

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา
2. การติดสุราและผลกระทบจากการติดสุรา
3. การบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา
4. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์
5. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

ความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาการดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม ความถี่ของการดื่ม และผลกระทบของการดื่ม เนื่องจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดแตกต่างกัน จึงใช้ หน่วยเทียบเคียงเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน (standard drinking) การดื่มแบบเสี่ยงสามารถเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณ คือ ในผู้หญิง คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรง ไม่เกิน 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 1/2 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง) ในผู้ชาย คือการดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 1/2 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง) โดยองค์การอนามัยโลก กำหนดค่าของ “หนึ่งดื่มมาตรฐาน” ไว้ดังนี้ (พันธัณภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

“หนึ่งดื่มมาตรฐาน ” หมายถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จะได้ดังนี้

เหล้าวิสกี้หรือเหล้าขาว (alcohol 40%) ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก (30 ซีซี.) หรือ 2 ฝา หรือ 1 ถัง
เบียร์ชนิดอ่อน (alcohol 2-2.9%) ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ 3 / 4 ขวด
เบียร์ชนิดปานกลาง (alcohol 3-3.9%) เช่น ไฮเนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ 1 / 2 ขวด
เบียร์ชนิดแรง (alcohol 4-5%) เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ลิโอ ช้าง คาร์ลสเบอร์ก ประมาณ
3 / 4 กระป๋อง หรือ 1 / 4 ขวด

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

ไวน์ชนิดแรง (alcohol 20.5%) ประมาณ 1 / 2 แก้ว (60 ซีซี.)

การแบ่งกลุ่มผู้ดื่มตามพฤติกรรมการดื่มมี ดังนี้ (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ,
2549)

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐาน
ต่อวัน ในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 2 ถัง (60 ซีซี.) หรือเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง
หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดั้มมาตรฐานต่อวัน ในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 4 ถัง
(120 ซีซี.) หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง และมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) หมายถึงการดื่มใน
ปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม
โดยผลเสียนี้เกิดขึ้น ทั้งต่อตัวเองและต่อผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคภัยแรงใดๆ ก็ตาม
การดื่มแบบเสี่ยงสามารถเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณคือ ในผู้หญิง คือการดื่มมากกว่า
2 ดั้มมาตรฐานแต่ไม่เกิน 4 ดั้มมาตรฐานต่อวัน (เหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 1/2 แบน หรือเบียร์ชนิดแรง
ไม่เกิน 3 กระป๋อง) หรือการดื่มมากกว่า 7 ดั้มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)
ในผู้ชาย คือการดื่มมากกว่า 4 ดั้มมาตรฐานต่อวัน แต่ไม่เกิน 6 ดั้มมาตรฐานต่อวัน (เหล้า 40 ดีกรี
ไม่เกิน 1/2 แบนหรือเบียร์ชนิดแรง ไม่เกิน 4.5 กระป๋อง) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดั้มมาตรฐานต่อ
สัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง)

นอกจากนี้ยังรวมถึงการดื่มเพียงเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่ม
ขณะตั้งครุฑ หรือในผู้ที่มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยา
ใดๆ ที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์

3. กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) หมายถึงการดื่มจนได้รับผลเสียตามมา
ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น คือการ
ดื่มมากกว่า 4 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง (เหล้า 40 ดีกรี 1/2 แบนขึ้นไป หรือเบียร์ชนิดแรง 3
กระป๋อง) หรือการดื่มมากกว่า 6 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย (เหล้า 40 ดีกรี 1/2 แบนขึ้นไป หรือ
เบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋อง)

4. กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) หมายถึง มีรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorders) จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว ไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติด จนเมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

จากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า ผู้เสพและผู้ติดส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุรา เนื่องจากความสนุกสนาน สังสรรค์ โดยกลุ่มผู้ติดให้เหตุผลการดื่มอย่างต่อเนื่องว่าเพื่อลดอาการหงุดหงิด และผู้ติดที่เคยรับการบำบัดรักษาให้เหตุผลของการกลับไปดื่มซ้ำเพราะตนเองมีจิตใจไม่เข้มแข็ง และมีความรู้สึกลอยๆ ดื่ม และจากการศึกษาของพิทักษ์ สุริยะใจ (2548) พบว่าลักษณะการดื่มสุราของผู้ติดสุราจะดื่มเหล้าขาวเป็นประจำร้อยละ 26 ปริมาณวันละ 1 แบน (375 CC.) ผู้ติดสุรามักจะดื่มสุราคนเดียวที่บ้านร้อยละ 52.5 ใช้เวลาในการดื่มวันละ 3-4 ชั่วโมง และมีร้อยละ 19.4 ที่ดื่มวันละ 7 ชั่วโมงขึ้นไป ผู้ติดสุรามักนิยมดื่มคนเดียวแบบไม่ผสมที่บ้านจะหยุดดื่มเมื่อเมาจนหลับไป และเมื่อต้องลดปริมาณการดื่ม ผู้ติดสุราจะมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้เสพ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องกลับไปดื่มซ้ำ (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) รวมทั้งค่านิยมของสังคมไทยเข้าใจว่าสุราเป็นสื่อสร้างไมตรี เมื่อมีการพบปะกัน การจัดเลี้ยงจึงต้องมีสุราเป็นประจำ (นิศานาถ โชคเกิด, 2545) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้อโดยระบบเงินเชื่อของร้านจำหน่ายสุราในชุมชน ทำให้ผู้ติดสุรา สามารถดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมตลอดจน พฤติกรรมการดื่มที่จะทำให้เกิดอาการรุนแรงเมื่อต้องลดปริมาณการดื่มในผู้ติดสุราจนอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดสุราจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มและรับการบำบัดรักษาต่อไป

การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่ม (Drinking Behavior Questionnaire) ของไวเออร์, โฮจิวัน, เซอร์เจนท์, และกันนิง (Wiers, Hoogveen, Sergeant, & Gunning as cited in Dijkstra et al., 2001) ที่ใช้ประเมินปริมาณและความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถนำมาคำนวณได้ ลักษณะของแบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับภายใน 30 วันที่ผ่านมาว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไร โดยจะถามความถี่และจำนวนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคในวันระหว่างสัปดาห์ และในช่วงสุดสัปดาห์ แต่ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพเครื่องมือ

2. แบบทดสอบแอลกอฮอล์ของคาวารี (Khavari Alcohol Test: KAT) ของคาวารี และฟาร์เบอร์ (Khavari & Farber as cited in Oei & Borrow, 2000) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งคำถามในแต่ละข้อจะเจาะจงในเรื่องของการดื่มเบียร์ ไวน์ และสุรา โดยประเมินทั้งปริมาณและความถี่ในการดื่มที่มากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .78 ถึง .98

3. แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder Identification Test หรือ AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยสาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย (2547) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ และปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม โดยพบว่ามีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ ร้อยละ 96 และ 98 ตามลำดับ และมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบที่เป็นอันตรายได้ ร้อยละ 87 และ 81 ตามลำดับ (สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, 2547) และไม่มีปัญหาในเรื่องวัฒนธรรม สามารถใช้ได้ในทุกประเทศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นที่ยอมรับในการใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างแพร่หลาย มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง นอกจากนี้ยังไม่มีปัญหาในการนำมาใช้ในวัฒนธรรมที่ต่างกันและบุคคลทั่วไปสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง

การติดสุราและผลกระทบจากการติดสุรา

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มชนิดหนึ่งที่มีเอธิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เป็นส่วนประกอบ เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดการมึนเมา เป็นสารที่นิยมใช้กันมากในคนทั่วไปและผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต (Kaplan & Sadock, 1998) ซึ่งในประเทศไทยใช้แทนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น และในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (2541) จะใช้คำว่าสุราแทนความหมายของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

การติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของการติดสุราไว้หลากหลาย ดังนี้

ริงโกลด์ (Ringold, 2006) ให้ความหมายของการติดสุราว่า เป็นรูปแบบการดื่มอย่างหนัก จนเกิดปัญหา คือ มีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งเกิดปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า

เคลเลอร์ (Keller อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ, 2542) ให้ความหมายของการติดสุรา ว่าเป็นพฤติกรรมผิดปกติที่ดำเนินมานานแสดงออกด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆ มากเกินกว่าจะถือเป็นอาหารและมากเกินกว่าผู้คนในสังคมหรือในชุมชนนั้นดื่มกัน และเป็นการดื่มในปริมาณที่รบกวนต่อสุขภาพหรือสภาวะทางสังคมของคนดื่ม รบกวนต่อการทำมาหากินหรือการประกอบอาชีพ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association[APA], 1994) และสถาบันแห่งชาติในเรื่องการเฝ้าดื่มแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (NIAAA อ้างใน สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) อธิบายความหมายของการติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ด้านร่างกายที่ต้องมีการเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากแอลกอฮอล์ หรือมีอาการแสดงของการขาดแอลกอฮอล์ภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังจากลดหรือหยุดดื่ม

การวินิจฉัยโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และใช้การ code แบบ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10] ซึ่งให้ความสำคัญของอาการในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (APA, 1994) การวินิจฉัยนี้ ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) ซึ่งประกอบไปด้วย F10.1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดโทษต่อสุขภาพ (alcohol abuse) และ F10.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนติดและต้องพึ่งพิง (alcohol dependence)

2. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากผลของแอลกอฮอล์ (alcohol induced disorder) ซึ่งประกอบไปด้วย ความผิดปกติจากพิษแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) และโรคขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) ภาวะติดสุรา หมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการ 3 อาการ หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาดังนี้

1. มีอาการติดสุรา ตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการที่จะใช้สุราเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ซึ่งผลหรืออาการที่ต้องการ
 - 1.2 ผลของสุราจะลดลงไปอย่างมาก เมื่อคงการใช้ในจำนวนเท่าเดิม
2. มีอาการขาดสุรา ตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 เกิดอาการขาดสุรา หลังหยุดดื่มสุราจะมีอาการต่อไปนี้สองอาการหรือมากกว่าเกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน คือเหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหรือมองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิดกกังวล ชักทั้งตัว
 - 2.2 มีการดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดสุรา
 - 2.2.1 มีการใช้สุราในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
 - 2.2.2 มีความต้องการดื่มสุราอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราได้
 - 2.2.3 ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สุรามาดื่ม เช่น ดื่มไม่หยุดหย่อน หรือหมกมุ่นกับการหาสุรามาดื่ม ต้องลดหรืองดการเข้าสังคม การงาน หรือความสนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่มสุรา
 - 2.2.4 คงการดื่มสุราถึงแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้อาการแผลในกระเพาะ เลวลง เป็นต้น

การประเมินการติดสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [WHO]) ซึ่งองค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้น โดยนักวิชาการจากประเทศต่างๆ และได้ผ่านการทดลองใช้ในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับ

ในประเทศไทยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศาวิตรี อึ้งฉนงค์กรชัย ในปี พ.ศ.2547 ปรับปรุงภาษาบางส่วนเพื่อใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุงและนำมาใช้ในสถานบริการทุกระดับ มีค่าความไว (sensitivity) 96% และความจำเพาะ (specificity) 96% ในการตรวจพบภาวะการดื่มที่เป็นอันตราย และมีค่าความไว 87% และความจำเพาะ 81% ในการตรวจพบภาวะการดื่มที่มีปัญหา แบ่งเป็น 4 ระดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) คือ

คะแนน 0-7	คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงน้อย (Low risk drinking)
คะแนน 8-15	คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเป็นอันตรายหรือเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ risky drinking)
คะแนน 16-19	คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking)
คะแนน ≥ 20	คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

จากความหมายของการติดสุราข้างต้น สรุปได้ว่าการติดสุราเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ จะมีการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์จากสุรา หากลดหรือหยุดการดื่มจะเกิดอาการขาดสุราขึ้น และยังคงดื่มสุราอยู่แม้ว่าจะรู้ว่ามึผลเสียเกิดขึ้นกับตนเอง ในการประเมินการติดสุราต้องอาศัยเกณฑ์การประเมินที่ละเอียดมากกว่าการให้ความหมายของการติดสุรา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F 10 ตามรหัสโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence: F10.2) ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ≥ 20 ตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT ตามระบบจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านธิ

สาเหตุการติดสุรา

พฤติกรรมติดสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล ซึ่งได้มีการศึกษาถึงลงไปถึงสรีรวิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยาของปัญหาการติดสุราและประมวลสิ่งที่ค้นพบเหล่านี้เข้าด้วยกัน สรุปสาเหตุของการติดสุราได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ สาเหตุทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา มี 2 ปัจจัย คือ

1.1 ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ มีงานวิจัยที่พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งติดสุรา อีกคนหนึ่งมีโอกาสติดสุราด้วยถึงร้อยละ 60 อัตราการเป็นโรคมัธยมเพิ่มสูงขึ้น ถ้ามีญาติติดสุราหลายคนที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตใกล้ชิดกันมาก อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรง นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ติดสุรา พบลักษณะสำคัญคือ

ยีนที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสุราตั้งแต่อายุน้อย จะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโตนิน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.2 ปัจจัยทางสมอง จากการศึกษาผู้ติดสุราพบว่ามีระดับโดปามีนในนิวเคลียส แอ็กคัมเบน (nucleus accumbens) ระดับของซีโรโตนิน และเอนโดर्फิน (endorphins) ต่ำในนิวเคลียส แอ็กคัมเบนและบริเวณ เวนทรีล เทกเมนทัล (ventral tegmental area) และระดับสารกาบา (GABA) ต่ำในบริเวณเวนทรีล เทกเมนทัล กลไกการออกฤทธิ์ของสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของการติดสุรา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542)

2. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาการดื่มสุราจัดว่าเป็นสาเหตุภายในในตัวบุคคล บางคนใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกลึกซึ้งในครอบครัวจากสภาพ ครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกที่บกพร่อง เป็นคนที่ปรับตัวยาก มีบุคลิก พึ่งพาผู้อื่นสูง มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดต่ำและไม่มีความพึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen, & Cooper อ้างใน นิศานาถ โชคเกิด, 2545)

3. ปัจจัยด้านสังคม สภาพทางสังคมจัดได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา สังคมจัดได้ว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา กล่าวคือสัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัว มีผลต่อการดื่มสุรา กลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชน มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับความสนใจ และความอบอุ่นจากพ่อแม่จะมีการดื่มสุราน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (กานพวงษ์ จิตสมบัติ, 2535) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา เช่น การจำหน่ายสุราอย่างเสรี ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อบังคับใช้เกี่ยวกับสุรา (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) รวมทั้งจากการที่รัฐยังไม่สามารถ ควบคุมการโฆษณาสุราได้อย่างเต็มที่ การขออนุญาตจำหน่ายสุราสามารถทำได้ง่ายและมีค่าใช้จ่ายต่ำ (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) เป็นผลให้เกิดร้านจำหน่ายสุรามากมายทั่วประเทศ ดังข้อมูลจาก กรมสรรพสามิต ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2548 ระบุว่า จำนวนผู้ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายสุรา ทุกประเภทมีถึง 586,463 ราย ส่งผลให้ผู้ดื่มสุราหาซื้อได้สะดวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2548) ซึ่งได้ศึกษาพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุรา และเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ภายในเวลาเพียง 7.5 นาที และพิทักษ์ สุริยะใจ (2548) ได้ศึกษาสาเหตุของการติดสุรา และการเข้ารับการรักษาของผู้ติด สุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ พบว่าสาเหตุการติดสุราภายนอกบุคคล คือนโยบายการ ขายสุราเสรีทำให้หาสุราดื่มได้ง่ายร้อยละ 49.1 สุราชุมชนราคาถูกทำให้ดื่มสุราได้มากขึ้นร้อยละ

43.3 และที่ทำงานอยู่ใกล้ร้านจำหน่ายสุราแล้วเพื่อนๆ มักชวนเข้าร่วมสังสรรค์ หลังเลิกงานร้อยละ 35 อีกทั้งอุตสาหกรรมสุราได้ใช้กลยุทธ์การโฆษณา ให้เข้าถึงประชาชนอย่างมาก จะเห็นได้จาก อุตสาหกรรมสุราใช้งบประมาณทุกสื่อรวมกันคิดเป็น 1,893 ล้านบาทในปี พ.ศ.2542 เป็น 2,235 ล้านบาท ในปี 2547 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก่อนการมีมาตรการควบคุมการโฆษณาเวลา 05.00-22.00 น. นอกจากนี้รัฐยังเก็บภาษีสุราในระดับที่ต่ำมากโดยเฉพาะสุราขาว ส่งผลให้สุราขาว ราคาถูกทำให้ประชาชนนิยมดื่มและติดสุราขาวมากที่สุด (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการติดสุราเป็นลักษณะของการดื่มสุราที่ผิดปกติ เมื่อดื่มสุรารอบวัน มากและดื่มบ่อยขึ้นก็จะทำให้เกิดการติดสุรา ซึ่งสาเหตุของการติดสุรานั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม โดย ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการติดสุรามากที่สุด ผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะปฏิเสธการมีปัญหาจากการดื่มสุรา การหยุดดื่มสุราเป็นระยะเวลานานเป็น เรื่องที่ยากมาก ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ มักหยุดดื่มสุราได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แล้วกลับมาดื่มสุรา ซ้ำอีก (สมภาพ เรืองตระกูล, 2542) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เกิดความพิการหรือเป็น อันตรายถึงชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมตามมา

ผลกระทบจากการติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลกระทบตามมา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ของผู้ดื่มซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย คือ แอลกอฮอล์เป็นสารประกอบขนาดเล็กจึงสามารถ แพร่กระจายไปได้ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอาการผิดปกติกับอวัยวะต่างๆ ได้ทุกอวัยวะ อาการแทรกซ้อนทางกายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์มีดังนี้ โรคตับอักเสบ ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ โรคแผลใน กระเพาะอาหาร มะเร็งทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เลือดออกในสมอง ความผิดปกติในการเผาผลาญ อาการขาดสารอาหาร ความผิดปกติของเลือด บาดแผลและการ ติดเชื้อ พิทักษ์ สุริยะใจ (2548) ได้ศึกษาสาเหตุการติดสุราและการเข้ารับการรักษของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบจากการ ดื่มสุราคือ โรคตับอักเสบ หรือตับแข็ง อุบัติเหตุและแผลในกระเพาะอาหาร ร้อยละ 73.3 นอกจากนี้ร้อยละ 67.8 พบอาการ โรคกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงและร้อยละ 66.6 มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ คือมีอาการสับสน ความผิดปกติทางจิตคล้ายกับโรคจิตเภท ความจำเสื่อมอย่างรุนแรง ทำลายสมองในระยะยาว ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานไม่ประสานกัน ซาตามเส้นประสาทส่วนปลาย สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2547) ได้ศึกษาผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันรัฐบุรุษรักษ์ และศูนย์บำบัดยาเสพติดภูมิภาคทั้ง 5 แห่ง พบว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วย ทางจิตประสาท มีอาการความจำเสื่อม จำอะไรไม่ค่อยได้ มีการตัดสินใจช้า หงุดหงิด นอนไม่หลับและวิตกกังวลร้อยละ 73.6-79.4

3. ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม คือ เกิดปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว และคนใกล้ชิด ปัญหาด้านการงาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านกฎหมาย และปัญหาอื่นๆ จากการศึกษากองสุกุมมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าผู้ติดสุรามีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวถึงร้อยละ 48.8 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน ร้อยละ 48.3 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนร้อยละ 23.2 นอกจากนี้พบการเกิดคดีความหลังการดื่มสุราคือคดีเมาแล้วขับสูงถึงร้อยละ 60 (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การติดสุราส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ถึงแม้ว่าการติดสุราจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมายดังกล่าวมาแล้ว แต่ประชาชนยังนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กันอย่างแพร่หลาย ทำให้เกิดปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราที่มีความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตจำเป็นต้องได้รับการบำบัดต่อไป

การบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราประกอบด้วย การบำบัด 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการถอนพิษสุรา เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถหยุดการดื่มได้โดยมีอาการขาดสุราน้อยที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง ถ้าหยุดดื่มกะทันหัน จะทำให้เกิดอาการทุกขัฏฐรมาณต่างๆ หรือที่เรียกว่าอาการลงแดงเป็นอย่างมาก (กรมสุขภาพจิต, 2547) มักเกิดขึ้นหลังจากลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 6-24 ชั่วโมง มีอาการคงอยู่ 48-72 ชั่วโมง ส่วนอาการขาดสุราระดับรุนแรงมักเกิดขึ้นหลังจากลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 7-48 ชั่วโมง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) เป้าหมายของการรักษาคือป้องกันการเกิดอาการชักและอาการสับสน เพื่อดึง (delirium tremens) ป้องกันหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนจากทางกายและจิต (สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย, 2548) บำรุงร่างกายแก้ไขภาวะ

โภชนาการ ควบคุมจิตใจโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดและการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความต้องการที่จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์ การรักษาอาจเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ได้ โดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค การบำบัดทางยาเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมการดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (กรมสุขภาพจิต, 2547) ได้แก่ นาลเทร็กซ์โซน (naltrexone) เป็นสารที่ปิดกั้นอนุพันธ์ของฝิ่น จึงช่วยระงับความรู้สึกอยากดื่มได้ อะแคมโพรเสท (acamprosate) ได้มาจากกรดอะมิโนที่เรียกว่าทอรีน (taurine) จะไประงับกลูตาเมต ทำให้ไม่รู้สึกอยากดื่ม พบว่าการใช้นาลเทร็กซ์โซนร่วมกับอะแคมโพรเสทจะมีประสิทธิภาพดีกว่าใช้อะแคมโพรเสทอย่างเดียว ไดซัลไฟเรม (disulfiram) หรือยาที่เพิ่มความไวต่อแอลกอฮอล์ เป็นตัวระงับ อัลดีไฮด์ ดีไฮโดรจีเนส (aldehyde dehydrogenase) พบว่าอัตราเลิกดื่มสูงในช่วง 3-6 เดือนแรกที่ได้รับยา และซีเลกทีฟ ซีโรโทนิน รีอับเทค อินฮิบิเตอร์ (selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs]) ช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้ไม่มากนัก แต่ผลที่เกิดขึ้นจะหมดไปภายใน 2 เดือน ใช้ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหรือร่างกายหลังการถอนพิษสุรา ซึ่งในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเมื่อลดปริมาณการดื่มลงมีโอกาสที่จะเกิดอาการถอนพิษสุราขึ้นในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องรับการรักษาใดๆ ก็สามารถหายได้เองแต่บางรายมีอาการรุนแรงเช่น เพื่อสับสน หรืออาการชัก การซักประวัติและตรวจร่างกายจะสามารถทำนายปัจจัยเสี่ยงหรือโอกาสเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด การใช้เครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุราจะทำให้สามารถติดตามอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการเกิดภาวะถอนพิษสุราขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549)

1. ความรุนแรงของการติดสุรา
2. ประวัติการดื่มสุราในตอนเช้าเพื่อถอนพิษ ประวัติอาการถอนพิษสุราหรือประวัติการชักหลังลดปริมาณการดื่ม หรือหยุดดื่ม
3. ปริมาณการดื่มในปัจจุบัน
4. โรคทางกายอื่นที่พบร่วม เช่น Chronic liver disease
5. ช่วงเวลาและปริมาณการดื่มครั้งสุดท้ายโดยอาการถอนพิษสุรามักเกิดใน 3 วันแรกหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง

ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุราหรือในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการถอนพิษสุราควรจะได้รับ การประเมินและติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง จนพ้นระยะของการเกิดอาการถอนพิษ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยประเมินและติดตามอาการถอนพิษสุราที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ เช่น Alcohol withdrawal Scale (AWS),

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar), Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุรา Alcohol withdrawal Scale (AWS) ของซอนเดอร์ส (Saunders อ้างใน พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ, 2549) แปลโดย พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ ในปี 2547 ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ เกี่ยวกับอาการแสดงของร่างกาย และการรับรู้ แต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ยกเว้นอาการสั่น (tremor) มีคะแนน 0-3 แปลผลคะแนน โดยนำคะแนนรวมของคำถามทั้ง 7 ข้อ ซึ่งจะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 คะแนน จากนั้นแบ่งคะแนนการจัดกลุ่มอาการถอนพิษสุราเป็น 4 ระดับ

คะแนน 1-4 คะแนน หมายถึง มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย (mild withdrawal)

คะแนน 5-9 คะแนน หมายถึงมีอาการถอนพิษสุราปานกลาง (moderate withdrawal)

คะแนน 10-14 คะแนน หมายถึง มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (severe withdrawal)

คะแนน ≥ 15 คะแนน หมายถึงมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก (very severe withdrawal)

2. ด้านการบำบัดทางจิตสังคม ในขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีแรงจูงใจในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ได้ทำกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ให้สามารถดำเนินชีวิตโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2547) ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การให้การปรึกษา (counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skill) ซึ่งปัจจุบันทั้ง 3 วิธีเป็นการบำบัดที่ไม่ได้ผล (กรมสุขภาพจิต, 2549) วิธีการรักษาแบบชุมชนบำบัด (therapeutic community) จัดเป็นชนิดพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มุ่งเน้นในการให้ความสำคัญ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทของบุคคลโดยเฉพาะชุมชน ซึ่งได้แก่ ครอบครัว ที่ทำงาน โรงเรียน วัดหรือสถานประกอบกิจการของนักบวชในแต่ละศาสนาโดยตั้งเป้าหมายการบำบัดรวมกับการให้ยา ไคซัลพิแรม และฝึกทักษะทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ โดยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราหาญาติที่มีบทบาทใกล้ชิดในการให้ยา เพื่อเข้ารับการอบรมในการให้ยาและเป็นการกำลังใจให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมและนันทนาการ (กรมสุขภาพจิต, 2547) การบำบัดด้วยวิธีนี้พบปัญหาของญาติในการเข้าร่วมเนื่องจากญาติเบื่อหน่ายผู้ป่วย ประกอบกับกิจกรรมสังคมและนันทนาการของชุมชนในปัจจุบัน ทุกกิจกรรมส่วนใหญ่ยังมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงาน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลับไปดื่มซ้ำ ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ที่เป็นโรคติดสุราและครอบครัว ให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากำลังใจได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม การทำครอบครัวบำบัดผู้ที่เป็นโรค

ติดสุราและครอบครัวต้องยินยอมให้ช่วยเหลือและยอมรับว่าเป็นปัญหา และมารับการบำบัด ทุกครั้งที่นัด จึงจะทำให้การบำบัดประสบผลสำเร็จได้ ในประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัด มีน้อยจึงเป็นข้อจำกัดในการรักษาด้วยวิธีนี้ (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) เป็นการช่วยเหลือระยะสั้น ใช้เวลาในการพบผู้บำบัด 1-2 ครั้งๆ ละ 5-30 นาที มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับอันตรายต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ การบำบัดนี้กระทำโดยฉวยโอกาสที่กลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับบริการในสถานบริการด้วยปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง และเป็นกลุ่มดื่มที่ยังไม่ถึงกับติด แต่จะเป็นกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ (hazardous drinking) และกลุ่มที่ดื่มแบบปรักฎาปัญหาต่อสุขภาพแล้ว การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) โดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ซึ่งได้ผลดีในผู้ที่มีความโกรธและมีความคิดความรู้สึกต่อต้านการรักษาในระยะแรก (NIAAA, 2005) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavior therapy) เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผล ที่มุ่งเน้นการระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์

การพัฒนากลยุทธ์การจัดการกับปัญหา และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (ทิพาวิไล เอมะวรรณ, 2548; NIAAA, 2005) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นชนิดของการบำบัดที่จะเปลี่ยนความคิดของผู้ติดสุราให้ถูกต้อง แก้ไขความคิดผิดๆ ที่ฝังรากลึก เป็นการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) และเป็นการช่วยเหลือหรือบำบัดเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญกับปัญหา (coping-skill therapies) และจากการศึกษาของมอร์แกน สเตมและคณะ (Morgenstem et al, อ้างใน สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อช่วยกันหยุดดื่มสุรา (AA) พบว่าการใช้กระบวนการส่งเสริมให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้

3. ด้านการบำบัดหลังการรักษา เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับครอบครัว การรักษาจะเน้นช่วยเหลือให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราเพื่อให้กำลังใจ และช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ (alcoholic anonymous [AA]) หรือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (selfhelp group) ใช้การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (twelve-step facilitation [TSF]) เป็นการให้การปรึกษาที่อิงหลักของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อช่วยกันหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (AA) ใช้ได้ผลดีในผู้มีปัญหาการดื่มในระดับรุนแรงมากๆ ผู้มีปัญหาทางจิตเวช หรือผู้มีปัญหาด้านการขาดแหล่งช่วยเหลือทางสังคม แต่พบว่าการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยโดยเฉพาะชนบทเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการบำบัดทางจิตสังคมในขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมุ่งเน้นเสริมสร้างให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามีสมรรถนะในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

การบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในคลินิกบำบัดสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ

โรงพยาบาลบ้านธิเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีหน่วยงานสุขภาพจิตชุมชนรับผิดชอบให้บริการบำบัดในขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพ ในผู้ป่วยติดสารเสพติดหลังจากได้รับการรักษาในขั้นตอนการถอนพิษแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดแอลกอฮอล์ ในคลินิกบำบัดสุรา ได้ประยุกต์ใช้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกรมสุขภาพจิต (2549) ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุราอย่างปลอดภัย การให้คำแนะนำ และการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ และคำปรึกษาครอบครัว การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและการติดตาม การส่งต่อ จากสถิติในปี พ.ศ. 2549 พบว่าสามารถลดการดื่มในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้ร้อยละ 46.2 และกลับไปดื่มซ้ำ จำนวน 23 ราย จากผู้ผ่านการบำบัด 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 ระยะเวลาที่หยุดดื่มได้โดยเฉลี่ย 9.72 วัน ทั้งนี้ การบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลบ้านธิ ยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจน เป็นลักษณะการให้การปรึกษาและฝึกทักษะตามสภาพปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเป็นรายบุคคลตามที่ประเมินพบ ซึ่งยังไม่มีโปรแกรมใดที่เหมาะสมกับการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำได้ ดังนั้นการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุราให้มีความสามารถในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นเวลานาน จึงได้นำมาเป็นรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้

การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งตามแนวคิดของแบนดูราเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบในการรับรู้เรื่องต่อไปนี้ (Bandura, 1997)

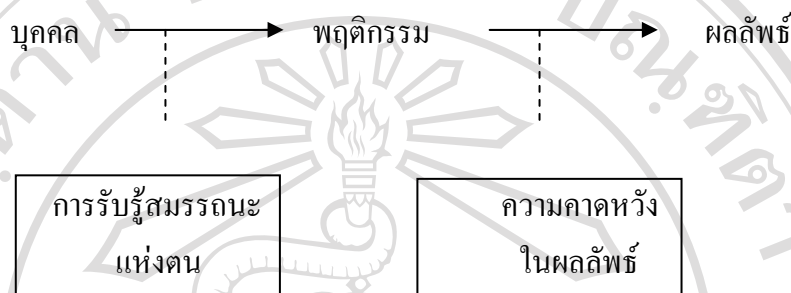
1. มิติดำรงระดับ (level) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของบุคคล ตามความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมตามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ จะเลือกทำกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน หากกิจกรรมที่ทำยากเกินสมรรถนะแห่งตนที่มีอยู่ อาจเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ดังนั้นในการพิจารณาให้บุคคลทำกิจกรรมใดๆ ต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับสมรรถนะแห่งตนที่บุคคลนั้นมีอยู่
2. มิติความเป็นสากลหรือการเชื่อมโยงประสบการณ์ (generality) เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการที่บุคคลสามารถนำทักษะ หรือประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีต มาใช้ในปัจจุบันที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น
3. มิติความเข้มแข็ง (strength) เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมตามความเข้มแข็งอดทนของบุคคล ในบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความเข้มแข็งอดทนต่ำ ก็จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำไปด้วย ทำให้ประสบความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมได้ง่าย

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) เป็นการตัดสินใจว่า การกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์

แหล่งที่มา จาก Self-efficacy : The exercise of control (p.22) by Bandura, A.,1997.

New York : W.H.freeman.

สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรม เมื่อมีความคาดหวังว่าหากได้กระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์และเป้าหมายที่ตนเองต้องการ แต่ในบุคคลที่มีความคาดหวังเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีความพยายามในการทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค แต่ในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างมาก บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความพยายามและยืนยันที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ที่คาดหวัง ไม่เป็นไปตามต้องการ แต่หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ไม่ว่าความคาดหวังในผลลัพธ์จะต่ำหรือสูง บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะไม่สนใจกระทำพฤติกรรม และเลิกกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็น

ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมของบุคคล อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วย ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สูง และทำได้อย่างต่อเนื่อง ดังในแผนภูมิ 1 แต่ถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของบุคคลแตกต่างกัน ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ได้ ดังแสดงในแผนภูมิ 2

– ความคาดหวังในผลลัพธ์ +					
+ การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> ยืนยันทิจะปฏิบัติ (protest) ความไม่พอใจ ความข้องใจ (grievance) เรียกร้องทางสังคม (social activism) เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (milieu change) </td><td style="padding: 5px;"> ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (productive engagement) ปรารถนาที่จะปฏิบัติ (aspiration) ความพึงพอใจ (personal satisfaction) </td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> – การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน เลิกปฏิบัติ (resignation) ไม่สนใจ (apathy) </td><td style="padding: 5px;"> รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-devaluation) ท้อแท้หมดหวัง (despondency) </td></tr> </table>	ยืนยันทิจะปฏิบัติ (protest) ความไม่พอใจ ความข้องใจ (grievance) เรียกร้องทางสังคม (social activism) เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (milieu change)	ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (productive engagement) ปรารถนาที่จะปฏิบัติ (aspiration) ความพึงพอใจ (personal satisfaction)	– การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน เลิกปฏิบัติ (resignation) ไม่สนใจ (apathy)	รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-devaluation) ท้อแท้หมดหวัง (despondency)
ยืนยันทิจะปฏิบัติ (protest) ความไม่พอใจ ความข้องใจ (grievance) เรียกร้องทางสังคม (social activism) เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (milieu change)	ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (productive engagement) ปรารถนาที่จะปฏิบัติ (aspiration) ความพึงพอใจ (personal satisfaction)				
– การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน เลิกปฏิบัติ (resignation) ไม่สนใจ (apathy)	รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-devaluation) ท้อแท้หมดหวัง (despondency)				

แผนภูมิ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการกระทำพฤติกรรม

แหล่งที่มา จาก Self-efficacy : The exercise of control (p.20) by Bandura, A.,1997.

New York : W.H.freeman.

วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล สามารถเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพล และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่บุคคลประสบความสำเร็จ ในการกระทำพฤติกรรมของตนเองโดยตรง การที่บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมด้วยตนเองหลายๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น สามารถกระทำพฤติกรรมจนประสบผลสำเร็จ จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะทำพฤติกรรมต่างๆ ต่อไป ถึงแม้จะต้องพบกับอุปสรรค หรือความล้มเหลวในบางครั้ง บุคคลจะมองว่าความล้มเหลวนั้นมาจากปัจจัยอื่น เช่น สถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย ความพยายามยังไม่เพียงพอไม่ได้เกิดจากตัวเอง ไม่มีความสามารถ แต่ในบุคคลที่ประสบกับความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอ จะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง หรืออยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ โดยการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ ควบคู่กับการให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) เป็นการได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน กระทำพฤติกรรมใดๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากตัวแบบมี 2 ประเภท (Bandura, 1997) ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life-modeling) ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นตัวแบบที่บุคคลมีโอกาสได้สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง นอกจากนี้ควรมีทัศนคติ ความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมีความเชื่อมั่นว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้น มีความเหมาะสม และตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตนเอง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นการนำเสนอตัวแบบ โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ การ์ตูน เป็นต้น ซึ่งการนำเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มคนที่มีจำนวนมาก หลากหลายสถานที่ และยังเป็นการนำเสนอตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อผู้สังเกตมาก เนื่องจากมีความน่าสนใจสามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถกำหนดเรื่องราว และเน้นถึงจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้

(Bandura, 1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบนั้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

2.2.1 กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจ และสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือ ลักษณะของตัวแบบ และตัวผู้สังเกต ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต มีความเหมาะสม มีลักษณะที่เด่นชัด ที่สำคัญคือทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ต้องไม่ซับซ้อนง่ายต่อความเข้าใจ และมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต สำหรับตัวผู้สังเกต ปัจจัยภายในตัวผู้สังเกตไม่ว่าจะเป็นด้านความสามารถในการรับรู้ เช่น ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน หรือประสบการณ์เดิม และระดับสติปัญญาที่แตกต่างกัน จะทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมของตัวแบบ และตีความสิ่งที่ได้รับรู้แตกต่างกันไปได้เช่นกัน

2.2.2 กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างปัญหาเพื่อให้การจดจำง่ายขึ้น

2.2.3 กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงข้อมูลที่เป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ที่ได้จากกระบวนการเก็บจำ ออกมาเป็นการกระทำ การกระทำพฤติกรรมนั้นจะทำได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ สิ่งที่ได้จากการสังเกต การแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงกับการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ตัวผู้สังเกต ต้องมีสมรรถภาพทางกาย และทักษะที่พอเพียงในการที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

2.2.4 กระบวนการจูงใจ (motivation processes) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ หรือไม่นั้น นอกจากการเรียนรู้ว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้แล้ว การจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้บุคคลตัดสินใจในการจะกระทำพฤติกรรม การจูงใจมีทั้งสิ่งจูงใจภายนอก เช่น ความรู้สึกพอใจ รางวัล การยกย่องชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม และสิ่งจูงใจในตนเอง เช่น สิ่งของ การประเมินตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีมาตรฐานภายในตนเอง ที่เป็นแรงจูงใจให้กระทำตามตัวแบบ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะจูงใจให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบถ้าการกระทำนั้นเกิดผลดีและเกิดความพึงพอใจต่อตนเอง

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการใช้คำพูดเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ตนเองต้องการได้ โดยลักษณะคำพูดที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การแนะนำ (suggestion) การสอนตนเอง (self-instruction) การชักจูงให้คล้อยตาม (exhortation) การบำบัดที่ใช้การแปลความหมาย (interpretive treatment) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการให้กำลังใจ อย่างไรก็ตามถึงแม้การใช้

คำพูดชักจูง จะเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย และสามารถทำได้ตลอดเวลา แต่ก็มีข้อจำกัดและปัจจัยบางประการของผู้นำไปใช้ เช่น ความเชี่ยวชาญ ความไว้วางใจ และความสามารถในการดึงดูดความสนใจ เป็นต้น นอกจากนี้การใช้คำพูดชักจูง ยังมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมเพียงในระยะสั้นๆ การใช้ให้ได้ผลจึงใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ โดยให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นพร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็จะสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) สภาวะด้านร่างกาย อารมณ์มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การที่บุคคลมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรง มีความรู้สึกสบายทางกาย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ สภาวะทางอารมณ์ทางบวก เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามกัน สภาวะทางด้านร่างกายที่ไม่พร้อม อาการเจ็บป่วยไม่สบาย และสภาวะอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ก็จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่ปกติ เพื่อให้พร้อมต่อการกระทำพฤติกรรม

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญ ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล สำหรับในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา การส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) มีดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือปัญหาต่างๆ ของตนเอง และบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และการได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่น ดังนั้น อายุที่แตกต่างกันจึงจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โฟรแมนและโอเวน (Froman & Owen, 1990 อ้างใน เบญจวรรณ ละอองผล, 2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกและทักษะการดูแลทารกของมารดา จำนวน 200 ราย

ผลการศึกษาพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกในระดับสูง

2. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิดการตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องราวต่างๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่พบว่า ระดับการศึกษาหรือความรู้มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3. รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อระดับการรับรู้สมรรถนะของบุคคล จะเห็นได้จากการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หรือระดับรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แกรมโบสกี และคณะ (Greamboski et al., 1993 อ้างใน สุวิมล สันติเวช, 2545) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ

การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจากการศึกษาของสมพร ลิทธิสงคราม (2549) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอำนาจการทำนายต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด สูงถึงร้อยละ 47.5 กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำ จะมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เทพหนู (2540) ซึ่งศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องทั่วไปต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเสริมสร้างให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งเสริมสร้างได้โดยการใช้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง เพื่อจะส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงได้ดังนี้

1. การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง (enactive mastery experiences) ตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์ที่ประสบ

ความสำเร็จด้วยตัวเองเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของตนเองโดยตรง การประสบความสำเร็จด้วยตัวเองหลายๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นสามารถกระทำพฤติกรรม จนประสบผลสำเร็จ จะทำให้มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต่อไป และในผู้ที่เป็โรคจิตสุราจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางบุคลิกที่บกพร่องอันเป็นผลมาจากการเลี้ยงดู มีบุคลิกที่พึ่งพาผู้อื่นสูง ขาดความเชื่อมั่นและไม่มีความพึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen & Cooper อ้างใน นิสาณาด โชคเกิด, 2545) การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่เป็โรคจิตสุราจึงเป็นการดื่มเพื่อคาดหวังว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ กล้าแสดงออก ใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในชีวิต (ประวิล ชัยยะเกิด, 2549) และผู้ที่เป็โรคจิตสุราส่วนใหญ่มักหยุดดื่มได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วกลับมาดื่มซ้ำอีก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) โดยมีสาเหตุการกลับไปดื่มซ้ำเนื่องจากการมีจิตใจไม่เข้มแข็ง (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) ดังนั้นหากผู้ที่เป็โรคจิตสุราได้รับการเสริมสร้างให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของตนเองโดยตรง จะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้ผู้ติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

2. การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวไว้ว่า การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน กระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่เป็นตัวแบบ ซึ่งมี 2 ประเภทคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life-modeling) และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic-modeling) ทั้งนี้ในปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ที่เป็โรคจิตสุรา มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์เช่น มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเสรี ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อบังคับใช้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) รวมทั้งจากการที่ภาครัฐยังไม่สามารถควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเต็มที่ มีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทุกสื่อ ทำให้มีความนิยมดื่มกันเป็นจำนวนมาก (บัณฑิตพรไพศาล, 2549) ดังนั้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ที่เป็โรคจิตสุราได้รับการส่งเสริมให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน กระทำพฤติกรรมปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์แล้วประสบความสำเร็จ จะส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุรารับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นและอาจจะทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การใช้คำพูดเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ตนเองต้องการได้ โดยลักษณะคำพูดที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การแนะนำ (suggestion) การสอนตนเอง (self-instructing) การชักจูงให้คล้อยตาม (exhortation) การบำบัดที่ใช้การแปลความหมาย (interpretive treatment) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการให้กำลังใจในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พบว่าขาดความรู้สึกผูกพัน ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ดังนั้นการจูงใจด้วยความรู้สึกพอใจ การยอมรับและการยกย่องชมเชย หรือการเป็นที่ยอมรับของสังคม จะเป็นแรงจูงใจที่อาจจะทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุราตัดสินใจกระทำพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

4. การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวไว้ว่า สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การที่บุคคลมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรง มีความรู้สึกสุขสบายทางกายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ สภาวะทางอารมณ์ทางบวก เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามกัน สภาวะทางด้านร่างกายที่ไม่พร้อม อาการเจ็บป่วยไม่สบาย และสภาวะอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ก็จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในผู้ที่เป็โรคจิตสุราจะพบว่า มีสภาวะร่างกายที่ทรุดโทรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดต่ำ (Neal, Cohen, and Cooper อ้างใน นิศานาถ โชคเกิด, 2545) ดังนั้นหากผู้ที่เป็โรคจิตสุราได้รับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการได้รับการประเมินด้านร่างกายและแก้ไขความผิดปกติที่ตรวจพบ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับความเครียด อาจจะทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงได้

จากความสัมพันธ์ของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้ในประเทศไทยการศึกษาเรื่องนี้ยังมีอย่างจำกัดและในโรงพยาบาลบ้านธิยังไม่มีโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตสุรา มาก่อน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ตามแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการศึกษาจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเสริมสร้าง ได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishment) โดยการจัดให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง จากนั้นฝึกการปฏิเสธการดื่มตามวิธีที่เลือกไปตามลำดับขั้นตอนเริ่มจากง่ายไปสู่ยากขึ้น โดยมีการฝึกฝนจนเกิดทักษะและประสบความสำเร็จไปพร้อมๆ กับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองและสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ต่อไป

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการสังเกตตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life modeling) ซึ่งเป็นผู้ที่เป้นโรคติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การเป็นโรคติดสุรา การปฏิบัติตน ผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ ผลดีของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของตัวแบบ พร้อมทั้งสารัตถการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งคำพูดและท่าทาง รวมทั้งมีการพูดชักจูงให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้เช่นเดียวกัน

3. การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว (verbal persuasion) ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ศึกษาให้คำแนะนำ ชี้แนะ และกล่าวคำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติ รวมทั้งพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนถึงประสบการณ์ของตนเองที่ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้

4. การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมต่อการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์โดยการประเมินสภาพร่างกายด้วยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตและประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์รวมทั้งประเมินด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและการพูดคุยสนทนา และเมื่อพบปัญหาผู้ศึกษา

จะช่วยแก้ไขร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้กิจกรรมสัมพันธ์และการฝึกผ่อนคลายความเครียดจะช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์สุดท้าย 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ กิจกรรมหลัก ได้แก่

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ศึกษา และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเป็นการเตรียมด้านอารมณ์ให้มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ครั้งที่ 2 คลายเครียดได้ด้วยมือเรา เพื่อสร้างความรู้สึกละผ่อนคลาย เป็นการเตรียมด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ครั้งที่ 3 การสนทนาระหว่างตัวแบบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง แสดงวิธีการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มได้ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 4 กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรณีตัวอย่างซึ่งเป็นข้อมูลจริงด้วยการอภิปรายร่วมกันในกลุ่มและผู้ศึกษาใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 5 การสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (1) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 6 การสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (2) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการฝึกปฏิเสธด้วยตนเอง การทบทวนถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 7 สรุปและประเมินผล เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีรวมทั้งเตรียมความพร้อมในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 2 สัปดาห์ต่อไป

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดสุราครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งได้กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถที่ตนเองมีอยู่ ในการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตาม ที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยแบนดูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน แต่ในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ บุคคลนั้น จะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก ดังนั้นหากผู้ที่เป็โรคติดสุราได้รับการเสริมสร้างให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะทำให้สามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเสริมสร้างได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองจากการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ได้ลงมือปฏิบัติปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการได้เลือกวิธีปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง จากนั้นฝึกการปฏิเสธการดื่มตามวิธีที่เลือก โดยมีการฝึกฝนจนเกิดทักษะและประสบความสำเร็จไปพร้อมๆกับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองและสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปได้
- 2) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการได้เรียนรู้การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการสังเกตตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life modeling) ซึ่งเป็นผู้ที่เป็โรคติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนเองและเรียนรู้ประสบการณ์การเป็โรคติดสุรา การปฏิบัติตนผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ ผลดีของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของตัวแบบ เมื่อเห็นผลงานหรือการกระทำของผู้อื่น ที่ได้รับความสำเร็จจากการใช้ความพยายาม แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเองและทำให้เกิดความคาดหวังว่า ตนก็สามารถจะประสบผลสำเร็จได้
- 3) การชักจูงด้วยคำพูด คำแนะนำ และกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ที่เป็โรคติดสุรามีความตั้งใจในการปฏิบัติ รวมทั้งพูดชักจูงให้ทบทวนถึงประสบการณ์ของตนเองที่ประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ตระหนักถึงความสามารถของตนเองหรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ จะทำให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรานำมาเป็นข้อมูล เพื่อใช้พิจารณาความสามารถของตนและทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และ
- 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายด้วยการประเินความ

พร้อมด้านร่างกายด้วยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และ
 ประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์และแก้ไขเมื่อพบความผิดปกติ และด้านอารมณ์ให้มีความพร้อมด้วย
 การลดความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว จะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ที่
 เป็นโรคติดสุราได้พิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนในการปฏิเสธการดื่ม
 แอลกอฮอล์ เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ และจะมีความอดสาพยายาม
 แสดงความสามารถออกมาจนประสบความสำเร็จ ในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้
 ในที่สุด



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved