาณ 20 ปี โดยชายมีอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) ในปี พ.ศ.2547 สถิติผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มแบบติดหรือเรียกว่าผู้ติดสุรา (alcohol dependence) ที่ได้รับการบำบัดรักษาในสถาบันสุขภาพ กรมการแพทย์ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2543 ร้อยละ 47 และเมื่อรวมกับศูนย์บำบัดยาเสพติดส่วนภูมิภาคทั้ง 5 แห่งมีผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดสูงถึง 6,078 ราย (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่, 2547)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นสารเสพติดที่ถูกระบุกฎหมาย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจึงได้แฝงอยู่ในวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทยมาช้านาน เริ่มตั้งแต่การใช้ในพิธีกรรมต่างๆ ปัจจุบันการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากนโยบายการเปิดเสรี

การผลิต และจำหน่ายหลังจากสัมปทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี แนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้จะมีการรณรงค์ไม่ให้ดื่มสุราก็ตาม ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ติดสุราร้อยละ 23.5 (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) และจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตปี 2547 พบว่ามีคนไทยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุรามากถึง 7 ล้านคน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และจากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่า มีผู้ป่วยโรคติดสุรามารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี พ.ศ.2545-2547 จำนวน 1,143 ราย 1,513 ราย และ 1,782 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) สำหรับโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน จากการสำรวจข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในเขตตำบลบ้านธิในปี 2548 พบว่าในจำนวนประชากร 9,809 คน มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ถึง 1,845 คนคิดเป็นร้อยละ 18.8 โดยเพศชายมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 83.8 และร้อยละ 16.2 ตามลำดับ) และอยู่ในวัยทำงานสูงคิดเป็นร้อยละ 55.12 มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 73 ราย เป็น 98 ราย และ 115 รายในปี 2547-2549 ตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 99.13 และเพศหญิงร้อยละ 0.87 ในปี 2549 มีผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรามารับการรักษา จำนวน 25 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 96.0 และเพศหญิงร้อยละ 4.0 อยู่ในวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน 23 ราย สาเหตุจากการลดปริมาณการดื่มและมีอาการขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal symptoms) เกิดอาการทางกาย คือ มือสั่น อาการชักและอาการทางจิตได้แก่ หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ประสาทหลอน บางรายกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการดื่มสุราถึง 4 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่า ในจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรุนแรงสูงมากของอำเภอบ้านธิ มีอัตรา 33.15 ต่อแสนประชากร เป็นผู้ที่เป็นโรคติดสุราสูงถึงร้อยละ 33.3 (งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบ้านธิ, 2549) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและความรุนแรงในแต่ละปี

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ไปนานๆ จะเกิดการเสพติด ทำให้ต้องใช้เป็นประจำและเพิ่มจำนวนมากขึ้น และความผิดปกติจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) หมายถึง ความผิดปกติของการดื่มที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงาน และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ทำให้เกิดผลกระทบหลายประการต่อตัวผู้ดื่มในด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งมี ผลกระทบต่อครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมประเทศชาติด้วย โดยผลกระทบต่อผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านร่างกาย ได้แก่ สภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ ประสบอุบัติเหตุจราจรได้

ง่ายหากขับรถในขณะที่มีเมามา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ผลกระทบด้านความคิด ได้แก่ กระบวนการคิด การตัดสินใจช้าลง ความคิดสับสน (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) ผลกระทบด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ฟูง่าน ขาดสมาธิ เกิดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล ผลกระทบด้านพฤติกรรม ได้แก่ การมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมได้ง่าย และผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ทำให้ครอบครัวสูญเสียเงินทอง เสื่อมเสียชื่อเสียง สมาชิกในครอบครัวเกิดปัญหาทางอารมณ์ ทำให้มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) รวมทั้งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ ได้แก่ โรคติดสุราและพิษสุราเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 11 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) เช่น สูญเสียงบประมาณ ในการรักษาเมื่อประสบอุบัติเหตุ จากสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2547 โดยสัมภาษณ์ประชากรอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน พบว่าการได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุ จากผู้ขับหรือขี่รถ ประมาณ 1.3 ล้านคน จากจำนวนประชากร 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากผู้ขับหรือขี่รถ ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นอัตราสูงถึงร้อยละ 52.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) สำหรับอำเภอบ้านธิสถิติของการได้รับบาดเจ็บของผู้รับบริการที่ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจำนวน 323 ราย มีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ถึง 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.01 (งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านธิ, 2549)

การติดสุรามีสาเหตุจาก 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) เชื่อว่า พันธุกรรม (genetic) มีส่วนเสริมในการใช้สารเสพติด โดยพบว่าผู้ติดสุราส่วนมากมักมีบิดามารดาเป็นโรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) และการศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ติดสุราพบลักษณะสำคัญคือ ยีนที่เป็นตัวรับสาร โดปามีนดีทู (dopamine D₂ receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อย จะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโทนิน (serotonin activity) (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) 2) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม อันเนื่องจากสุราหาได้ง่าย มีจำหน่ายทั่วไปและราคาถูก (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) 3) ปัจจัยด้านจิตใจ และอารมณ์ สุราทำให้ผู้ดื่มมีความพึงพอใจจากฤทธิ์เมาสุรา มีความสนุกสนาน สุขใจ ลืมเรื่องที่ไม่สบายใจ ทำให้คลายความเครียด ความทุกข์ใจ ความเจ็บปวด รวมทั้งการอ้างว่าดื่มเพื่อ เข้าสังคม เพื่อนชวน เพื่อนคะยั้นคะยอให้ดื่ม นอกจากนี้ยังมีทัศนคติและความเชื่อว่าการดื่มสุรา ในปริมาณที่เหมาะสมนั้นถือว่าเป็นการดื่มเพื่อสุขภาพที่ดี เนื่องจากเป็นเครื่องดื่มที่มีคุณค่าชนิดหนึ่ง ช่วยแก้กระหายคลายร้อน ช่วยให้เจริญอาหาร (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) และจากการศึกษาของ ประวิทย์ ชัยยะเกิด (2549) พบว่าผู้ติดสุรามีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ว่าจะช่วยให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดทำให้ความคิดเหินแหลม จิตใจกระปรี้กระเปร่า ลดความตึงเครียด เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต จากความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้ติดสุรา ไม่สามารถที่จะหยุดดื่มได้ รวมทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 17.68 เท่าของบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง (จิราภรณ์ เทพหนู, 2540) ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไทยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และส่วนหนึ่งดื่มจนป่วยเป็นโรคติดสุราและต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราในปัจจุบันพบว่าประกอบด้วย การบำบัดที่สำคัญ 2 ด้าน คือ 1) การบำบัดด้านร่างกาย (biological treatment) โดยใช้ยารักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม เช่น นาลเทร็กซ์โซน (naltrexone), อะแคมโพรเสต (acamprosate), ไดซัลไฟรัม (disulfiram) และซีเลกทีฟ ซีโรโทนิน รีอับเทค อินฮิบิเตอร์ (selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs]) และการรักษาอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) ใช้ระยะเวลา 7-21 วัน การรักษาอาจเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ได้ โดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค 2) การบำบัดด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด และเพื่อป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ สำหรับการรักษาทางจิตสังคม ที่พบว่ามีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่ม ได้แก่ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavioral therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) และครอบครัวบำบัด (family therapy) และการดูแลหลังการรักษาเมื่อ ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับครอบครัวที่มีความสำคัญมาก (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546) ซึ่งได้แก่ การรวมกลุ่มของผู้ติดสุราเพื่อให้กำลังใจ และช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มได้ (alcoholic anonymous [AA]) หรือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (selfhelp group) (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003) สำหรับกลุ่มที่มักจะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่เฝ้าดื่ม (alcohol abuse) หรือผู้ติดสุรา (alcohol dependence) ซึ่งเป้าหมายการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม (abstinence) และป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) (สาวิตรี อัมฉางค์กรชัย, 2548) แต่จากการให้บริการในคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ได้ประยุกต์ใช้การบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกรมสุขภาพจิต (2549) ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุราอย่างปลอดภัย การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำและคำปรึกษาครอบครัว การป้องกันการกลับดื่มซ้ำและการติดตาม การส่งต่อ จากสถิติในปี พ.ศ.2549 พบว่าสามารถลดการดื่มในผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้ร้อยละ 46.2 และกลับไปดื่มซ้ำ จำนวน 23 ราย จากผู้ผ่านการบำบัด 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 ระยะเวลาที่หยุดดื่มได้โดยเฉลี่ย 9.72 วัน สาเหตุของการกลับไปดื่มซ้ำ เนื่องจาก

ไม่สามารถปฏิเสธการชักชวนจากเพื่อนและมีปัจจัยกระตุ้นคือ มีร้านจำหน่ายสุรากลั่นจำนวนมากถึง 126 ร้านในพื้นที่ทั้งหมด 2 ตำบล ของอำเภอบ้านธิ และวัฒนธรรมชุมชนอำเภอบ้านธิ ยังนิยมการเลี้ยงเครื่องดืมแอลกอฮอล์ในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลับไปดืมซ้ำ(งานสุขภาพจิตชุมชน, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าถึงแม้จะมีการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราด้วยวิธีการต่างๆ แล้วยังมีผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนหนึ่งซึ่งมีจำนวนไม่น้อยกลับไปดืมซ้ำจนก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีก ขั้นตอนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับดืมซ้ำ (relapse prevention) จึงมีความสำคัญมาก เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราคงภาวะของการหยุดดืมแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับไปดืมซ้ำ สิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันการกลับไปดืมซ้ำคือการเสริมทักษะให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถควบคุมการดืมของตัวเองได้ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ, 2549) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางปัญญาเพื่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมนั้นเรียกว่าการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่พัฒนาจากพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(self-efficacy) ได้จัดอยู่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

สถาบันแห่งชาติในเรื่องการฝ่าดืมแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ที่มุ่งเน้นการระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดืม การพัฒนากลยุทธ์การจัดการกับปัญหา และการป้องกันการกลับไปดืมซ้ำ (ทิพาวดี เอมะวรรณะ, 2548; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism[NIAAA], 2005) และจากการการศึกษาของมอร์แกนสเตมและคณะ (Morgenstem et al, อ้างใน สวัสดิ์ อัยฉนงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อช่วยกันหยุดดืมสุรา (AA) พบว่าการใช้กระบวนการส่งเสริมให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถควบคุมพฤติกรรมการดืมสุราได้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เทพหนู (2540) ซึ่งศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องทั่วไปต่อการดืมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการดืมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร สิทธิสงคราม (2549) ในเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมดืมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดืมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อพฤติกรรมการดืมกล่าวคือวัยรุ่นที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดืมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำ จะมีพฤติกรรมการดืมที่สูงกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดืมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลเกิดจากลักษณะโครงสร้างที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นเหตุเป็นผลซึ่งประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor) ที่ประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ และความคาดหวัง และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก (external environment factor) โดยเชื่อว่า บุคคลจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรม (represent behavior) เมื่อมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (outcome expectancy) ซึ่งเป็นการคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ในระดับไหน ในบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวและไม่รับรู้ในสมรรถนะแห่งตน พบว่าไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะทำให้เกิดความเชื่อมั่น และมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ จะทำให้บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยง การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเสริมสร้างได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ดังนี้ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกาย และอารมณ์ให้มีความพร้อม จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ฉะนั้นถ้าสามารถเพิ่มหรือเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่เป็โรคติดสุรา น่าจะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราลดหรือหยุดพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ได้

ดังนั้นผู้ศึกษา ในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลบ้านธิ พบว่าผู้ที่เป็โรคติดสุราส่วนใหญ่ร้อยละ 92.0 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยผลกระทบที่เกิดกับผู้ที่เป็โรคติดสุรา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและขนาดของความรุนแรง โดยเฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งพบว่าเป็นผู้ที่เป็โรคติดสุราสูงที่สุดร้อยละ 33.3 ในขณะที่การบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็โรคติดสุราได้ประยุกต์ใช้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกรมสุขภาพจิต ผลการบำบัดพบว่าสามารถลดการดื่มได้ร้อยละ 46.2 แต่พบการกลับมาดื่มซ้ำหลังจากหยุดดื่มได้ระยะเวลาเฉลี่ย 9.72 วัน (งานสุขภาพจิตชุมชน, 2549) ผู้ศึกษาจึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรม

เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้ติดสุรา วัยผู้ใหญ่ ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 3) การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลเชื่อว่า ตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 4) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกาย และอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เชื่อว่าโปรแกรมดังกล่าว น่าจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ และผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่อไป ทั้งนี้เพื่อช่วยลดปัญหาหรือผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์และทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์

สมมติฐานของการศึกษา

1. ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยศึกษาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในคลินิกบำบัดสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ.2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง แผนกิจกรรมในการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ติดสุรา ในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถเสริมสร้างได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราจำแนกตาม ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ของการดื่ม และผลต่อปัญหาสุขภาพ และสังคม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) การดื่มแบบเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) 2) การดื่มแบบอันตรายหรือเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) 3) การดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) และ 4) การดื่มแบบติด (alcohol dependence) ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการณ์การดื่มขององค์การอนามัยโลก (WHO: Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) แปลเป็นภาษาไทยโดยสาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย (2547)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International statistical Classification of Diseases 10 Code: ICD-10) ว่าเป็นผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence: F10.2) ที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในคลินิกบำบัดสุรา ในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน