ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

โดย

นางสลิษา หลิมศิโรรัตน์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน
ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2548

ISBN 974 – 464 – 766 – 3

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS INFLUENCE ON CARING BEHAVIOR AMONG ALCOHOLIC PATIENTS'

FAMILY CAREGIVERS : A CASE STUDY IN RATCHABURI HOSPITAL

By

Salisa Limsirorat

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF ARTS

Department of Psychology and Guidance

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2005

ISBN 974 – 464 – 766 – 3

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี” เสนอโดย นางสลิษา หลิมศิโรรัตน์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

……………………………………………….

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ คงคล้าย)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่……….เดือน…………….พ.ศ……….

ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข
2. รองศาสตราจารย์ลิขิต กาญจนาภรณ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

……………………………………...ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรีรัตน์ บุรณวัณณะ)

…………/…………….. /………..

…………………………………….. กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข)

…………/……………/………...

…………………………………กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ลิขิต กาญจนาภรณ์)

…………/…………/……….

…………………………………….. กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์)

…………/……………/…………

…………………………………กรรมการ

(แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร)

…………/…………/……….

K 46256319 : สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ / ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ /ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล /สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย / แรงสนับสนุนทางสังคม

สลิษา หลิมศิโรรัตน์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี (FACTORS INFLUENCE ON CARING BEHAVIOR AMONG ALCOHOLIC PATIENTS' FAMILY CAREGIVERS : A CASE STUDY IN RATCHABURI HOSPITAL) อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข, รศ.ลิขิต กาญจนาภรณ์ และ ผศ.ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์. 154 หน้า.

ISBN 974 – 464 – 766 - 3

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา1) ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย 3) ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 204 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบค่าที (t – test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ส่วนระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง 2) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล เมื่อจำแนกตามเพศ และระดับการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเมื่อจำแนกตามอายุ สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย พบว่าไม่แตกต่างกัน 3) ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 33.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนักศึกษา..

ลายมือชื่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์1............................2........................ .3.........................

K 46256319 : MAJOR : COMMUNITY PSYCHOLOGY

KEY WORD : CARING BEHAVIOR TO ALCOHOLIC PATIENTS / KNOWLEDGE ON ALCOHOL DEPENDENCY / THE CAREGIVERS' ROLE REALIZATION / RELATIONSHIP AMONG FAMILY CAREGIVERS AND THE PATIENTS / THE SOCIAL SUPPORT

SALISA LIMSIRORAT : FACTORS INFLUENCE ON CARING BEHAVIOR AMONG ALCOHOLIC PATIENTS' FAMILY CAREGIVERS : A CASE STUDY IN RATCHABURI HOSPITAL. THESIS ADVISORS : ASST. PROF. NUANCHAVEE PRASERTSUK , Ph.D., ASSOC. PROF. LIKHITKARNCHANAPORN, AND ASST.PROF. SOMSAP SOOKANAN ,Ph.D. 154 pp. ISBN 974 – 464 – 766 – 3

The purposes of this research were : 1) to study the variables related to treatment of alcohol dependency. knowledge on alcohol dependency, the caregivers' role realization, relationships among family caregivers and the patients, social support, and caring behavior of alcoholic patients' family caregivers; 2) to compare the caring behavior of alcoholic patients' family caregivers with consideration to demographics gender, age, educational level, economic status, relationship with alcoholic patients, and the number of family member who cooperated in caring the patients; 3) to identify the influence of knowledge on alcohol dependency, the caregivers' role realization, relationships among family caregivers and the patients, and social support on caring behavior of alcoholic patients' family caregivers. The sample was 204 family caregivers of alcoholic patients who attended medical services in Ratchaburi hospital derived by Systematic Random Sampling. The research instruments were questionnaires developed by the researcher. Data were analyzed by percentage , arithmetic mean, standard deviation , t– test , One-Way ANOVA and the Stepwise Multiple Regression Analysis technique.

The results were as follow :

1) The caregivers' role realization and the caring behavior of alcoholic patients' family caregivers were a high level. The knowledge on alcohol dependency, the relationships among family caregivers and the patients and social supports were a moderate level.

2) The caring behavior of alcoholic patients' family caregivers with difference gender and educational level were significantly different at a .05 level, however that of the subject with consideration to age, economic status, relationship with alcoholic patients, and the number of family member who cooperated in caring the patients, were not significantly different.

3) The caregivers' role realization, social supports, knowledge on alcohol dependency and the relationships between family caregivers and the patients predicted the caring behavior of alcoholic patients' family caregivers at the percentage of 33.9, with a statistical significant at .001.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Department of Psychology and Guidance Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2005

Student's signature …………………………………..

Thesis Advisors' signature 1………………………………..2…………………………………3………………………..

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นวลฉวี ประเสริฐสุข รองศาสตราจารย์ลิขิต กาญจนาภรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมทรัพย์ สุขอนันต์ ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรีรัตน์ บุรณวัณณะ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ทุกท่านได้ให้ความกรุณาต่อผู้วิจัยในการให้คำแนะนำ ปรึกษา ช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร นายแพทย์ 9 หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้วิจัย ได้เปิดโอกาสในการศึกษาและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในทุกๆเรื่อง รวมทั้งการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ช่วยให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณ ครอบครัวหลิมศิโรรัตน์ทุกคน ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสมาศึกษาต่อในครั้งนี้ โดยเฉพาะนายแพทย์สมนึก หลิมศิโรรัตน์ ที่เป็นผู้สนับสนุนทั้งด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และวัสดุอุปกรณ์ประกอบการศึกษา รวมทั้งการรับภาระในการดูแลบุตรทั้งสองแทนผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ ชาวจิตวิทยาชุมชนทุกคนที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัย ทั้งในช่วงเวลาของการเรียนและในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และรับภาระงานแทนผู้วิจัยในขณะที่ต้องใช้เวลาบางส่วนในเรื่องของการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบูชาพระคุณบิดา มารดา คณาจารย์ ตลอดจนผู้ที่มีพระคุณทุกท่าน รวมทั้งที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่ทำให้ผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จในการศึกษาในครั้งนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .... จ

กิตติกรรมประกาศ .... ฉ

สารบัญตาราง .... ญ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 8

ข้อคำถามการวิจัย 8

สมมติฐานของการวิจัย 8

ขอบเขตของการวิจัย 9

นิยามศัพท์เฉพาะ 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 13

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 15

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล 16

ความหมายของญาติผู้ดูแล และการดูแล 16

บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ 19

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล 24

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ 29

ลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ 29

โทษและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ 34

ขั้นตอนของการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 40

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง...46

ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 48

ความหมายของบทบาท 48

ทฤษฎีบทบาท 49

ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย 53

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ หน้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.. 56

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย 57

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 57

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว 58

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง... 65

แรงสนับสนุนทางสังคม 66

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม 66

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม 67

แหล่งสนับสนุนทางสังคม 70

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 73

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลราชบุรี 74

กรอบแนวคิด 78

3 วิธีดำเนินการวิจัย 79

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 79

ตัวแปรที่ศึกษา 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 81

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ 84

การเก็บรวบรวมข้อมูล 85

การวิเคราะห์ข้อมูล 86

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.. 89

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 90

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่าง ญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการ ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล 92

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ หน้า

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ที่แตกต่างกัน ………………………………… 93

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล …………………………… 99

5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ………………………………………… 102

สรุปผลการวิจัย ……………………………………………………………….. 103

อภิปรายผลการวิจัย ………………………………………………………….. 104

ข้อเสนอแนะ ……………………………………………………………………. 117

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลของการวิจัย …………………………………….. 117

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ……………………………………….. 118

บรรณานุกรม …………………………………………………………………………… 120

ภาคผนวก ……………………………………………………………………………… 133

ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ………………………………….. 134

ภาคผนวก ข การวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยเป็นรายข้อ…………………… 145

ประวัติผู้วิจัย …………………………………………………………………………….. 154

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.............. 90

2 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าระดับของระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี....................... 92

3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี.. 93

4 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีเพศแตกต่างกัน............. 94

5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ...... 94

6 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีอายุแตกต่างกัน 95

7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 95

8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว 96

9 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน 96

10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 97

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ หน้า

11 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแตกต่างกัน 97

12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย 98

13 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน 98

14 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี 99

15 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ ทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) 100

16 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรีที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ได้ถูกต้อง........ 146

17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถามความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 147

18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์........................... 148

19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ญาติผู้ดูแลได้รับ.. 149

20 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล 151

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายอย่างแพร่หลาย สถานการณ์ในปัจจุบันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น โดยการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเพิ่มจาก 110.6 ลิตร / คน / ปี ในปี พ.ศ.2540 เป็น125.5 ลิตร / คน / ปีในปี 2544 รวมทั้งพบว่าจำนวนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต 2547 ก : 1) ปัจจุบันคนไทยประมาณ15.3 ล้านคนดื่มสุราหรือคิดเป็นร้อยละ 32.7 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มสุรามากที่สุด ถึงร้อยละ 39.3 รองลงมาคือกลุ่มเยาวชน (ลิขิต กาญจนาภรณ์ 2547 : 4) เช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจประชากรทั่วไปโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 พบว่าประชากรวัยทำงานมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในจำนวนนี้ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ดื่มแอลกอฮอล์บ่อยจนอาจเกิดอันตรายขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต 2547 ก :1)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลได้สร้างความสูญเสียให้กับผู้เสพและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น (นิศานาศ โชคเกิด 2545 : 1) การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้ดื่มทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แอลกอฮอล์จะส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดตับอักเสบ ตับแข็ง กระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร มะเร็งทางเดินอาหารและลำไส้ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ปอดบวม กล้ามเนื้ออักเสบ และ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น (อินทิรา ปัทมิน และธัญญลักษณ์ แก้วเมือง 2547 ก : 2) จากการศึกษาของเอ็ดเวอร์ดและคณะพบว่าร้อยละ 80 ของโรคตับแข็งเกิดจากการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคตับแข็งคือ 80 กรัมต่อวันในเพศชาย และ20 กรัมต่อวันในเพศหญิง (Edwards et al.,cited in WHO 1999, อ้างถึงใน นิศานาศ โชคเกิด 2545 : 1) ในด้านจิตใจ แอลกอฮอล์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง อาจมีอาการวิตกกังวล ฟุ้งซ่าน ขาดความสุขและมึนงง บางรายมีอาการซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย ครองสติไม่ได้ หงุดหงิดโมโหง่าย ผู้ติดสุรามักจะสนใจแต่เรื่องสนุกสนาน ไม่รับผิดชอบต่อตนเอง ไม่สนใจการงาน และไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา กรมสุขภาพจิตได้สำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ในปีงบประมาณ 2542 โดยสุ่มตัวอย่างทุกภาคของประเทศไทย ผลการ

ศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการเสพแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10.2 ติดสารเสพติดร้อยละ 5.6 และโรคประสาทวิตกกังวลร้อยละ 4.4 (อภิชัย มงคล และคณะ 2545 : 2) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดื่มแล้ว การดื่มแอลกอฮอล์ยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ดื่มสุราจัดจะทำให้ความรับผิดชอบในบทบาทของพ่อแม่ หรือคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง การใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้คู่สมรสมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์และบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ม.ป.ป. : 5) ทั้งนี้การดื่มสุราของพ่อแม่ยังสามารถทำนายการดื่มสุราของบุตรในอนาคตได้ (Turner, Larimer & Sarason 2000, อ้างถึงใน นิศานาศ โชคเกิด 2545 : 2) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคมและเศรษฐกิจนั้นพบว่าการดื่มสุราก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ และเมื่อเมาสุราก็มักจะมีการฝ่าฝืนกฎหมายในรูปแบบต่างๆ จากการวิจัยทั้งในและต่างประเทศยังพบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ การประกอบอาชญากรรมและการฆาตกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ 30 – 50 เปอร์เซ็นต์ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต 2547 ก : 1) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอันเนื่องจากการดื่มสุราจาก 64 ประเทศทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 37 – 43 ในเพศชาย และระหว่างร้อยละ18 – 43 ในเพศหญิง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุให้เกิดการฆาตกรรมร้อยละ 42 การล่วงเกินทางเพศร้อยละ 36 การกระทำรุนแรงร้อยละ 41 การลักขโมยร้อยละ 33 และเกิดความพิการจากการดื่มสุราร้อยละ 6 (World Health Organization 1999, อ้างถึงใน นิศานาถ โชคเกิด 2545 : 1) และการดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจ โดยผู้ดื่มแอลกอฮอล์เองมักมีปัญหาความก้าวหน้าในอาชีพการงาน นักดื่มหลายรายพบปัญหาเศรษฐกิจ การขาดรายได้ และผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวม คือการสูญเสียผลผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรง ที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นจำนวนหลายล้านบาทต่อปี (จุรีย์ อุสาหะ และเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล 2548 : 6)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลเกิดจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นในการบำบัดรักษาผู้ที่ติดแอลกอฮอล์นั้น จะต้องให้การบำบัดรักษาแบบองค์รวม คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปพร้อมๆกัน โดยนอกจากการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ตัวของผู้ติดแอลกอฮอล์แล้ว ครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาของการบำบัด

เพื่อให้ผู้ป่วยคงการหยุดดื่มและป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ เนื่องจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรืออาการของผู้ป่วยนั้นไม่ได้เกิดขึ้นมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบทโดยเฉพาะครอบครัว ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมจะเป็นเช่นใด อีกทั้งยังเป็นตัวปรับเปลี่ยนรูปแบบของพฤติกรรม รวมทั้งทำให้พฤติกรรมนั้นสิ้นสุดหรือดำเนินอยู่เรื่อยๆ (นิภา นีสกุล, ใน วิโรจน์ วีระชัย และคณะ 2544 : 423) ซึ่งการที่มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด มักจะถูกมองว่าครอบครัวนั้นมีปัญหาหรือมีความผิดปกติ แต่ในทัศนะของทฤษฎีระบบ จะดูว่าครอบครัวนั้นทำหน้าที่ของครอบครัวได้มีประสิทธิภาพ (Function Family) หรือทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง (Dysfunction Family) (สำเนา นิลบรรพ์ และ สุกุมา แสงเดือนฉาย 2546 : 1) เช่นเดียวกับการศึกษาโดยใช้เครื่องมือประเมินครอบครัว (Family Assessment Device) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปรับตัวมีการทำหน้าที่บกพร่องกว่าครอบครัวทั่วไป (Miller et.al. 1986, อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ 2544 : 57) สิ่งที่ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ส่วนหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการเลิกดื่ม และในทางตรงกันข้ามครอบครัวก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยแอลกอฮอล์กลับไปเสพติดซ้ำอีก หากครอบครัวยังคงพฤติกรรมไม่ไว้วางใจ หวาดระแวง คอยจับผิด ซึ่งจะแสดงออกมาด้วยคำพูด และการกระทำให้เห็น มีผลให้ผู้เลิกยาซึ่งมีสภาพจิตใจที่อ่อนแออยู่แล้วอาจหมดกำลังใจ และประชดด้วยการกลับไปใช้สารเสพติดอีก (รวิวรรณ ศรีสุชาติ 2546 : 98) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวนั้น มีอิทธิพลต่อการกลับไปติดยาของผู้รับการบำบัดทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลในครอบครัวที่พบบ่อยได้แก่ การคอยเฝ้าติดตาม ตรวจสอบ และตอกย้ำพฤติกรรมเดิม ดังนั้นการมีความเข้าใจและการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวในทางที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลิกใช้ยาเสพติดได้เด็ดขาดขึ้น (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตร และคู่มือจิต – สังคมบำบัด 2547 ก : 74)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทบาทของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล คือการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆ ได้แก่ การยอมรับและเข้าใจ คือการยอมรับภาวะการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ และเข้าใจว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยนั้นเกิดจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ การสนับสนุนและให้กำลังใจในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้หลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ ญาติผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเมื่อผู้ป่วยพบกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆเมื่อหยุดดื่ม รวมทั้งการปฏิบัติตามบทบาทของญาติที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในกระบวนการบำบัดรักษา

เช่น การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การเข้าร่วมกลุ่มครอบครัวบำบัด หรือเข้ารับการปรึกษาครอบครัวร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด เพราะผู้ติดยาส่วนใหญ่ใช้ชีวิตประจำวันเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน (ปราณี ภานุมาศ 2547 : 36) จากผลการศึกษาบทบาทที่ผู้ติดยาเสพติดคาดหวังจากครอบครัว พบว่าบทบาทที่ผู้ป่วยคาดหวังในระดับมากคือ บทบาทที่ครอบครัวยอมรับว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดจากยาเสพติด รองลงมาคือครอบครัวยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หลังเลิกเสพยา (ลัดดา ขอบทอง และระเบียบ โตแก้ว 2546 : 15) ผู้เลิกยามีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต ตรงที่เขาไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับสุรา แต่หากครอบครัวยังคงสังสรรค์กันด้วยการตั้งวงดื่มสุราอยู่เสมอ ก็เป็นการยากที่ผู้เลิกยาจะหลีกเลี่ยงจากการดื่มสุราได้ ดังนั้นครอบครัวจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อช่วยสนับสนุนการเลิกยาให้สำเร็จด้วย (ระวิวรรณ ศรีสุชาติ 2546 : 98) การบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรังควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย เพราะภาวะการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ในด้านหนึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติในครอบครัว (Family disorder) เช่นกัน คือปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการใช้สุราอย่างไม่เหมาะสม หรือการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ของพ่อหรือสามีที่ดีได้ ภรรยาหรือลูกของผู้ป่วยเองก็มีความเครียดอย่างมาก ในขณะเดียวกันการเลิกสุราต้องอาศัยกำลังใจและการเอาใจใส่จากครอบครัวด้วยเช่นกัน (พิชัย แสงชาญชัย 2544 : 227) ถ้าครอบครัวใดหย่อนความร่วมมือ ไม่เข้าใจบทบาทของตนเองอย่างชัดเจน ในระยะที่ต้องช่วยเหลือประคับประคองผู้ติดยา ครอบครัวนั้นจะกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ในการพยายามเลิกยาเสพติดได้ (ปราณี ภานุมาศ 2547 : 36) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา ของกมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์ (2547 : 15) ที่พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลิกดื่มสุราได้คือส่วนหนึ่งคือการมีส่วนร่วมของครอบครัว และสาเหตุของความล้มเหลวในการเลิกดื่มสุราของผู้เข้ารับการบำบัดส่วนหนึ่งคือ ครอบครัวไม่ให้การช่วยเหลือ เนื่องจากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของสุราและมีอคติกับผู้ดื่มสุรา ดังนั้นในการบำบัดรักษาควรสรรหาบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 895 เตียงเปิดบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสารเสพติดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ประสบปัญหาจากการใช้สารเสพติดทุกชนิด โดยมีหน่วยงานเฉพาะที่ให้บริการ คืองานยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวช ในช่วงแรกของการเปิดให้บริการบำบัดรักษา จะพบผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประเภท

เฮโรอีนมากที่สุด ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมาผู้ป่วยเฮโรอีนลดลง แต่มีผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้าเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก และหลังจากที่รัฐบาลได้ประกาศสงครามกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2546 จำนวนผู้ป่วยยาบ้าเริ่มลดลง สถานการณ์ในปัจจุบันมีแนวโน้มของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ เข้ามารับการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสถิติผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของงานยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ปี 2545 ถึง ปี 2547 มีจำนวนผู้ป่วยแอลกอฮอล์รวม 214 ราย, 248 ราย และ 759 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนของผู้ป่วยแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานประจำในการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ที่ผ่านมาพบปัญหาที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ คือ ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์หรือกลับไปติดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจากหยุดดื่มได้ช่วงเวลาหนึ่ง หรือการกลับไปดื่มทันทีเมื่อแพทย์รักษาความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่เกิดจากแอลกอฮอล์ดีขึ้นแล้ว ดังจะเห็นจากข้อมูลของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 – เดือนมีนาคม 2548 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษารวม 144 คน พบว่า มีผู้ป่วยขาดการรักษาจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 41 อยู่บำบัดครบขั้นตอนและหยุดดื่มได้ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 และอยู่บำบัดครบขั้นตอนแต่ไม่สามารถหยุดดื่มได้จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จำนวน 17 คน ที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ในระหว่างวันที่ 1 – 31 มีนาคม 2548 พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย คือ ความเครียดในครอบครัว การใกล้ชิดกับตัวกระตุ้นคือมีสุราหรือเบียร์อยู่ในบ้าน หรือสามารถหาซื้อได้ง่าย มีผู้ที่ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในบ้านและรอบบ้าน ทนกับอาการที่เกิดจากการหยุดดื่มไม่ได้ ไม่มีแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มเพราะคิดว่าดื่มมานานแล้วก็ไม่มีผลเสียอะไร และถ้าหยุดดื่มจะทำงานไม่ไหว และเมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงบทบาทของครอบครัวต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ พบข้อมูลที่แสดงถึงการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมของญาติคือ ผู้ป่วยจำนวน 9 คน บอกว่าครอบครัวไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง ผู้ป่วยจำนวน 6 คน บอกว่าครอบครัวมีส่วนทำให้ตนเองกลับไปดื่มอีก ผู้ป่วยจำนวน 13 คน บอกว่าครอบครัวจะตำหนิและต่อว่าอย่างรุนแรงถ้าตนเองกลับไปดื่มสุรา และพูดว่าจะไม่สนใจอีก ผู้ป่วยจำนวน 11 คนบอกว่าคนในครอบครัวไม่เข้าใจว่าการเลิกดื่มสุรานั้นทำได้ยากแค่ไหน บางคนบอกว่าแค่ใจแข็งก็หยุดได้แล้ว ซึ่งไม่เป็นความจริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์ (2547 : 246) ที่พบว่าสาเหตุของความล้มเหลวในการเลิกดื่มสุราของผู้เข้ารับการบำบัดคือ การขาดแรงผลักดันและแรงจูงใจ สังคมรอบข้างขัดขวางการเลิกดื่มสุรา ครอบครัวไม่ให้การช่วยเหลือในเรื่องการเลิกดื่ม

สุรา จะเห็นได้ว่าความล้มเหลวดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และอีกส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากครอบครัวที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หรือครอบครัวมีส่วนร่วมแต่ปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลไม่เหมาะสม และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เรื่องบทบาทของครอบครัวต่อการเลิกดื่มของผู้ป่วย พบว่าแรงจูงใจที่ทำให้ญาติปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ส่วนหนึ่งคือการทดแทนบุญคุณ เป็นหน้าที่ของญาติที่ต้องดูแลกันเมื่อเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ส่วนสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของญาติคือ ความเข้าใจที่ว่าการติดแอลกอฮอล์นั้นเกิดจากนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วย และการเลิกดื่มก็ต้องเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเพียงผู้เดียว ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการที่ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระตามลำพังขาดผู้ช่วยเหลือสนับสนุน และปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่เอื้ออำนวย

มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลราชบุรี ที่กล่าวมาแล้วคือ นันธณา อินทรพรหม และ เยาวเรศ นาคะโยธินสกุล (2545) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต ที่เข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของญาติเรื่องยาเสพติดและความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดอยู่ในระดับสูง ลักษณะการปฏิบัติในการดูแลของญาติต่อผู้ป่วยติดสารเสพติดอยู่ในระดับดี และทัศนคติของญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประไพ ทยายุทธ (2545) ได้ศึกษา เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยสุราที่พบมากที่สุดคือ บุคลากรสาธารณสุข หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และญาติ ตามลำดับ ลัดดา ขอบทอง และระเบียบ โตแก้ว (2546) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนด ในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนด จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่คาดหวังมากของผู้ป่วยต่อครอบครัวคือ บทบาทที่ครอบครัวให้ความสนใจเอาใจใส่ ร้อยละ 80 บทบาทที่บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร้อยละ 70 – 79 และพบว่าบทบาทที่คาดหวังมีความสัมพันธ์กับบทบาทที่ปฏิบัติจริงของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วยังมีผู้ที่ให้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ดูแลของบุคคล คือ ฟาริดา อิบราฮิม (2546 : 46) กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมหรือปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ต่อผู้ที่ต้องรับการดูแลนั้นต้องอาศัยความตระหนักในบทบาทและการรู้จักตนเองในฐานะของผู้สวมบทบาทนั้น ในการรับบทบาทเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้อื่นถ้ามีความตระหนักในบทบาทของตนเองก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมหรือปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ต่อผู้รับการดูแล จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องหรือสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้คือ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการเจ็บป่วยหรือภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และการสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดสารเสพติดส่วนใหญ่ที่มีอยู่ จะทำการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยยาบ้า ส่วนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยตรงนั้นยังมีจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่ที่มีอยู่ก็จะเน้นศึกษาที่ตัวของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ศึกษาเรื่องของการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยในจังหวัดราชบุรียังไม่มีผู้ศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวมาก่อน และในปัจจุบันโรงพยาบาลราชบุรีไม่มีคู่มือหรือโปรแกรมสำหรับการให้คำปรึกษาครอบครัวหรือคู่มือการทำครอบครัวบำบัด สำหรับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ มีเพียงคู่มือหรือโปรแกรมการทำกลุ่มครอบครัวสำหรับผู้ป่วยยาบ้าหรือผู้ป่วยยาเสพติดทั่วๆไป จากการปฏิบัติงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยตรง ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทของญาติที่จะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมการหยุดดื่มให้นานที่สุดหรือเลิกดื่มได้ตลอดไป ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวางแผนให้บริการผู้ป่วยแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสมกับบริบทด้านครอบครัวของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การร่วมกับผู้ป่วยระบุญาติผู้ดูแลที่มีแนวโน้มจะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การหาแนวทางในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลราชบุรีเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถาวร และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัวอย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัว หรือกิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยเฉพาะต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

3. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

ข้อคำถามการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับใด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. ญาติผู้ดูแลที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

2. ญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

3. ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

4. ญาติผู้ดูแลที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

5. ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

6. ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

7. ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล และกำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 – เดือนมิถุนายน 2548 จำนวน 416 คน (สถิติผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี 2548)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 - เดือนมิถุนายน 2548 จำนวน 204 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของยามาเน ที่ความเชื่อมั่น 95 % ยอมให้คลาดเคลื่อนได้ 5 % ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกเป็น

   1.1 เพศ

   1.2 อายุ

   1.3 ระดับการศึกษา

   1.4 สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

   1.5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์

1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์

3. ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

4. สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

5. แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตรงกัน ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของคำต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไว้ดังนี้

ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี และจิตแพทย์ได้ตรวจและวินิจฉัยว่า มีภาวะการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่จัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - IV) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการติดสารเสพติด (Dependence) คือ ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา พบอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ใน 7 ข้อ ต่อไปนี้ 1) มีการดื้อยา คือมีการใช้สารเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ 2) มีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้สารนั้น 3) มีการใช้สารในปริมาณหรือระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้ 4) มีความต้องการใช้สารนั้นอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้ได้ 5) ใช้เวลาไปอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมาเสพ 6) ต้องงดกิจกรรมทางสังคม การงานหรือการบันเทิงอื่น อันเนื่องมาจากการใช้สาร 7) ยังใช้สารแม้ทราบว่าจะทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล 2535 : 80-81)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ญาติผู้ดูแล หมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ที่ถูกระบุให้เป็นญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางเครือญาติ เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง โดยอาศัยอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น โดยผู้ป่วยเป็นผู้ระบุญาติผู้ดูแลเองในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางจิตใจ ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจร่วมด้วย ผู้วิจัยระบุญาติผู้ดูแลตามพฤติกรรมที่ญาติปฏิบัติต่อผู้ป่วย คือเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อบำบัดรักษา หรือมารับยาแทนผู้ป่วย และเป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาในบทบาทของญาติ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวัน ตามบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ โดยการปฏิบัติในด้านต่างๆ ได้แก่

1.การส่งเสริมและสนับสนุน หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแล พูดชม ให้กำลังใจ หรือแสดงออกถึงการรับรู้เมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมนี้ต่อไป รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยบำบัดรักษาภาวะการติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพาผู้ป่วยมาตรวจรักษา มารับยาแทน และการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดรักษาในบทบาทของญาติ

2.การควบคุมและป้องกัน หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งตัวกระตุ้นภายนอก เช่น กลุ่มเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน ร้านขายสุรา การมีสุราอยู่ในบ้าน และตัวกระตุ้นภายใน คือ อารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความเครียด ความโกรธ รวมทั้งการควบคุมและป้องกันพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การกลับไปดื่มหรือติดแอลกอฮอล์ซ้ำ หรือที่เรียกว่าพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าไปนั่งอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่กำลังดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าไปในสถานเริงรมย์ที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.การร่วมแก้ไขปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ป่วย คือปัญหาความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย หรือจิตใจที่เกิดจากการหยุดดื่ม และ ความไม่พร้อมในการปฏิบัติภาระกิจต่างๆ เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดสิ่งรบกวนต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย การปฏิบัติภาระกิจบางอย่างแทนในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการเอง เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับบุคคลที่ติดแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆคือ ลักษณะของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ สาเหตุของการติดแอลกอฮอล์ โทษและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ขั้นตอนการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยญาติผู้ดูแลได้รับความรู้เหล่านี้มาจากแหล่งความรู้ และสื่อต่างๆ รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง

ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในบทบาทของตนเอง คือบทบาทของผู้ดูแล (Caregiver) เกิดสำนึกหรือเกิด

ความรู้สึกรับผิดชอบในภาระหน้าที่ของญาติ ที่จะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว เข้าใจและยอมรับว่าภาวะการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เห็นคุณค่าหรือเห็นความสำคัญของบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับ อันจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกที่ญาติผู้ดูแลซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา บุตร คู่สมรส หรือ ญาติที่มีความเกี่ยวข้องในลักษณะอื่นๆกับผู้ป่วย และผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ได้ปฏิบัติต่อกันในชีวิตประจำวันตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โดยมีการปฏิบัติต่อกันในด้านต่างๆ ได้แก่ การให้ความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากญาติ เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของญาติที่จะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆ ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับความเข้าใจ เห็นใจ การให้กำลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ คำแนะนำ แนวทางการปฏิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และการได้รับคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยแอลกอฮอล์

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับการจัดหาและให้ความช่วยเหลือเป็นสิ่งของเครื่องใช้ เงิน รวมทั้งบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากการศึกษาในโรงเรียน ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1. ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษาและญาติผู้ดูแลที่จบการศึกษาขั้นสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

2. สูงกว่าประถมศึกษา หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่จบการศึกษาขั้นสูงสุดสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ทั้งครอบครัวเมื่อเทียบกับรายจ่ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล โดยรายได้ที่ได้รับมาจากการประกอบอาชีพของญาติผู้ดูแลเอง และ/หรือ จากสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดรวมกัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1. รายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย
2. รายได้เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ
3. รายได้เพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ หมายถึง สัมพันธภาพที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น

1. บิดา
2. มารดา
3. บุตร
4. คู่สมรส
5. ญาติคนอื่นๆ

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง จำนวนของสมาชิกคนอื่นๆที่อยู่ภายในครอบครัวเดียวกันกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ที่ให้ความร่วมมือกับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ แบ่งออกเป็น

1. ไม่มี
2. มี 1 – 2 คน
3. มีตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูล สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างเหมาะสมกับบริบทด้านครอบครัวของผู้ป่วยแอลกอฮอล์แต่ละราย เช่น การร่วมกับผู้รับบริการระบุญาติผู้ดูแลที่มีแนวโน้มจะปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้กับญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลราชบุรี เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยเลิกแอลกอฮอล์ได้อย่างถาวร

3. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง นำไปพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัว หรือกลุ่มครอบครัวบำบัดสำหรับญาติผู้ดูแล ของผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยเฉพาะต่อไป

4. สามารถนำผลการวิจัย ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วยแอลกอฮอล์ หรือครอบครัวของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ในระดับที่กว้างขึ้นต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

1.1 ความหมายของญาติผู้ดูแล และการดูแล

1.2 บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์

2.1 ลักษณะของการติดแอลกอฮอล์

2.2 โทษและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.3 ขั้นตอนของการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

3.1 ความหมายของบทบาท

3.2 ทฤษฎีบทบาท

3.3 ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

4.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

5.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

5.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 6 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลราชบุรี

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้นมีลักษณะแตกต่างกัน ตามประเภทของบุคคลที่เป็นผู้ดูแล หรือ ผู้รับการดูแล รวมทั้งตามเงื่อนไขหรือวัตถุประสงค์ของการดูแล เพื่อให้เกิดความชัดเจนในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ความหมายของ ญาติผู้ดูแล และ การดูแล

1.2 บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

1.1 ความหมายของ ญาติผู้ดูแล และ การดูแล

การดูแล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยบุคคลหนึ่งรับบทบาทเป็นผู้ดูแล อีกคนหนึ่งรับบทบาทเป็นผู้รับการดูแล นอกเหนือจากการดูแลที่พบได้บ่อยในระบบบริการด้านสุขภาพแล้ว การดูแลส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่เป็นเครือญาติภายในครอบครัว ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ญาติผู้ดูแล และ การดูแล ไว้ดังนี้ คือ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เดวิส (Davis 1992 : 2, อ้างถึงใน จินตนา แววสวัสดิ์ 2546 : 21) ได้อธิบายความหมายของคำว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (Family Caregiver) ไว้ว่า ญาติผู้ดูแลหมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยญาติผู้ดูแลมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. ญาติ หรือ บุคคลอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย

2. เป็นผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้รับการดูแล (care receiver) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้คิด ตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ ก่อให้เกิดความต้องการ การดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความดูแลช่วยเหลือเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

มัลลิกา สิงหสุริยะ (2547 : 26) อธิบายว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) เป็น

สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย เช่น เป็นคู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง เป็นต้น

โอเร็ม (Orem 1991, อ้างถึงใน วาสนา ปานดอก 2545 : 11) ได้อธิบายความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ที่ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินหรือของรางวัลใดๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ ญาติผู้ดูแล ว่าหมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายโลหิตหรือทางเครือญาติ เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง โดยอาศัยอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น

ส่วนในเรื่องของการดูแลนั้น เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อผู้อื่น โดยมีผู้ให้ความหมายของการดูแลไว้ดังนี้คือ สมจิต หนุเจริญกุล (2543 : 147) กล่าวว่าการดูแล (Caring) หมายถึงการเอาใจใส่ การปกปักรักษา การปกครอง เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของสรรพสิ่ง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ไฮเดคเกอร์ (Heidegger 1958, อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม 2539 : 9) ได้อธิบายความหมายของการดูแลไว้ว่า การดูแลหมายถึง การเอาใจใส่ ความรับผิดชอบ ความสนใจ ความหมายโดยทั่วไปของการดูแลเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่างๆตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตและสรรพสิ่ง นักปรัชญาหลายท่านให้ทรรศนะว่า การอยู่รอดของมนุษยชาติต้องอาศัยการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยการสร้างสัมพันธไมตรีฉันท์เพื่อนที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยไม่เอาค่านิยมและความคิดของตนไปตัดสิน การแสดงออกซึ่งการดูแลอย่างเอื้ออาทรนั้นบุคคลที่ให้การดูแลต้องอยู่กับผู้รับการดูแลเมื่อเขาต้องการ ให้การเอาใจใส่อย่างจริงจัง ฟังเขาด้วยความตั้งใจ

เมย์รอฟฟ์ (Mayeroff ,อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล 2543 : 147) ได้อธิบายความหมายของการดูแล ไว้ว่า การดูแล เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโต ถึงระดับที่เกิด

ความพึงพอใจหรือบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณค่า ซึ่งการดูแลในลักษณะนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรัก เอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้รับการดูแล องค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดของ ฟาริดา อิบราฮิม (2539 : 9 – 10) มีดังนี้

1. ความรู้ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ

2. ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองที่จะให้การช่วยเหลือ

3. ความไว้วางใจ ผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน ผู้ให้การดูแลจะต้องไม่ใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทน เพื่อเปิดโอกาสในผู้รับการดูแลได้มีโอกาสคิดและตัดสินใจสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลืออย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7. การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม ต้องให้เกียรติปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคลที่ตนดูแล

8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินผลการดูแล ปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ตนเองดูแล

การดูแลระหว่างกันของบุคคลนั้นมีลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม ซึ่งต่างจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในความหมายอื่น สมจิต หนุเจริญกุล (2543 : 148) ได้กำหนดคุณลักษณะของพฤติกรรมการดูแลไว้ ดังนี้คือ

1. เป็นการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล ซึ่งคุณลักษณะในข้อนี้เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแลในกิจกรรมต่างๆ เป็นการใช้เครื่องมือและใช้เทคนิคต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป็นความรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์ และเจตคติ ที่ผู้ดูแลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแลในฐานะปัจเจกบุคคล

3. เป็นการป้องกัน ระแวดระวังเพื่อให้การกระทำถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล

ในเรื่องของการดูแล (caring) นั้น ได้มีผู้กำหนดเป็นรูปแบบเฉพาะของการดูแลไว้คือ มอร์ส และคณะ (Morse et al. 1990, อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล 2543 : 147-148) กล่าวว่า แนวคิดของการดูแล สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 รูปแบบ ได้แก่

1. การดูแล เป็นคุณลักษณะธรรมชาติประจำตัวของมนุษย์และสัตว์ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด แต่ความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะดูแลคนอื่นแตกต่างกัน ประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับการดูแลเอาใจใส่ในอดีตจะมีผลต่อความสามารถที่จะดูแลคนอื่นในปัจจุบัน

2. การดูแล เป็นเรื่องของความดีมีศีลธรรม คือคนที่มีศีลธรรมต้องดูแลผู้อื่น เช่น การรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้อื่น เห็นชีวิตของทุกคนมีคุณค่า

3. การดูแล เป็นอารมณ์ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความสงสารจากความเห็นใจเข้าใจในความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบกับความทุกข์จากความเจ็บป่วย หรือปัญหายุ่งยากต่างๆในชีวิต เป็นความรู้สึกห่วงใย สนใจ เอาใจใส่ และเสียสละเพื่อผู้อื่น

4. การดูแล เป็นเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยนั่นคือ การดูแลจะเกิดขึ้นได้ผู้ดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การดูแล เป็นการบำบัด และเยียวยาพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรมีส่วนเสริมช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากความเจ็บป่วยและลดความทุกข์ทรมานลงได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สรุปได้ว่า การดูแล คือพฤติกรรมการเอาใจใส่ การปกปักรักษา การปกครอง ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องได้รับการดูแล ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นพื้นฐาน โดยในการดูแลนั้นจะต้องมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า

ในการศึกษาครั้งนี้ การดูแล หมายถึง การปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว โดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมและป้องกันตัวกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ การร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการหยุดดื่ม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษากับผู้ป่วย ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถาวร

1.2 บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆที่อยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกัน โดยเฉพาะเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือ

มีภาวะการติดสารเสพติดต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะบกพร่องทาง อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ ในสถานการณ์ดังกล่าวมีความจำเป็นที่ญาติจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งฟาริดา อิบราฮิม (2539 : 21 -25) ได้กล่าวถึงบทบาทของญาติในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ว่า ในปัจจุบันภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยจากภาวะการใช้สารเสพติดต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนี้จะต่างจากลักษณะสัมพันธภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ความต้องการนั้นอาจจะเป็นความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจ ก็ได้

การดูแลที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวจะมีลักษณะและรูปแบบเฉพาะคือ

1. การดูแลจะทำเป็นประเพณีสืบทอดกันมาในครอบครัว เช่น การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2. การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. ในการดูแล ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ

4. ผู้ดูแลที่เป็นชายส่วนใหญ่จะสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย เรื่องการเงิน และจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆให้ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง

ความต้องการของญาติผู้ดูแล โดยทั่วไปคือ

1. ผู้ดูแลต้องการเวลา และการเป็นตัวของตัวเองเพื่อจะได้ทำกิจกรรมส่วนตัวและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคมและต้องการเวลาเพื่อการพักผ่อน และผ่อนคลายรวมทั้งต้องใช้เวลาในการปฏิบัติตามบทบาทอื่นๆด้วย

2. ผู้ดูแลต้องการมีความรู้ในปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ตนเองต้องดูแล ต้องการทราบวิธีการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยนั้น

3. ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือรวดเร็วทันทีเมื่อตนพบปัญหา สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

4. ผู้ดูแลต้องการบุคคลสนับสนุนและให้กำลังใจ ช่วยรับฟังปัญหา ช่วยเป็นที่ปรึกษา ลดความท้อแท้เบื่อหน่ายจากการที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย

5. ผู้ดูแลต้องการแรงจูงใจที่ดีและต่อเนื่อง แรงจูงใจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ยอมรับในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

6. ผู้ดูแลต้องการเครือข่ายทางสังคม คือ สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยและรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลลดความรู้สึกเป็นภาระแต่เพียงผู้เดียว และช่วยสนับสนุนในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแล มีดังนี้

1. สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลที่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย จะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ไม่ดีเท่าผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตสมบูรณ์

2. ทักษะในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่เคยมีความรู้ หรือประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหานั้นมาก่อน จะทำให้เกิดความเครียดและมีความยากลำบากในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3. การสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วย และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลดีขึ้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. แหล่งช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เพราะปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ดูแล เป็นสาเหตุสำคัญที่อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่อง

5. ความเชื่อของญาติมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อของญาติคนอื่นๆในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล

บทบาทครอบครัวของผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มีแนวคิด และแนวปฏิบัติในเรื่องของบทบาทครอบครัวหรือบทบาทของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดไว้หลายแนวทาง ซึ่งมีลักษณะที่สอดคล้องกัน ได้แก่

แนวคิดจากคู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547 ก : 11) ได้กล่าวไว้ในในหัวข้อ “ การให้คำแนะนำครอบครัวแบบสั้น ” โดยมีวัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ (1) เพื่อให้ญาติเข้าใจพฤติกรรมของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ (2) เพื่อให้ญาติตระหนักถึงประโยชน์ของกระบวนการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ และ (3) เพื่อให้ญาติเข้าใจบทบาทของตนเองในการแนะนำ ให้กำลังใจผู้ดื่ม

แอลกอฮอล์ในการเข้ารับการบำบัด สาระสำคัญของการให้คำแนะนำครอบครัวแบบสั้นคือ สิ่งที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ควรจะทราบ ได้แก่

1. การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดผลเสียต่อสมอง มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ โดยทำให้ผู้ดื่มมีอารมณ์แปรปรวน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว การเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ในครอบครัว

2. การบำบัดรักษา เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งต้องใช้ความตั้งใจ และความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ รูปแบบของการบำบัดรักษามีหลายวิธี สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมได้

3. ญาติมีความสำคัญ และมีบทบาทในการสนับสนุนในการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยการให้กำลังใจ ยอมรับ เข้าใจและช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยบำบัดรักษาจนจบกระบวนการได้

บทบาทที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้เลิกยาเสพติดคือ สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลควรจะเข้าใจกลไกการเสพติด ยอมรับข้อจำกัด หยุดพฤติกรรมส่งเสริมการใช้สารเสพติด ให้ความช่วยเหลือที่ผู้เสพติดต้องการ ให้กำลังใจและอดทนกับกระบวนการเลิกเสพยาเสพติด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คณะทำงานพัฒนาหลักสูตร และคู่มือ จิต - สังคมบำบัด (2547 ก : 3) กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (conjoint session) เป็นสิ่งที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง ในการดึงผู้รับการบำบัดให้รับการรักษาตลอดรอดฝั่ง ความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้สมาชิกคนสำคัญในครอบครัวของผู้รับการบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาด้วย ผู้บำบัดที่พยายามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ทำอะไรกับครอบครัว ในที่สุดแล้วจะทำให้กระบวนการเลิกยายากยิ่งขึ้น ผู้บำบัดต้องตระหนักเสมอว่าระบบครอบครัว ได้รับผลกระทบจากกระบวนการเลิกยาและเมื่อเป็นไปได้ ต้องพยายามนำบุคคลสำคัญในครอบครัวของผู้รับการบำบัดเข้ามาร่วมในการปรึกษารายบุคคล (Individual sessions) ด้วย โดยมีวัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจของผู้รับการบำบัดในช่วงต่างๆของการเลิกยา และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงการจัดลำดับความสำคัญของตนเองในการปฏิบัติตนในแต่ละช่วงของการเลิกเสพยา

สาระสำคัญของกิจกรรม ในเรื่องบทบาทครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด เป็นสิ่งที่ตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลควรจะทราบ เพื่อจะได้มีการปฏิบัติตัวในช่วงเลิกยาอย่างเหมาะสมคือ 1) เมื่อผู้ติดยาเข้ารับการบำบัดและหยุดเสพ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทาง

ด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ในกระบวนการเลิกยาซึ่งจะเกิดอาการแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงของการเลิกยา แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงต้น ช่วงกลาง และช่วงปลาย 2) เพื่อให้การเลิกยาได้สำเร็จ ทั้งสมาชิกครอบครัวและผู้รับการบำบัดควรเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวในแต่ละช่วงของการเลิกยาเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถผ่านช่วงต่างๆของการเลิกยาได้ด้วยดี

นอกจากแนวคิด แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่กล่าวมาแล้ว ยังมีวิธีปฏิบัติในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน ระหว่างสมาชิกครอบครัว หรือ ญาติผู้ดูแล กับผู้ป่วยในช่วงที่กำลังเลิกยาเสพติด โดยคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ จิต - สังคมบำบัด (2547 ก : 116 – 117) ได้นำเสนอแนวทางสำหรับการปฏิบัติของญาติ ในช่วงระยะต่างๆของการเลิกยาไว้ดังนี้ คือ

1. ช่วงเริ่มต้นของการเลิกเสพยาหรือสุรา สิ่งที่ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวจะต้องปฏิบัติคือ การทำข้อสัญญาในการรักษา ยอมรับว่าการติดยาเป็นภาวะทางการแพทย์ สนับสนุนการหยุดใช้ยาเสพติดและสุรา เรียนรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการไม่ให้ผู้รับการบำบัดหวนกลับไปเสพยาหรือดื่มสุราอีก

2. ช่วงกลาง สิ่งที่ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวควรปฏิบัติคือ การฟื้นฟูสัมพันธภาพที่เสียไปจากการใช้สารเสพติด เรียนรู้การช่วยเหลือแทนการเข้าข้างผู้ป่วย หาทางทำให้ชีวิตของตนเองมีคุณค่า และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีเหตุผล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. ช่วงปลาย สิ่งที่ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวควรปฏิบัติคือ เรียนรู้ที่จะยอมรับข้อจำกัดในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ติดยา พัฒนาตนเองด้านสุขภาพ มีการดำเนินชีวิตที่พอดี สำรวจตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปเสพยา และอดทนกับกระบวนการเลิกยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าบทบาทหน้าที่ของญาติที่จะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและกระบวนการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย คือ บทบาทที่จะต้องเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน โดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ โดยสรุปเป็นประเด็นของการดูแลได้ดังนี้ คือ

1. การสนับสนุนและให้กำลังใจ

2. การควบคุมและป้องกันพฤติกรรมการกลับไปดื่มซ้ำและการร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาที่เกิดจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์

3. การสนับสนุนเรื่องการบำบัดรักษา การรับประทานยา การมาโรงพยาบาลตามนัด เข้ามามีบทบาทในการทำกิจกรรมครอบครัวบำบัดร่วมกับผู้ป่วย

จากแนวคิด และวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ประกอบไปด้วยหลายด้าน ผู้วิจัยจึงได้กำหนด พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลไว้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมและสนับสนุน การควบคุมและป้องกัน และการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การส่งเสริมและสนับสนุน หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแล พูดชม ให้กำลังใจ หรือแสดงออกถึงการรับรู้เมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมนี้ต่อไป รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยบำบัดรักษาภาวะการติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพาผู้ป่วยมาตรวจรักษา มารับยาแทน และการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดรักษาในบทบาทของญาติ

2. การควบคุมและป้องกัน หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยไปดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งตัวกระตุ้นภายนอก เช่น กลุ่มเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน ร้านขายสุรา การมีสุราอยู่ในบ้าน และตัวกระตุ้นภายใน คือ อารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความเครียด ความโกรธ รวมทั้งการควบคุมและป้องกันพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การกลับไปดื่มหรือติดแอลกอฮอล์ หรือที่เรียกว่าพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าไปนั่งอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่กำลังดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าไปในสถานเริงรมย์ที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. การแก้ไขปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ป่วย คือปัญหาความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่เกิดจากการหยุดดื่ม และความไม่พร้อมในการปฏิบัติภาระกิจต่างๆ เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดสิ่งรบกวนต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย การปฏิบัติภาระกิจบางอย่างแทน ในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการเอง เป็นต้น

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

คุณลักษณะและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันของบุคคล ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกันไปด้วย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล กับการดูแลผู้ป่วยที่มีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่

1.3.1 เพศ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับเพศของผู้ดูแล ได้มีผู้ศึกษาไว้คือ ชูชาติ ดีรมรัมย์ (2546 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเอื้ออาทรของญาติผู้ดูแลในครอบครัว ความต้องการความ

เอื้ออาทร และการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด โดยได้ทำการศึกษาจากประชากรคือ วัยรุ่นที่ติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น และญาติผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน กลุ่มละ 263 คน พบว่า กลุ่มของญาติผู้ดูแลในครอบครัวที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ติดสารเสพติด มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จากกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีหน้าที่ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วย จำนวน 150 คน ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ดูแลพบว่า เพศหญิงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าเพศชายร้อยละ 15.84 และอุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ จำนวน 131 คน ผลการศึกษาด้านคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้ดูแลที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน

1.3.2 อายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุของผู้ดูแลที่มีผู้ศึกษาไว้ได้แก่ เฉลิม วงษ์จันทรา (2539) ทำการศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่นำเด็กมาติดต่อรับการรักษาที่แผนกเด็ก โรงพยาบาลราชานุกูล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถให้การดูแลเด็กได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เพศหญิงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าเพศชายร้อยละ 15.84 โดยอยู่ในช่วงอายุ 31 – 40 ปี และ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 46.38 ปี

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี และผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า

1.3.3 ระดับการศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่มีผู้ศึกษาไว้ได้แก่ ชูชาติ ดีรมรัมย์ (2546 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่อง " พฤติกรรมเอื้ออาทรของญาติผู้ดูแลในครอบครัว ความต้องการความเอื้ออาทร และการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด " โดยได้ทำการศึกษาจากประชากรคือ วัยรุ่นที่ติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น และญาติผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน กลุ่มละ 263 คน พบว่ากลุ่มของญาติผู้ดูแลในครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ฤตินันท์ นันทธิโร (2543 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่องบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมือง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 263 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.6 ปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.34 ส่วนระดับการศึกษาที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ ระดับอาชีวศึกษา อุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ จำนวน 131 คน ผลการศึกษาด้านคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ42

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.3.4 สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ดูแล ที่มีผู้ศึกษาไว้ได้แก่ ฤตินันท์ นันทธีโร (2543 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่องบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมือง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 263 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ระดับการศึกษาปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความเพียงพอของรายได้ คือมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายและมีเหลือเก็บ และมีรายได้พอใช้พอดี ไพบูลย์ วงศ์ใหญ่ และสุกัญญา กิจเครือ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนิติจิตเวช ผลการศึกษาในด้านลักษณะของครอบครัวพบว่ารายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอมีพอใช้ และปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ดูแลพบว่า มีฐานะทางการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับพอกินพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 34.67 และผลการศึกษาพบว่า ฐานะทางการเงินของครอบครัวที่ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือระดับพอกินพอใช้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวคือ การมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายและมีเหลือเก็บ และการมีรายได้พอใช้พอดี

1.3.5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพหรือความเกี่ยวข้องระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่มีผู้ศึกษาไว้คือ ลำเนา นิลบรรพ์ และ สุกุมา แสงเดือนฉาย (2546 : 1) ได้ศึกษาผู้ป่วยยาเสพติด และครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ จำนวน 15 ครอบครัว พบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 33.34 เป็นมารดามากที่สุด ร้อยละ 46.67 ไพบูลย์ วงศ์ใหญ่ และสุกัญญา กิจเครือ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนิติจิตเวช ผลการศึกษาในด้านลักษณะของครอบครัว พบว่า บุคคลที่ให้การดูแลในครอบครัวคือ แม่ และภรรยา อยู่ในระดับสูงสุดร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ลุง ป้า ยาย ย่า ร้อยละ18.5 ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ดูแลพบว่า มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยร้อยละ 30.00 แต่พบว่า

ส่วนใหญ่ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นพี่น้องร้อยละ 58.67 และจากผลการศึกษาพบว่า บุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีที่สุด รองลงมาเป็นญาติสนิท และพี่น้อง และจากการศึกษาสรุปว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิหลังและสถานภาพในครอบครัวต่างกัน จะมีการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ ผลการศึกษาด้านคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีสถานภาพเป็นบิดามารดาร้อยละ 45.0

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบิดามารดา และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดคือบุตร ส่วนบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือ ภรรยา และพี่น้อง

1.3.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนของสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่มีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่ สำเนา นิลบรรพ์ และ สุกุมา แสงเดือนฉาย (2546 : 1) ได้ศึกษาผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ จำนวน 15 ครอบครัว พบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติคือ ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 4 คน ร้อยละ 46.66 และปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 4 – 6 คน ร้อยละ 48.37 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ จำนวน 1 – 3 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี 3 – 4 คน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด จะอยู่ระหว่าง 1 – 3 คน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์นั้นพบได้น้อย งานวิจัยที่มีอยู่มักจะเกี่ยวข้องกับผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และจากการทบทวนงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าได้มีการศึกษาถึงปัจจัยในด้านคุณลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้แก่ เพศซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง อายุที่ต่างกันจะให้การดูแลผู้อื่นได้แตกต่างกัน และผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้การดูแลได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เศรษฐกิจของครอบครัว

ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีคือ การมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายและมีเหลือเก็บ และการมีรายได้พอใช้พอดี บุคคลที่ให้การดูแลได้ดีส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดคือ บิดามารดา บุตร ภรรยา และพี่น้อง และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีคือ จำนวน 1 – 3 คน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์

ความรู้เรื่องของแอลกอฮอล์และผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นมีผู้ศึกษาไว้อย่างกว้างขวาง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ของบุคคล โดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ที่ถูกต้อง น่าจะส่งผลถึงพฤติกรรมของญาติที่จะทำหน้าที่ในการดูแลแก่ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไว้ ดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะของการติดแอลกอฮอล์

2.2 โทษและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์

2.3 ขั้นตอนของการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.1 ลักษณะของการติดแอลกอฮอล์

ความหมายของการติดแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่อยู่คู่กับสังคมไทยมาช้านาน มีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อการสังสรรค์ หรือดื่มในโอกาสต่างๆ คนที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจนกลายเป็นความเคยชิน ในที่สุดก็จะติดแอลกอฮอล์ โดยบางครั้งผู้ที่ดื่มเองไม่รู้ตัวว่าตนเองนั้นติดแอลกอฮอล์แล้ว ได้มีผู้สรุปลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ไว้ดังนี้ คือ

การติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) หมายถึง อาการทางจิตชีวภาพที่ประกอบด้วยแรงขับภายในที่ทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์ การหมกมุ่นอยู่กับการดื่ม และบางครั้งจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์หรือลงแดง โดยจะวินิจฉัยได้จากการที่ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ 3 อาการ เกิดขึ้นซ้ำๆ บ่อยๆ ในช่วง 1 ปี ตาม ICD - 10 (อินทิรา ปัทมินทร และธัญลักษณ์ แก้วเมือง 2547 ก : 5 - 6) ได้แก่

1. ไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้
2. มีความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะดื่มแอลกอฮอล์
3. หมกมุ่นอยู่กับการดื่ม (ให้ความสำคัญกับการดื่มเป็นอันดับแรกเมื่อเทียบกับการทำกิจกรรมอื่นๆ) ทั้งนี้เพราะมีแรงขับภายใน และสารเคมีในสมองเปลี่ยนไป ทำให้อยากดื่มอยู่เรื่อยๆ

4. ความทนทานต่อแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องดื่มมากขึ้นจึงจะได้รับผลที่น่าพอใจ

5. มีอาการขาดแอลกอฮอล์หรือลงแดงเมื่อหยุดดื่ม หรืออาการลงแดงจะดีขึ้นเมื่อได้ดื่มต่อไป

6. ยังคงดื่มต่อไปแม้ว่าจะได้รับอันตรายจากการดื่มแล้วก็ตาม

สมภพ เรืองตระกูล (2545 : 222) กล่าวถึงอาการติดสุรา (Alcohol Dependence) ไว้ว่า ผู้ป่วยที่ติดสุราจะมีอาการดื้อยาหรืออาการขาดยา ซึ่งจะเกิดภายหลังลดปริมาณการดื่มลงมาเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดยาจะเกิดกับผู้ที่ดื่มจำนวนมากและเป็นเวลานาน มีผู้ป่วยร้อยละ 5 ซึ่งเกิดอาการขาดยาอย่างรุนแรง เมื่อดื่มจนไม่สามารถยับยั้งใจได้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการดื่มสุรา รวมทั้งการดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทางจิตใจและทางกาย เช่น อาการซึมเศร้า สูญเสียความจำหรือโรคตับก็ตาม ศรีสมบัติ วานิช และ ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2539 : 303) ได้กล่าวไว้ว่า การเสพติดสุราหมายถึงการดื่มสุรามากเกินกว่าที่สังคมยอมรับ หรือนอกเหนือไปจากการดื่มที่ถูกต้องตามประเพณี โดยต้องดื่มเป็นประจำและต้องเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ หรือดื่มอย่างอันตราย (Hazadous) หรือดื่มอย่างมีปัญหา ถ้าเลิกใช้จะมีอาการอยาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าลักษณะของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ คือผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และต้องเพิ่มปริมาณการดื่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เมื่อต้องการดื่ม ถ้าหยุดดื่มจะมีอาการทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังคงดื่มต่อไปแม้จะเกิดผลเสียต่อร่างกายของตนเอง หรือเกิดผลกระทบต่อผู้อื่นแล้วก็ตาม

สาเหตุของการติดแอลกอฮอล์

ความนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยนั้น ส่งผลให้มีผู้ติดแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนไม่ได้ติดทั้งหมด มีเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ดื่มจนมีภาวะการติดแอลกอฮอล์ และการที่บุคคลติดแอลกอฮอล์นั้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากตัวบุคคลเพียงด้านเดียว บริบทของบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ล้วนมีอิทธิพลต่อการติดแอลกอฮอล์ของบุคคลทั้งสิ้น ดังที่มีผู้กล่าวไว้ คือ

ศรีสมบัติ วานิช และ ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2539 : 303) กล่าวถึง การติดสารเสพติดของบุคคลไว้ว่า มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical) ปัญหาทางร่างกายที่ส่งผลให้บุคคลมีการติดสารเสพติด สามารถแยกได้ดังนี้

ก. ลักษณะทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลติดสารเสพติด

ข. ภาวะสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยของบุคคล อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลต้องใช้สารเสพติดเพื่อเป็นการรักษาหรือลดอาการให้กับตนเอง โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยารับประทานเอง

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ (Psycho-affective) ปัญหาการติดสารเสพติดนี้ จัดว่าเป็นสาเหตุมาจากภายในบุคคล (Intrapsychic) เป็นการใช้สารเสพติดเพื่อการแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ สามารถแยกแยะได้ดังนี้

ก. ใช้เพื่อลดความเครียดในการทำงาน หรือการดำรงชีวิตประจำวัน การดำเนินชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเครียดจากสภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน

ข. การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว เป็นผลมาจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน ทำให้บุคคลแสวงหาความผูกพันกับสิ่งที่อยู่นอกครอบครัว เพื่อทดแทนความรู้สึกที่ขาดไป ทำให้เกิดการใช้สารเสพติด และติดสารเสพติดในที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ค. บุคลิกภาพส่วนบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลปรับตัวยาก บุคลิกพึ่งพาสูง มีความเก็บกด เป็นบุคคลที่มีความคับแค้นใจ เป็นต้น ทำให้บุคคลอาจมีการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด

3. ด้านสังคม (Social) สภาพทางสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคล สังคมที่จัดว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลมีการใช้และติดสารเสพติด เช่น

ก. กลุ่มเพื่อน จัดว่าเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคล เช่น กลุ่มวัยรุ่น นอกจากพัฒนาการตามวัยที่มีความอยากรู้อยากลองแล้ว ความต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจใช้สารเสพติดได้ ถ้ากลุ่มเพื่อนมีการใช้อยู่ก่อนแล้ว

ข. ครอบครัว สภาพของครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น เช่น ครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง การตายของบิดาหรือมารดา การทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว พื้นฐานด้านพัฒนาการทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ เป็นการแสดงถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Disfunction)

ค. สังคมที่มีสารเสพติด สภาพชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ ถ้ามีการปนเปื้อนสารเสพติดในชุมชน เช่น เป็นแหล่งมั่วสุมสารเสพติด แหล่งผลิตสารเสพติด หรือเป็นแหล่งจำหน่ายสารเสพติด ทำให้บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้รับการจูงใจ และมีแนวโน้มจะใช้สารเสพติดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนที่มีความเสี่ยง

พฤติกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม (กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ม.ป.ป. : 7-9) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา คือ ลักษณะทางกรรมพันธุ์ คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดสุราอีกคนมีโอกาสจะติดด้วยถึงร้อยละ 60

2. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาการดื่มสุราจัดว่าเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคลบางคนใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น การดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม และขาดการแสดงออกทางอารมณ์ความรัก ความเข้าใจต่อกัน บุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ทำให้มีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก บุคลิกพึ่งพาผู้อื่นสูง มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดต่ำ ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. ปัจจัยด้านสังคม สภาพทางสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราสังคมที่จัดว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ครอบครัว กล่าวคือ สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัว มีผลต่อการดื่มสุรา อีกส่วนหนึ่งคือกลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรานับตั้งแต่ การจำหน่ายอย่างเสรีหรือหาสุรามาดื่มได้โดยไม่มีข้อจำกัดรวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับสุราที่ได้รับผ่านสื่อต่างๆ สื่อมวลชนนั้นมีอิทธิพลทางบวกต่อการดื่มสุราเช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อน และในสังคมไทยสุราได้รับการยอมรับในฐานะเป็นสื่อในงานรื่นเริงต่างๆ เช่น การพบปะสังสรรค์ งานพิธี ประเพณี หรืองานสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าการติดแอลกอฮอล์ของบุคคลมีสาเหตุได้จากทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ออกไปถึงชุมชน หรือสังคม ล้วนมีอิทธิพลต่อการดื่มหรือการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น

โรคสมองติดยา

การติดสารเสพติดของบุคคลสร้างความสูญเสียให้กับตัวผู้ติดเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ผู้ที่ใช้สารเสพติดหรือสุราส่วนหนึ่งเมื่อใช้จนเกิดภาวะการเสพติดแล้ว จะไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเสพได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวได้มีผู้ศึกษาพบว่าเป็นผลจากสารเคมีในสมองของผู้ติดยาที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ไม่สามารถคิด ตัดสินใจหรือแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ บุคคลเหล่านี้ทางการแพทย์ถือว่าเป็นผู้ป่วย ถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง

คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ จิต-สังคมบำบัด (2547 ข : 3-6) ได้กล่าวถึงโรคสมองติดยาไว้ว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับสารเสพติดมาเป็นเวลาหลายปีทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของพื้นฐานพฤติกรรมของมนุษย์ได้มากขึ้น การค้นพบหลักฐานทางชีววิทยาและพันธุกรรมว่าเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการติดยา ทำให้มุมมองต่อผู้ติดยาเปลี่ยนไปจากเดิมคือแทนที่จะมองว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นคนจิตใจอ่อนแอไม่เข้มแข็ง เรากลับมองด้วยความเห็นใจผู้ติดยามากขึ้นว่าเขาเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก เหมือนกับโรคฝ่ายกายหลายโรคที่รักษาไม่หายขาด เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคภูมิแพ้ เป็นต้น

การที่จะแก้ปัญหาสารเสพติดใดๆ มีความจำเป็นต้องเข้าใจว่าสารเสพติดนั้นมีผลต่อผู้ใช้อย่างไร ที่ผ่านมามักจะมีการกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คนติดสารเสพติด คือปัจจัยด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ที่จริงแล้วปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านั้นทำให้คนเริ่มต้นใช้สารเสพติด แต่หลังจากนั้นแล้วคนกลับไปใช้ซ้ำอีก เพราะเกิดความชอบใจในฤทธิ์ของสารนั้น เพราะสารเสพติดเข้าไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆทำให้เกิดความพอใจ โดยการออกฤทธิ์ที่เซลล์ในระบบต่างๆของสมองนั่นเอง สารเสพติดทุกชนิด จะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน (Dopamine) ออกมา ทำให้เกิดความสุข ความพอใจ และเป็นสาเหตุของการติดสารเสพติดนั้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าลักษณะของการติดแอลกอฮอล์คือการที่บุคคลดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ ไม่สามารถยับยั้งใจเมื่อต้องการดื่ม มีอาการขาดยาหรือลงแดงเมื่อหยุดดื่มและยังคงดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปถึงแม้จะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และครอบครัวแล้วก็ตาม ซึ่งสาเหตุการติดแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้นเกิดจากทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัว คือทั้งจากสาเหตุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมรอบตัว โดยสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ แต่สิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเสพติดคือการที่แอลกอฮอล์ไปออกฤทธิ์ที่เซลล์ของสมอง ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์ และความคิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดแอลกอฮอล์และไม่สามารถหยุดดื่มได้หรือที่เรียกว่า ภาวะสมองติดยา

2.2 โทษและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลได้สร้างความสูญเสียให้กับตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัวและสังคมส่วนรวม ทั้งทางตรงและทางอ้อม องค์การอนามัยโลก รายงานว่าร้อยละ 5 ของการตายและความพิการทั่วโลกเกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งความสูญเสียนี้มากกว่ายาเสพติดอื่นถึง 5 เท่า (จุรีย์ อุสาหะ และเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล 2548 : 4) นักวิชาการหลายสาขาได้ศึกษาและรายงานเรื่องโทษและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ไว้ ดังนี้คือ

จากคู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547 ก : 53 –61) กล่าวไว้ว่า แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วจากกระเพาะอาหารเข้าสู่กระแสเลือด จากนั้นเลือดจะส่งผ่านแอลกอฮอล์ไปยังอวัยวะทุกส่วนของร่างกายโดยเฉพาะส่วนที่มีน้ำเป็นองค์ประกอบในปริมาณที่สูง ได้แก่ ตับ สมอง หัวใจ ปอด ตับอ่อน ไต ม้าม อวัยวะสืบพันธ์ กล้ามเนื้อ ไขกระดูก และผิวหนัง ตับจะทำหน้าที่ทำลายแอลกอฮอล์ เพื่อให้ร่างกายจะได้สามารถขับมันออกไปได้ เปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์ที่อยู่ในกระแสเลือด เรียกว่า “ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด” (blood alcohol concentration – BAC) BAC และระดับการเป็นพิษจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์และความเร็วของการดื่ม ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมี BAC สูงกว่าผู้ชายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่า ๆ กัน ทั้งนี้เป็นเพราะร่างกายของผู้หญิงมีน้ำน้อยกว่าแต่มีไขมันมากกว่าผู้ชาย ซึ่งการที่ร่างกายของผู้ชายมีน้ำมากกว่าทำให้แอลกอฮอล์เจือจางมากกว่านั่นเอง การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคล มีโทษและผลกระทบต่างๆเกิดขึ้นอย่างมากมายในทุกระดับเริ่มตั้งแต่ตัวบุคคล ครอบครัว ไปถึงชุมชนและสังคมโดยรวม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม

ก. ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์มากหรือการหยุดดื่มทันที

การได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ (Alcohol intoxication) จากการที่ดื่มในปริมาณมากจะมีลักษณะทางคลินิก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในระดับที่รู้ตัว โดยเริ่มจากอาการซึมไปจนถึงไม่รู้สึกตัว เดินเซ (Ataxia) และการกดทางเดินหายใจเสี่ยงจากการสำลักเมื่ออาเจียน และการขาดอากาศหายใจ (Asphyxiation) อาจเสียชีวิตถ้าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 0.4 กรัม %

อาการพิษสุรา (Alcohol intoxication) ผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจในขณะมึนเมา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์อ่อนไหวและการตัดสินใจเสีย

ร่วมกับอาการทางกาย ดังต่อไปนี้ พูดไม่ชัด การทรงตัวเสีย เดินเซ นัยน์ตากระตุก ความจำเสียหรือหมดสติ (สมภพ เรืองตระกูล 2545 : 222 - 224)

การขาดแอลกอฮอล์ (Alcoholic Withdrawal) เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดแอลกอฮอล์หยุดดื่มกะทันหัน เช่น ช่วงที่ต้องเข้าโรงพยาบาลด้วยกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น จะมีอาการที่เกิดจากการทำงานมากเกินไปของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการสั่น เหงื่อออกมาก วิตกกังวล กระวนกระวาย และวอกแวก ไม่มีสมาธิ มีอาการชักแบบเกร็งกระตุก (Tonic – clonic fits) เกิดขึ้นประมาณ 3% ของผู้ป่วย อาการขาดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงจะพัฒนาไปสู่อาการสับสน (Delirium tremens หรือ DTs) ซึ่งจะสังเกตได้จากอาการไม่อยู่นิ่ง สับสน หวาดระแวง และเห็นภาพหลอน อาการชักเนื่องจากแอลกอฮอล์ มักจะเกิดขึ้นในช่วงของการขาดแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในช่วง 48 ชั่วโมงแรก จะมีอาการชักแบบเกร็งกระตุก (Tonic – clonic fits) ทั้งตัว ไม่ได้เป็นเฉพาะที่ และมักจะเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว

อาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) อาการสำคัญๆมีดังต่อไปนี้ เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ประสาทหลอนหรือแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) อาการจะเกิดเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว เช่น 4 – 12 ชั่วโมง ภายหลังหยุดดื่มหรือลดปริมาณลง ในบางรายอาจมีอาการภายหลังต่อมาอีก 2 – 3 วัน อาการมักเป็นรุนแรงในวันที่ 2 และผู้ป่วยจะดีขึ้นมากในวันที่ 4 หรือ 5 ภายหลังต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับและความผิดปกติของประสาทอัตโนมัติต่อไปอีกนาน 3 – 6 เดือน ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 จะมีอาการรุนแรงเรียกว่า Alcohol withdrawal delirium หรือ delirium tremens โดยมีอาการดังต่อไปนี้ คือ เพ้อ สั่น สติสัมปชัญญะเสีย ประสาทหลอนหรือภาพหลอน และผู้ป่วยโรคนี้ ร้อยละ 3 จะมีอาการชัก ผู้ป่วยมักมีโรคทางกายร่วมด้วย เช่น ตับวาย ปอดบวม เลือดออกในกระเพาะอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสารเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล (สมภพ เรืองตระกูล 2545 : 222-224)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อินทิรา ปัทมินทร และธัญลักษณ์ แก้วเมือง (2547 ก : 5-6) ได้กล่าวถึงอาการขาดแอลกอฮอล์หรือลงแดง (Alcohol Withdrawal) ไว้ว่า ผู้ป่วยที่เสพติดแอลกอฮอล์แล้วมักจะมีอาการผิดปกติต่างๆเมื่อต้องหยุดดื่ม ซึ่งอาการนั้นอาจรุนแรงจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้เนื่องจาก

1. มีการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางมากเกินปกติ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยที่เสพติดทางร่างกายหยุดดื่มหรือลดการดื่มให้น้อยลง

2. ความเสี่ยงของการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับระดับของการดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงระยะเวลาของการดื่ม และอายุของผู้ดื่ม อาการขาดแอลกอฮอล์จะรุนแรงขึ้นอีกถ้ามีอาการผิดปกติอื่นๆร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อ ความผิดปกติในการเผาผลาญ และ ภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น

ลักษณะสำคัญของอาการขาดแอลกอฮอล์ ผู้ติดแอลกอฮอล์ 6 ใน 10 คน จะมีอาการขาดแอลกอฮอล์หลังหยุดดื่ม และจะมีอาการในช่วง 12 – 24 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ซึ่งอาการเหล่านี้จะคงอยู่ประมาณ 3 – 4 วัน อาการขาดแอลกอฮอล์อาจแบ่งได้เป็น 3 อาการ ดังนี้

1. อาการขาดแอลกอฮอล์แบบไม่รุนแรง ได้แก่ อาการสั่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน ใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น วิงเวียนศีรษะ วิตกกังวล กระวนกระวาย อารมณ์ซึมเศร้า หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. อาการแทรกซ้อนโดยมีอาการชัก เช่น Grandmal และ ชักแบบเกร็งกระตุก (Tonic – clonic fits) เป็นต้น

3. อาการสับสน (Delirium Tremens) เช่น มีอาการสั่นและกระวนกระวาย ไม่รู้สึกตัว สับสนเรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ ประสาทหลอน หวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น ในอดีตเมื่อประมาณ 50 ปีที่แล้ว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีอาการแบบนี้จะถึงแก่ความตายได้ รายละเอียดของอาการ Delirium Tremens มีดังนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข มีอาการสั่น สับสน ไม่รู้ว่าตัวเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน เวลาเท่าใด มีความคิดหวาดระแวง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วย มีอาการวอกแวก มักมีปฏิกิริยาตอบโต้ที่รุนแรงหรือรวดเร็วต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ประสาทหลอนตามประสาทสัมผัสต่างๆ ซึ่งมักพบมากว่าเป็นประสาทหลอนทางตา เช่น เห็นหนู ช้าง มีแมลงไต่ตามตัว หรือกระโดดข้ามตัว เห็นสีต่างๆ หรือ Microscopic เป็นต้น มีอาการขาดน้ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ไตวาย และมักพบอาการปอดบวมเป็นอาการแทรกซ้อนได้บ่อยมาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข. ผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์

สุรามีผลกระทบต่อสุขภาพ ใน 5 ระบบสำคัญ คือ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเมตตาบอลิคและต่อมไร้ท่อ และระบบการต้านจุลชีพ โดยมีผลทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้เกิดกลุ่มโรคได้ประมาณ 100 กว่าโรค จึงเรียกว่าโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือศัพท์ใหม่ตามบทบัญญัติขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 1977 ว่า Alcohol Dependence Syndrome แทนคำว่า Alcoholism (บุญเลิศ จุลเกียรติ และคณะ 2534, อ้างถึงใน สุมัทณา แก้วมา 2545 :14)

ผลของแอลกอฮอล์ต่อสมอง ทำให้เกิดอาการทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง สำหรับพิษแบบเฉียบพลัน เริ่มจากอาการสนุกสนานร่าเริงจนกระทั่งแสดงอาการเมาให้เห็น คือ สูญเสียการทรงตัว เดินเซ มีอาการสับสนมึนงง ง่วงซึม และเมื่อดื่มในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการสลบถึงตายได้ แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อเซลล์สมอง ทำให้สมองเสื่อม ในผู้ติดสุราพบว่ามีการฝ่อลีบ ของสมองส่วนนอก ซึ่งจะมีผลต่อการเสื่อมทางจิตด้วยหลายประการ มีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ขาดความรับผิดชอบ หวาดระแวง และคลุ้มคลั่ง โรคเส้นเลือดในสมองแตก (Haemorrhagic stroke) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดอันตราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มในปริมาณมาก ๆ ในคราวเดียวกันหลอดเลือดสมองอุดตัน (Thrombotic stroke) มีความสัมพันธ์กับการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตรายติดต่อกันเป็นเวลานาน

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ การเกิดพยาธิสภาพในตับจากแอลกอฮอล์มี 3 รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่ มีไขมันสะสมในตับ ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ และตับแข็ง การมีไขมันสะสมในตับเป็นผลจากการเผาผลาญแอลกอฮอล์ อาจจะทำให้เกิดอาการปวดท้องและอาเจียนได้ ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์จะมีความรุนแรงมากขึ้น อาการที่ปรากฏ ได้แก่ ดีซ่าน มีไข้ ปวดที่ช่องท้องด้านขวา บางครั้งมีน้ำในช่องท้อง โดยมีอัตราการเสียชีวิต 5 – 20 % ตับแข็ง คือการที่ตับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารหรือตับวาย และมีน้ำในช่องท้อง โดยมีอัตราการเสียชีวิต 50 % ภายใน 5 ปี มะเร็งตับเกิดขึ้นประมาณ 15 % ของตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบจากแอลกอฮอล์ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณส่วนกลางของช่องท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่รุนแรงจะมีการสูญเสียของเหลว ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำและไตวายได้ ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง จะมีอาการปวดเรื้อรังบริเวณช่องท้องส่วนบนและน้ำหนักลด ทำให้กระเพาะอาหารอักเสบ และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร อาจทำให้มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร กระเพาะทะลุ หรือตกเลือดได้ นอกจากนี้ทำให้การดูดซึมอาหารได้น้อยลง มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ การเกิดมะเร็งที่ปาก ลิ้น ลำคอ และหลอดอาหาร จะมีความสัมพันธ์สูงกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายอย่างมาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ มักพบในกลุ่มผู้ชายวัยกลางคน โดยจะค่อย ๆ มีอาการของหัวใจล้มเหลว นอนราบไม่ได้ มีอาการบวมที่เท้า และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial and ventricular arrythmias) จะเกิดขึ้นในระหว่างการได้รับพิษของแอลกอฮอล์และการขาดแอลกอฮอล์ อาจเกิดจากการดื่มในปริมาณมากในโอกาสพิเศษ หรือที่เรียกว่า “อาการโรคหัวใจในวันหยุด” การเกิดความดันโลหิตสูง จะมีความเกี่ยวข้องกับการบริโภค

แอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดเป็นอันตรายประมาณ 20 – 30 % ความดันโลหิตจะลดลงสู่ระดับปกติได้เมื่อหยุดดื่ม

ผลต่อต่อมไร้ท่อ (Endocrine glands) และการเผาผลาญ (Metabolism) แอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีอาการของเบาหวานได้เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของตับอ่อนที่ทำหน้าที่ในการสร้างอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวาน และจะสามารถทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถ้าดื่มติดต่อกันและไม่รับประทานอาหาร 2- 3 วัน ทำให้ผู้ที่ดื่มสุราเกิดอาการอ่อนเพลีย หิว เหงื่อออก เป็นลม หมดสติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต Alcoholic pseudo-Cushing's syndrome เกิดจากการผลิตกลูโคคอร์ติคอยด์มากผิดปกติ จะทำให้มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า เป็นโรคอ้วน และความดันโลหิตสูง นอกจากนี้แอลกอฮอล์สามารถทำให้มีข้ออักเสบที่เรียกว่า โรคเก๊าท์ โดยเฉพาะในคนที่มีระดับของกรดยูริคในเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดข้ออักเสบเช่น ที่นิ้วหัวแม่เท้าทั้งสองข้าง และตามข้ออื่นๆ ข้อจะมีอาการอักเสบ บวมแดง และปวดมาก

ผลต่อระบบต้านจุลชีพ แอลกอฮอล์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อต้านของร่างกายที่มีต่อเชื้อโรค ทำให้ร่างกายมีการติดเชื้อโรคง่ายขึ้น ผู้ดื่มสุรามีโอกาสที่จะเป็นปอดบวมหรือ โรคติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่ายกว่าผู้ไม่ดื่ม (บุญเลิศ จุลเกียรติ และคณะ 2534, อ้างถึงใน สุมัทณา แก้วมา 2545 : 15)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลต่อระบบอื่นๆของร่างกาย เช่น การเสื่อมของฮอร์โมนเพศ (Gonadal atrophy) จะมีผลทั้งสองเพศ นั่นคือ ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และลดการผลิตสเปอร์มในผู้ชาย ทำให้เกิดความผิดปกติที่อัณฑะ และรังไข่ โดยจะกดการทำงานของไฮโปทาลามัสและพิทูอิตารี่ หรือโรคในระบบทางเดินหายใจ อาจเกิดอาการปอดบวมจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ปอดบวมเนื่องจากเชื้อนิวโมคอคคัส วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้ออักเสบเฉียบพลัน (Acute myopathy) ความผิดปกติของเลือดที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เม็ดเลือดแดงโตกว่าปกติ (Macrocytosis) พบได้ใน 50 % ของผู้ติดแอลกอฮอล์ เนื่องจากการขาดโฟเลท เกร็ดเลือดน้อย (Thrombocytopenia) เกิดจากไขกระดูกเป็นพิษโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรังและ มีอาการม้ามโต (Hypersplenism)

ค. ผลกระทบทางจิตประสาทเนื่องจากการใช้แอลกอออล์

ความบกพร่องทางสติและปัญญารวมทั้งการเคลื่อนไหว จะเกิดขึ้นหลังจากการดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่มในครั้งนั้นๆด้วย สมองของผู้ป่วยถูกทำลายเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ เกิดความบกพร่องด้านความจำ ไม่สามารถจำเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นได้เรียกว่าAnterograde amnesia (สมภพ เรืองตระกูล 2545 : 174) คือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำ

สาระหรือเรื่องราวใหม่ๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ แต่สามารถเก็บความจำระยะยาวและจำเรื่องราวในอดีตได้ดี อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นกับผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งรูปแบบที่รุนแรงที่สุดคือ Korsakoff syndrome มีความสัมพันธ์กับการขาดไธอามีน ร่วมกับการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติที่สมองส่วนหน้า (Frontal lobe syndrome) ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการคิดการเข้าใจต่อสภาพแวดล้อม การคิดวางแผน และการจัดระบบความคิด มีการฝ่อของสมองน้อย (Cerebella atrophy) ทำให้เกิดการทรงตัวได้ไม่ดี เดินเซ มีอาการมือสั่น

เส้นประสาทส่วนปลายพิการ (Peripheral neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการชาที่เท้า รู้สึกหนาเหมือนใส่ถุงมือถุงเท้า (Dysaesthesiae and paraesthesiae in a “glove and stocking” distribution) หรือ กล้ามเนื้อจะอ่อนกำลังลง การฟื้นตัวจะช้ามาก โดยใช้เวลาประมาณ 1 ปี แม้ว่าจะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิงแล้วก็ตาม

การดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มปรวนแปรและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ทำอะไรไปโดยไร้สติสัมปชัญญะ ไม่สนใจตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังทำให้การตัดสินใจบกพร่อง สมาธิในการทำงานลดลง ขาดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน อารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ความรู้สึกมีความค่าในตัวเองลดลง ในบางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต 2542, อ้างถึงใน สุมัทณา แก้วมา 2545 : 15)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.2.2 ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อตัวอ่อนในครรภ์

ในปัจจุบันพบว่าแอลกอฮอล์เป็น 1 ใน 2 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเกิดภาวะปัญญาอ่อน ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศค่าเฉลี่ย IQ ของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์จะอยู่ที่ 70 และจะไม่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นตามวัย ใบหน้าจะมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ สันจมูกยุบ ริมฝีปากบางผิดปกติ ไม่มีกระดูกอ่อนที่กั้นโพรงจมูก (philtrum) และระดับหูสองข้างต่ำกว่าปกติพบความผิดปกติของหัวใจได้บ่อย (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต 2547 ก : 57)

2.2.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลจากการดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้เด็กขาดความอบอุ่น ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเท่าที่ควร มีปัญหาความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว มีปัญหาครอบครัวแตกแยก (WHO 1996, อ้างถึงใน สุมัทณา แก้วมา 2545 : 15) นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นประจำยังทำให้ผู้ที่ดื่มขาดความรับผิดชอบในครอบครัวและเป็นตัวอย่างในการเลียนแบบพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่าง

สามีภรรยาเนื่องจากการทะเลาะเบาะแว้งกันมากขึ้น และผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะมีสมรรถภาพทางเพศลดลง ผู้ดื่มสุราเป็นประจำจะต้องเสียเงินในการซื้อสุรามาดื่ม ทำให้เป็นปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นคนในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้โรคพิษสุราเรื้อรังยังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบให้เกิดความเจ็บป่วยแก่สมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ป่วยด้วยโรคพิษสุราเปรียบเสมือนมะเร็งร้ายที่คอยกัดกร่อนทำลายสัมพันธภาพในครอบครัว นอกจากนี้ปฏิกิริยาที่แสดงต่อกันระหว่างสามีภายหลังจากการดื่มสุรายังก่อให้เกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรงในครอบครัว ก่อให้เกิดบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความไม่มั่นคง ไม่แน่นอน เกิดขึ้นในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต 2542 , อ้างถึงใน สุมัทณา แก้วมา 2545 : 15)

2.2.4 ผลกระทบต่อสังคมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เสียเพื่อน ทำลายความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดอื่น ๆ ขาดความก้าวหน้าในอาชีพ ไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่ง ถูกลดตำแหน่ง ถูกไล่ออก ว่างงาน ด้านเศรษฐกิจ ขาดรายได้ประจำที่เคยได้จากการทำงาน เงินทองไม่พอใช้ เป็นหนี้การพนัน ถูกฉ้อโกง ถูกหลอกลวง ในด้านกฎหมาย มีการฝ่าฝืนกฎหมายที่ห้ามดื่มสุราหรือเสพยาขณะขับรถ ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่ มีคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ถูกทำร้ายร่างกาย ฆ่าตัวตาย ทอดทิ้ง ไม่เลี้ยงดูเด็ก การขายบริการทางเพศ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สรุปได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้น จะเกิดผลกระทบตามมาทั้งกับตัวของผู้ดื่มเอง คือผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเจ็บป่วยขึ้นในระบบต่างๆของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ไม่สามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนเดิม นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆ เริ่มตั้งแต่บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ไปจนถึงชุมชนและสังคมโดยรวม

2.3 ขั้นตอนของการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ในกระบวนการเลิกยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดเสพยาหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ คือจะมีการปรับเปลี่ยนทางชีวภาพเพื่อให้เกิดความสมดุลย์ของสารเคมีในสมอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการฟื้นตัวของสมองในช่วงของการเลิกยา เพราะขณะที่บุคคลเสพยาจะมีความผิดปกติของระดับสารเคมีในสมอง ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่บุคคลที่กำลังเลิกเสพยา จะต้องเข้าใจว่าทำไมในระยะแรกๆของการเลิกเสพยาจึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และกระบวนการคิด คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ จิต - สังคมบำบัด (2547 ข : 16) ของกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ได้กล่าวถึงขั้นตอนต่างๆของการหยุดใช้สารเสพติดไว้ ดังนี้

ขั้นตอนการเลิกเสพยา จะเป็นไปตามช่วงระยะเวลาที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่

1. ระยะขาดยา ระหว่างวันแรกๆ หลังจากหยุดใช้ยา ผู้ที่เคยเสพบางคนจะมีอาการไม่สบาย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว อาการไม่สบายต่างๆจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดและมีระยะเวลานานเพียงใด ขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่เสพ ความถี่ของการเสพ ระยะเวลาของการเสพ และชนิดของยาเสพติดที่ใช้เสพ ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมาก จะมีอาการไม่สบายเกิดขึ้นอย่างรุนแรงตามมาหลังหยุดดื่ม อาการไม่สบายต่างๆที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีแรง วิตกกังวล มือสั่น ตัวสั่น ซึมเศร้า ฉุนเฉียว นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ และมีปัญหาในเรื่องความจำ อาการต่างๆเหล่านี้มักเกิดขึ้นหลังหยุดดื่มสุราประมาณ 3 – 5 วัน แต่ในบางรายอาจมีอาการเหล่านี้ติดต่อกันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ผู้ดื่มสุราบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการดูแลให้ปลอดภัย

2. ระยะเริ่มต้นเลิกยา อยู่ในช่วงระยะ 4 – 5 สัปดาห์แรก ขณะที่สมองกำลังฟื้นตัว แม้ว่าอาการขาดยาทางร่างกายจะหมดไป แต่ยังคงมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น คิดไม่ค่อยออก ไม่ค่อยมีสมาธิ กระสับกระส่าย วิตกกังวลบ้าง การนอนไม่ปกติ และรู้สึกว่าชีวิตยุ่งยาก ในระยะนี้ผู้ที่สามารถหยุดเสพยาได้จะรู้สึกดี และบ่อยครั้งที่รู้สึกว่าสามารถดูแลตนเองได้ การเลิกเสพยาได้ในระยะเริ่มต้นการหยุดเสพยานี้ จะเป็นโอกาสที่ดีในการเริ่มต้นการเลิกเสพยา ถ้าผู้เลิกเสพยามีพลัง มีความกระตือรือร้น หรือมีความมุ่งมั่นและมีความรู้สึกที่ดีต่อการเลิกเสพยา จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตนในการเลิกเสพยาและมีผลดีอย่างมากมาย คือทำให้มีความพยายาม หรือความมานะในการปฏิบัติตนเพื่อนำตนเองไปสู่ความสำเร็จในการเลิกเสพยาอย่างถาวร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. ระยะฝ่าอุปสรรค หลังจากหยุดยาได้ 6 สัปดาห์ถึง 4 เดือน จะมีอาการไม่สบายหรือไม่สุขสบายต่างๆที่ก่อให้เกิดความรำคาญ และรบกวนผู้ที่เคยเสพยา อาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจากกระบวนการฟื้นตัวของระบบต่างๆในสมอง อาการต่างๆเหล่านี้มักจะเป็นเรื่องของปัญหาทางอารมณ์และความคิด แม้ปัญหาจะไม่รุนแรงแต่ก็มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ของผู้เลิกยา ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องตระหนักในปัญหาทางอารมณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสารเคมีในสมอง ในระยะนี้ถ้าบุคคลสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาได้ เขาเหล่านี้ก็จะสามารถเลิกเสพยาได้ อาการที่พบอยู่เสมอๆในระยะนี้ ได้แก่ อาการซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย ไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่ค่อยมีแรง และขาดความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ ภาวะเสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำมักจะเกิดในระยะนี้ ผู้รับการบำบัดจะต้องมุ่งความสนใจไปที่การมีสติที่จะไม่เสพยาในแต่ละวันที่ผ่านไป การดูแลตนเองด้วยความระมัดระวังจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้สามารถผ่านระยะที่ยากลำบากในกระบวนการเลิกเสพยานี้ไปได้ ถ้าสามารถผ่านระยะนี้ไปได้โดย

ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกเสพยาได้อย่างถาวร

4. ระยะปรับตัว หลังการหยุดเสพยา 120 วันหรือ 4 เดือน สมองส่วนใหญ่กลับคืนสู่ภาวะปกติ สิ่งสำคัญที่ผู้รับการบำบัดต้องทำคือ การพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งจะต้องปฏิบัติกิจกรรมหลายอย่าง ความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน จะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เขาสามารถเลิกเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่ามันจะเป็นการยากในการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ในขณะอยู่ในกระบวนการเลิกเสพยา แต่การทำงานหรือกิจกรรมต่างๆที่ยากลำบากนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

จากวรรณกรรมที่ได้นำเสนอมาทั้งหมดนั้น แสดงให้เห็นว่าการจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้นจะดำเนินไปตามขั้นตอนต่างๆซึ่งจะมีอาการที่ไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจต่างกันไปในแต่ละบุคคลและตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ผู้ป่วยจะต้องอดทนและปรับตัวเพื่อให้ผ่านขั้นตอนที่ยากลำบากเหล่านั้นไปให้ได้ จึงจะสามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถาวร

การป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การกลับไปเสพติดซ้ำ ถือเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในกระบวนการเลิกใช้ยาเสพติด และสามารถจะเกิดขึ้นตลอดเส้นทางสู่การเลิกยา โดยอาจเกิดขึ้นในระยะแรกๆของการเลิกยาหรือระยะใดๆ ของการเลิกยาก็ได้ แต่เมื่อการกลับไปเสพซ้ำเกิดขึ้นจะต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เลิกยานั้นโดยเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก และป้องกันไม่ให้กลับไปติดซ้ำ โดยสมบูรณ์ (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ จิต-สังคมบำบัด 2547 ข : 17 - 22) ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำของบุคคลอาจเกิดขึ้นได้จากตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ได้แก่ประวัติส่วนบุคคล ลักษณะบุคลิกภาพ และอาจรวมถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วย

2. เหตุการณ์แวดล้อมที่เกิดขึ้น หมายถึงการที่บุคคลได้เผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการคงพฤติกรรมที่ละเว้นการใช้ยาเสพติด เช่น ภาวะตึงเครียดจากการทำงานหรือครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ติดยาเสพติดได้รับ

3. สถานการณ์เสี่ยงเฉพาะบุคคล หมายถึงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการไปใช้ยาเสพติดของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ ซึ่งมักจะเกิดในช่วงเวลาที่เฉพาะเจาะจงหรือสภาพการณ์เฉพาะบางอย่าง โดยจะมีความแตกต่างหรือความพิเศษเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลต่างๆกันไป

รูปแบบการกลับไปเสพซ้ำประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงสูง ในระหว่างการคงพฤติกรรมไม่ใช้ยาเสพติด 2) การที่บุคคลมีความคาดหวังว่าใน

สถานการณ์นั้นเขาสามารถจัดการได้โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด และ 3) การที่บุคคลยังใช้พฤติกรรมเดิมๆ และมีทักษะที่จำกัดในการจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยงสูงนั้น

สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงสูงขึ้นอยู่กับว่า สถานการณ์นั้นมีผลต่อการใช้ยาเสพติดอย่างไร ถ้าหากหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดได้ก็จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังที่จะควบคุมตนเองได้สูง และไม่ใช้ยาเสพติดต่อไปได้สำเร็จ แต่ถ้าบุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นโดยการใช้ยาเสพติด ก็อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าล้มเหลวและรู้สึกผิด ซึ่งสามารถผลักดันให้มีการใช้ยาเสพติดต่อไปอีก

เนื่องจากการติดแอลกอฮอล์ถือเป็นภาวะของสมองติดยา จึงต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกยาได้สำเร็จ ปัญหาสำคัญของผู้ที่พยายามเลิกยาหรือสุราคือการกลับไปเสพติดซ้ำ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการกลับไปเสพหรือติดซ้ำคือตัวกระตุ้นที่จะมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในระยะเลิกดื่ม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติต้องเรียนรู้และมีวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเหล่านี้ เพื่อให้คงสภาพการหยุดดื่มให้นานที่สุด

ตัวกระตุ้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การที่ผู้ติดสารเสพติดหรือสุราจะหยุดการเสพหรือดื่มให้ได้อย่างถาวรนั้น มีสิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติให้ได้คือ การหลีกเลี่ยงและจัดการกับสิ่งที่จะทำให้ตนเองกลับไปเสพหรือดื่มซ้ำอีก ซึ่งเรียกว่า ตัวกระตุ้น สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547 ก : 34 -35) ได้อธิบายถึงตัวกระตุ้นว่า คือสิ่งใดก็ตามที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์นึกถึง พบเห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์แล้วทำให้คิดถึงการดื่ม รู้สึกอยากดื่ม จนบางครั้งทำให้กลับไปดื่ม ตัวกระตุ้นอาจเป็นความรู้สึกของอารมณ์ บรรยากาศ คน สถานการณ์ ฯลฯ

ตัวกระตุ้น → คิดถึงการดื่ม → รู้สึกอยากดื่ม → กลับไปดื่มแอลกอฮอล์

ตัวกระตุ้นแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ สิ่งของ เช่น งานเลี้ยง สังสรรค์กับเพื่อน วันเงินเดือนออก เทศกาล ร้านขายสุรา หลังเลิกงาน พบเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน ก่อนรับประทานอาหารเย็น สุราหรือเบียร์

2. ตัวกระตุ้นภายใน เป็นสภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กลุ้มใจ หงุดหงิด กังวล เครียด โกรธ เหงา

ส่วนคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ จิต -สังคมบำบัด (2547 ข : 16) ได้อธิบายถึงตัวกระตุ้นไว้ คือ ตัวกระตุ้นมีอิทธิพลต่อผู้เสพยาเพราะเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรการใช้ยา ขณะที่

เพิ่งเริ่มใช้ยา ตัวกระตุ้นอาจยังมีอิทธิพลต่อสมองติดยาไม่มากนัก แต่เมื่อติดยามากขึ้นเรื่อยๆ ตัวกระตุ้นจะมีอิทธิพลมากขึ้นตามไปด้วย จนผู้ติดยาไม่สามารถแยกแยะได้ว่า ตัวกระตุ้นของตนมีอะไรบ้าง

ตัวกระตุ้นภายนอกที่นำไปสู่การเสพยามีหลายลักษณะเช่น สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ เวลา ซึ่งตัวกระตุ้นภายนอกแต่ละอย่างมีอิทธิพลต่อการเสพยาของผู้รับการบำบัดแต่ละคนต่างกัน การประเมินระดับความเสี่ยงของตัวกระตุ้นภายนอกลักษณะต่างๆจะช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดหาวิธีการหลีกเลี่ยง และจัดการกับตัวกระตุ้นนั้นๆได้อย่างเหมาะสม นอกจากตัวกระตุ้นภายนอกที่มีอิทธิพลต่อสมองติดยาแล้ว ยังมีตัวกระตุ้นอีกชนิดหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสมองติดยาเช่นเดียวกัน ก็คือ ตัวกระตุ้นภายใน ซึ่งเป็นภาวะต่างๆภายในจิตใจที่กระตุ้นให้ไปใช้ยาเสพติดหรือสุรา ภาวะอารมณ์ต่างๆที่จะกล่าวถึงอาจมีบางส่วนทับซ้อนกัน และอาจจะไม่ครอบคลุมทุกๆ อารมณ์ แต่สิ่งสำคัญก็คือ ผู้รับการบำบัดจะต้องเห็นภาพว่าภาวะอารมณ์มีอิทธิพลต่อความคิดและความอยากยาของเขา โดยทั่วไปอารมณ์ทางบวก อารมณ์ทางลบ หรือทั้งสองอย่างสามารถเป็นตัวกระตุ้นได้ การที่ผู้รับการบำบัดได้สำรวจแยกแยะและวิเคราะห์ตัวกระตุ้นภายในของตนเอง จะช่วยให้เขาเห็นว่าภาวะอารมณ์สามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดและความอยากยาได้ และยังได้เห็นว่าตัวกระตุ้นชนิดใดมีอิทธิพลต่อสมองติดยาของเขามากที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาแล้ว แสดงให้เห็นว่าตัวกระตุ้นคือสิ่งใดก็ตามที่มีอิทธิพลต่อผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อนึกถึง พบเห็น หรืออยู่ในเหตุการณ์แล้วทำให้คิดถึงการดื่ม รู้สึกอยากดื่ม จนบางครั้งทำให้ต้องไปดื่มแอลกอฮอล์ ตัวกระตุ้นอาจเป็นคน สถานที่ สิ่งของ บรรยากาศ สถานการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือช่วงเวลา ฯลฯ

1. ตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์มีหลายประเภท ทั้งตัวกระตุ้นภายนอก เช่น กลุ่มเพื่อนที่เคยดื่ม ร้านขายสุรา งานเลี้ยงสังสรรค์ คนในครอบครัวยังดื่มแอลกอฮอล์ และตัวกระตุ้นภายใน เช่น ความกลัว ความโกรธ หงุดหงิด กดดัน เบื่อหน่าย เหนื่อยล้า ซึมเศร้า

2. ตัวกระตุ้นแต่ละประเภทมีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

3. การประเมินระดับความเสี่ยงจากตัวกระตุ้นต่อการดื่ม ทำให้สามารถหาแนวทางหลีกเลี่ยงและจัดการได้อย่างเหมาะสม

การบำบัดรักษาและกระบวนการเลิกยา

จากแนวคิดที่ว่าผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยเนื่องจากมีภาวะของสมองติดยา ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะหยุดใช้สารเสพติดได้ด้วยตนเอง จึงต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งแนวทางการรักษาสำหรับผู้ติดสารเสพติดนั้นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติดได้อย่างถาวร สมภพ เรืองตระกูล (2545 : 485) ได้กล่าวถึงการใช้พฤติกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติด ซึ่งได้มีการนำมาใช้รักษาอาการติดสารเสพติดตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 และปรากฏว่าได้ผลเป็นอย่างดีในการรักษาผู้ป่วย

แนวคิดของทฤษฎีนี้คือ การติดสารเสพติดเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิดซึ่งสามารถแก้ไขได้ และแนวทางแก้ไขที่สำคัญคือ ให้ผู้ป่วยเสริมทักษะหรือความชำนาญในการต่อต้านการเสพสาร และลดปัญหาที่เป็นต้นเหตุของการเสพสาร การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด มีหลักการใหญ่ๆอยู่ 2 อย่างคือ

1. การป้องกันการเป็นซ้ำ ผู้ติดสารเสพติดเมื่อได้รับการรักษาจนอาการหายดีแล้ว จำนวนหนึ่งจะกลับไปเสพสารอีกหรืออาการกำเริบ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หรืออาการกำเริบคือ มีความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า วิตกกังวลและโกรธ มีข้อบาดหมางหรือข้อขัดแย้งกับคนใกล้ชิด เช่น บิดามารดา และคู่ครอง มีความกดดันจากสังคมหรือสิ่งแวดล้อม เช่น อยู่ในกลุ่มคนที่ชื่นชอบการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา

วิธีแก้ไขปัญหา โดยทั่วไปผู้ซึ่งมีวิธีการจัดการกับปัญหาได้ดีและมีความมั่นใจสูงจะสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง ทำให้โอกาสที่จะเป็นซ้ำอีกมีน้อย ในทางตรงข้ามผู้ที่ไม่มีวิธีแก้ไขร่วมกับยังหวนกลับไปนึกถึงความรู้สึกสบายที่ได้รับจากการเสพครั้งแรก จะมีโอกาสสูงที่จะกลับไปเสพสารอีกโดยไม่สามารถหักห้ามใจได้ ล่วงละเมิดคำสัญญาหรือความตั้งใจเดิมที่จะไม่เสพสารอีกและภายหลังจากเสพอีกผู้ป่วยจะเกิดอารมณ์เศร้า รวมทั้งขาดความมั่นใจในตัวเองที่จะเลิกเสพ จึงมีโอกาสสูงที่จะกลับมาเสพอีกและเกิดอาการเสพติด วิธีแก้ไขที่สำคัญซึ่งผู้ป่วยควรปฏิบัติคือการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้ถูกต้อง เช่น ไม่คบเพื่อนที่เสพสาร ให้นำข้อผิดพลาดที่ทำให้ตัวเองต้องเข้าไปพัวพันกับการเสพสารมาใคร่ครวญ คิดแก้ไขและนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอนาคต และ เมื่อรู้ว่าตนมีอารมณ์ไม่ปกติต้องหาวิธีแก้ไข เช่น ถ้ามีอารมณ์เศร้าต้องเปลี่ยนแนวความคิดเกี่ยวกับตัวเองเสียใหม่ โดยคิดว่าตนมีคุณค่าและมีความหวังในอนาคต ด้วยวิธีการดังกล่าวอารมณ์เศร้าจะน้อยลง และในการจัดการกับอารมณ์โกรธนั้น ให้แสดงออกมา ไม่ควรกดเก็บไว้เพราะจะทำให้มีความโกรธเรื้อรัง เป็นอันตรายต่อสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพสาร นอกจากนี้ควรไตร่ตรองหาสาเหตุของความโกรธและแก้ไขให้ตรงจุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. จากแนวคิดของทฤษฎีนี้ พฤติกรรมการเสพสารมีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการคือ

ก. มีสิ่งกระตุ้นจากภายใน เช่น มีอาการไม่สบาย เช่น วิตกกังวล และความรู้สึกเบื่อหน่าย ติดใจหรือชื่นชอบผลของสารทางด้านบวก เช่น ทำให้เกิดอารมณ์ครึกครื้นสนุกสนาน

มีภาพแห่งความทรงจำหวนกลับมาอีก เช่น ภาพกำลังดื่มเบียร์แช่เย็นท่ามกลางอากาศร้อนอบอ้าว และมีความสุขเพลิดเพลิน เกิดอาการทางสรีรวิทยา เช่น อาการอยากเสพสารหรืออาการเจ็บปวด

ข. มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น มีข้อขัดแย้งกับคนในครอบครัวหรือผู้อื่น เช่น หัวหน้างาน มีการกระตุ้นจากภาพและเสียง เช่น มองเห็นและได้ยินเสียงเปิดฝากระป๋องเบียร์ มีเพื่อนติดสารแล้วชวนให้เสพด้วยกัน การดื่มในโอกาสฉลองวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเกิด วันขึ้นบ้านใหม่ หรือโอกาสได้เลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าการติดแอลกอฮอล์ถือเป็นภาวะของสมองติดยา สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถเลิกดื่มได้สำเร็จ ปัญหาสำคัญของผู้ที่พยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์คือการกลับไปเสพติดซ้ำ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการกลับไปเสพหรือติดซ้ำคือตัวกระตุ้นที่จะมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในระยะเลิกดื่ม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และมีวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเหล่านั้น เพื่อให้คงสภาพการหยุดดื่มให้นานที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ว่าหมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับบุคคลที่ติดแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆคือ ลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ สาเหตุของการติดแอลกอฮอล์ โทษและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ขั้นตอนการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยญาติผู้ดูแลได้รับความรู้เหล่านี้มาจากแหล่งความรู้และสื่อต่างๆ รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของญาติผู้ดูแล กับการดูแลผู้ป่วยนั้น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยตรงนั้นยังมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มของผู้ป่วยประเภทอื่นๆที่สามารถนำมาเทียบเคียงได้ เพราะเป็นลักษณะของการดูแลผู้ป่วยโดยญาติในครอบครัวเหมือนกัน ได้แก่

พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 160 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วย การเข้ากลุ่มสุขศึกษา การสนับสนุนจากชุมชน และการติดตามเยี่ยมจากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตัวพยากรณ์ เจตคติ ความรู้ และการสนับสนุนจากชุมชน สามารถร่วมกันทำนายความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ร้อยละ 82

เพ็ญนภา ไชยเสนา (2546 : 109) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคหอบหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้พบว่า การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชที่ดีของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี ร้อยละ 30.00 และพบว่า การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่ดีของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ดี ร้อยละ 25.33 สรุปว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

นันทพร ศรีนิ่ม (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลที่พบ 1 ใน 8 ปัญหา คือ มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย และผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในด้านของผู้ดูแลเอง ได้แก่ ความรู้และทักษะในการดูแล ความหวัง บุคลิกลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความผูกพัน รวมทั้งคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล

รุจิรา จงสกุล และคณะ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของครอบครัวและความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าความรู้เป็นปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลมีความรู้

ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือความรู้เรื่องภาวะการติดแอลกอฮอล์และการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มได้อย่างถาวร ก็จะทำให้ญาติมีพฤติกรรมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยหรือต้องการ การดูแลช่วยเหลือ จึงต้องมีสมาชิกบางคนในครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแล ถ้าผู้รับบทบาทนั้นมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ ที่ตนเองจะต้องทำก็จะส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเหมาะสม และเพื่อให้เกิดความชัดเจนในเรื่องของ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

3.1 ความหมายของบทบาท

3.2 ทฤษฎีบทบาท

3.3 ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.1 ความหมายของบทบาท

การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ต้องสวมบทบาทหลายอย่างพร้อมๆกันตามสถานะของการดำรงตำแหน่งนั้นๆ และในแต่ละบทบาทก็จะมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติควบคู่กันไป เช่น เมื่ออยู่ในบ้านมีบทบาทเป็นพ่อต้องดูแลครอบครัว เมื่อออกไปทำงานนอกบ้านมีบทบาทเป็นพนักงานต้องปฏิบัติตามคำสั่งของหัวหน้า เป็นต้น มีนักวิชาการหลายสาขาได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทไว้ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ทัศนา บุญทอง (อ้างถึงใน จินตนา ทิพทัส 2544 : 19) ได้อธิบายว่า บทบาทหมายถึงพฤติกรรมการปฏิบัติหรือหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อเข้าครองตำแหน่งนั้นโดยพฤติกรรมโดยหน้าที่นั้นจะต้องมีความสอดคล้องกับความหวังของคนส่วนใหญ่หรือของสังคม สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม (2534 : 46) ได้อธิบายความหมายของบทบาทว่า คือสิทธิหน้าที่ในการประพฤติปฏิบัติที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลหนึ่งในสังคมตามสถานภาพของตัวเอง เช่น บทบาทของพ่อทำหน้าที่ในการทำงานหารายได้ มาลิน แตงตาด (2539 : 8) ได้กล่าวว่า บทบาท หมายถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่พึงปฏิบัติในขณะที่ดำรงสถานภาพใดสถานภาพหนึ่ง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นด้วย และ ฤตินันท์ นันทธีโร (2543 : 114) ได้กล่าวถึงบทบาทไว้ว่า บทบาท หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐาน และความคาดหวัง

ของสังคมตามสถานภาพของบุคคลนั้นๆ ตำแหน่งหรือสถานภาพทางสังคมของบุคคลเป็นตัวกำหนดบทบาทหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงออกตามบทบาท บุคคลแต่ละคนมีการแสดงออกตามบทบาทต่าง ๆ เช่น บทบาทสามี บทบาทภรรยา บทบาทผู้ชาย บทบาทผู้หญิง ฯลฯ ในขณะเดียวกัน บุคคลคนเดียวอาจแสดงได้หลายบทบาท เช่น สตรีผู้หนึ่งอาจมีบทบาทในฐานะแม่ ต้องแสดงบทบาทของแม่บ้าน แม่ครัว คนเลี้ยงเด็กไปพร้อม ๆ กัน

จากความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติหรือหน้าที่ที่บุคคลพึงปฏิบัติเมื่อเข้าครองตำแหน่งนั้น และการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย หมายถึงภาระและปัญหาต่างๆที่ครอบครัวจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิม การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวโดยตรง เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยความห่วงใยที่ผูกพันอยู่ในครอบครัวจะทำให้ครอบครัวตื่นตัวที่จะทำหน้าที่อย่างเต็มใจ (มัลลิกา มัติโก 2530, อ้างถึงใน จินตนา ทิพทัส 2544 : 19)

ในการศึกษาครั้งนี้ บทบาทของญาติผู้ดูแล หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติหรือหน้าที่ ที่พึงปฏิบัติของบุคคลที่อยู่ในบทบาทของญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นเป็นบุคคลในครอบครัวเพื่อให้สามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.2 ทฤษฎีบทบาท

ในเรื่องของบทบาทนั้น ได้มีนักวิชาการหลายสาขาทำการศึกษา และเสนอเป็นทฤษฎีบทบาท ไว้ดังนี้คือ ฟาริดา อิบราฮิม (2546 : 69) กล่าวถึง ทฤษฎีบทบาทไว้ว่า ทุกคนเกิดมาพร้อมกับบทบาท บทบาทโดยธรรมชาติถือเป็นบทบาทแรก (Primary role) เช่น บทบาทพ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง ต่อมาจะมีบทบาททางสังคม (Secondary role) เช่น ครู นักเรียน นายก ประธาน และอื่นๆ บทบาทถือเป็นความคาดหวังต่อบุคคล ให้แสดงบทบาทตามตำแหน่งที่ระบบสังคมได้แต่งตั้งขึ้น บทบาทจะกำหนดพฤติกรรมในการทำงานออกมาให้ปรากฏและเป็นที่ยอมรับ โครงสร้างของบทบาทจะต้องประกอบด้วยบุคคล การแสดงหรือพฤติกรรม และตำแหน่ง เกี่ยวข้องกันอยู่เสมอ เมื่อคนดำรงตำแหน่งและแสดงบทบาทจะมีตำแหน่งที่คู่กันเพื่อบอกถึงปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น ครู – นักเรียน, แม่ – ลูก, ผู้ให้การดูแล – ผู้รับการดูแล ทั้ง 2 ฝ่าย ที่ดำรงตำแหน่งคู่กันอยู่จะแสดงพฤติกรรมที่บอกถึงการมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกัน เคารพต่อกัน และใช้สิทธิระหว่างกันอย่างเหมาะสม โดยมีตัวแปร 4 ประการที่ต้องกล่าวถึงเมื่อศึกษาทฤษฎีบทบาท คือ อัตมโนทัศน์ การให้ความหมายบทบาท การแสดงตน และการแสดงบทบาทพร้อมด้วยการแสดงตนให้ปรากฏ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. อัตมโนทัศน์ (Self concept) คือ สิ่งที่คนคิดว่าตนเองเป็น หรือจากที่ได้ประเมินตนเองและกำหนดออกมาตามที่ประเมินได้ ทำให้คนแสดงสถานภาพออกมาให้ปรากฏเมื่อสวมบทบาทในสังคม เช่น เมื่อเป็นพยาบาล เป็นครู เป็นแม่ หรือ เป็นลูก อัตมโนทัศน์จะช่วยประเมินได้ว่าคนสามารถแสดงบทบาทที่ดำรงอยู่ได้ดีเพียงใด ธรรมชาติของมนุษย์จึงกำหนดให้คนต้องสร้างอัตมโนทัศน์ และจะเห็นได้ชัดเจนว่า พัฒนาการในอัตมโนทัศน์ของแต่ละคนจะทำให้มัตมโนทัศน์ของคนแต่ละคนแตกต่างกันไป และส่งผลต่อการแสดงบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันด้วย

2. การให้ความหมายบทบาท (Role definition)

บทบาท เป็นการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับบทบาทที่ต้องแสดงตามที่สังคมกำหนดและคาดหวัง การรู้ความหมายของบทบาทจึงถือเป็นแนวทางในการแสดงออกในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ที่สอดคล้องกับบทบาทที่ได้รับ

3. การแสดงตน (Presented self) เป็นการแสดงความคิดนึกที่บอกความปรารถนาให้ปรากฏแก่บุคคลอื่น หรือความปรารถนาให้คนอื่นมี เป็น หรือ แสดงออก การแสดงตนอาจสัมพันธ์หรืออาจไม่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ก็ได้ เป็นเพียงการแสดงความปรารถนาออกมาให้ปรากฏแก่สายตาผู้อื่นเท่านั้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. การแสดงตนร่วมกับแสดงบทบาท (Role associated with presented self) เป็นการแสดงออกถึงความมุ่งหมายให้คนอื่นได้รับรู้ว่า ตนปรารถนาจะให้ผู้อื่นได้เห็นและได้รับรู้ว่ามีความมุ่งหมายอย่างไร

ในการปฏิบัติตามบทบาทนั้น บุคคลมีความจำเป็นต้องพัฒนาตนเอง โดยการรับฟังหรือรับรู้ต่อเจตคติ หรือความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ดังนั้น ความเชื่อของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่งๆ ย่อมตรงกับความเชื่อของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง แต่ถ้าคนได้รับความคิดเห็นต่อตนเองแตกต่างออกไป คนต้องสามารถประเมินได้ว่าความคิดเห็นใดจะมีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่ากัน ตามปกติคนจะให้น้ำหนักแก่บุคคลซึ่งตนรัก คนที่มีความสามารถ คนที่มีความสำคัญต่อตน ดังนั้น จึงควรให้ข้อคิดเห็นเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้คนได้มองตนเอง และมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับตนเอง เพื่อประโยชน์ในการแสดงบทบาทที่เหมาะสม และมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นในทางที่สร้างสรรค์ ตามปกติคนจะให้น้ำหนักความคิดเห็นที่สอดคล้องกับความคิดของตนเอง ข้อคิดเห็นที่คัดค้านความคิดของตนอาจสร้างความสงสัย ไม่เชื่อถือ และไม่ใส่ใจ การให้ข้อคิดเห็นจึงต้องให้ในเชิงบวกและให้ในเวลาที่เหมาะสม ข้อคิดที่ให้จึงจะเป็นรางวัล ที่ให้ผลต่อพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อไป

ทฤษฎีบทบาทจะให้แนวทางในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของคน เมื่อมีปฏิสัมพันธ์เริ่มด้วยการตอบคำถาม เขาเป็นใคร จะต้องแสดงบทบาทอะไร คำถามต่อไปคือในสถานที่กำหนดบทบาทควรเป็นอย่างไร จะมีอะไรเกิดขึ้น คำถามสุดท้ายคือทำไมจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน และเป้าหมายที่ถูกต้องสำหรับปฏิสัมพันธ์คืออะไร ข้อจำกัดในการแสดงบทบาทในชีวิตจริงของคนจะสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ที่ปรากฏแก่ใจ และพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบทบาทที่ควรแสดงตามที่คนกำหนดไว้ และอาจเกี่ยวกับผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง เช่น ครู แม่ หรือนายจ้าง หรืออาจจากผู้ซึ่งคนต้องให้บริการ เช่น ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน หรือคนอื่นๆที่ต้องเกี่ยวข้อง ทฤษฎีบทบาทจะช่วยสำรวจสถานการณ์ในชีวิต และพฤติกรรมที่ต้องแสดงในแต่ละบทบาท เช่น บทบาทตามวัย บทบาทในครอบครัว บทบาทในการประกอบอาชีพ บทบาทในชีวิตเมื่อมีสถานการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น เช่น เมื่อเป็นผู้ป่วย หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การแสดงพฤติกรรมที่สมบทบาทย่อมนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือความสุขสำเร็จ พฤติกรรมที่แสดงออกอาจให้ข้อขัดแย้งหรือความสับสนต่อตนเอง บุคคลต้องเรียนรู้จักตนเองและมีความตระหนักในตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างเหมาะสม

พัฒนาภรณ์ ฉัตรวิโรจน์ (อ้างถึงใน รุจิรา แย้มงาม 2547 : 31 - 32) ได้แสดงความคิดเห็นว่าทฤษฎีบทบาท เป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยาซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ (Interactionist Perspective) โดยมีความเชื่อที่ว่า บุคคลเมื่อต้องมาอยู่รวมกันย่อมมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดอย่างมีขอบเขตของสิทธิและหน้าที่ ที่มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทของแต่ละบุคคล โดยองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี ที่ใช้บทบาทเป็นแนวคิดพื้นฐานคือทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์นิยม (Symbolic Interaction role theory) และทฤษฎีโครงสร้าง (Social structure role theory) โดยทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์นิยม กล่าวถึง การกระทำที่ได้ผ่านการตีความหมายสัญลักษณ์ของผู้ที่มาสังสรรค์กัน ซึ่งความคาดหวังทางสังคมตามตำแหน่งและสถานภาพของบุคคลนั้น จะเป็นตัวกำหนดบทบาทให้มนุษย์ปฏิบัติตามความคิดเห็นหรือทัศนคติ ส่วนทฤษฎีโครงสร้าง กล่าวถึงการเข้าไปเกี่ยวข้องในสังคม จากแนวคิดที่ว่า ความคิดของบุคคลนั้นมีอิทธิพลมาจากจิตใต้สำนึกของตนเอง และความคิดที่เห็นแก่ประโยชน์ของบุคคลอื่น โดยบุคคลในสังคมจะถูกคาดหวังจากสังคมว่า จะต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของสังคมนั้น มีการปฏิบัติตามบทบาทและฐานะของตนอย่างมีระเบียบ แบบแผน นอกจากนี้ฐานะและบทบาทของบุคคลหนึ่งๆ ย่อมสัมพันธ์กับฐานะและบทบาทของบุคคลอื่นตลอดเวลา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในฐานะของผู้ครองบทบาทและคู่บทบาท โดยทั้งคู่จะต้องมีความเข้าใจในบทบาทของกันและกัน แล้วแสดง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ปฏิกิริยาตอบสนองตามบทบาทที่ถูกคาดหวังจากสังคม ดังนั้นการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล จะเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่หรือตำแหน่งของบุคคลที่ได้รับการกำหนดโดยความคาดหวังของสังคม จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ทฤษฎีมีความแตกต่างในกลวิธีการพัฒนาทฤษฎีและการวิเคราะห์ทฤษฎี แต่จะใช้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท (Role) พฤติกรรมบทบาท (Role behavior) บรรทัดฐาน (Norms) การควบคุมทางสังคม (Sanctions) และสถานภาพ (Status) เหมือนกัน

ลิขิต กาญจนาภรณ์ (2547 : 110) ได้กล่าวถึง แนวคิดเรื่องบทบาททางสังคม หรือ Social role ไว้ว่า สังคมจะเป็นผู้กำหนดบทบาทให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามแนวทางของสังคมนั้น ดังนั้น สังคมจึงกำหนดบทบาทของพ่อแม่ ครู พ่อค้า ฯลฯ ให้สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องแสดงบทบาทของตนในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เขาก็จะแสดงบทบาทตามบท (Script) ที่สังคมได้กำหนดเอาไว้แล้วว่าควรทำอะไรและไม่ควรทำอะไร โดยเหตุนี้บุคคลในครอบครัวต่างก็ต้องแสดงบทบาทตามบทที่สังคมกำหนดไว้ว่าพ่อแม่ควรจะต้อง ทำอะไรตามหน้าที่ของตน เช่น การเลี้ยงดูลูก การอบรมสั่งสอน การให้ความรัก ความเอาใจใส่ บทบาทของสามีและบทบาทของภรรยา ใครควรจะทำอะไร อย่างไร หากคนในครอบครัวมิได้แสดงพฤติกรรมตามที่คาดหวังไว้ก็ทำให้เกิดความขัดแย้งซึ่งกันและกัน และความขัดแย้งเหล่านี้นำไปสู่ความวิตกกังวล ความเครียด สัมพันธภาพที่ไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปรับตัวและสุขภาพจิตในที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ฤตินันท์ นันทธีโร (2544) ได้กล่าวถึงลักษณะของการแสดงบทบาทของบุคคลตามแนวคิดของ ออลพอร์ต (Allport 1961) ไว้ว่า บุคคล สามารถแสดงบทบาททั่วไปได้ 4 แง่มุมคือ

1. บทบาทที่คาดหวัง (Role Expectation) คือ บทบาทตามความคาดหวังของสังคมหรือบุคคลอื่นที่คาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติ เมื่อดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

2. มโนทัศน์ของบทบาท (Role Conception) คือ การที่บุคคลมองบทบาทตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งอาจสอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคมหรือไม่ก็ได้

3. การยอมรับบทบาท (Role Acceptance) คือการยอมรับบทบาทของบุคคลซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังจากความสอดคล้อง ของบทบาทที่คาดหวังและมโนทัศน์ของบทบาท

4. การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance) คือการแสดงบทบาทตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งอาจแสดงบทบาทตามที่คาดหวัง ตามการรับรู้ และความเข้าใจของตนเอง การที่จะแสดงบทบาทได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทนั้นๆของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ หรือเนื่องมาจากความสอดคล้องของบทบาท ตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้ของตนเอง

บทบาท เป็นพฤติกรรมที่บุคคลบ่งชี้ถึงการครองสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ ดังที่สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541 : 18) ได้กล่าวถึง ลักษณะของบทบาทที่ดีในครอบครัวตามแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman 1986) ว่ามีลักษณะดังนี้

1. บทบาทที่ปฏิบัติในครอบครัวไม่ขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมภายนอกคาดหวัง เช่น บิดา มารดา ควรแสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลคุ้มครอง อบรมบุตรของตน ในขณะที่บุตรควรแสดงความนับถือบุพการี

2. บทบาทของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน และช่วยเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน เช่น ในการตอบสนองความต้องการของคู่สามีภรรยา ต้องมีความสอดคล้องไม่ขัดแย้งกัน ต่างแสดงบทบาทเพื่อให้อีกฝ่ายได้รับความพึงพอใจ ไม่ว่าฝ่ายหนึ่งเป็นสามี ฝ่ายหนึ่งเป็นภรรยา หรือไม่ว่าฝ่ายหนึ่งเป็นพ่อ ฝ่ายหนึ่งเป็นลูก ฯลฯ จะเห็นได้ว่าแต่ละคู่บทบาท มีการตอบสนองและต้องการตอบสนองจากคู่บทบาทที่สอดคล้องกัน

3. การแสดงบทบาทของสมาชิกมีความชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้

4. เมื่อมีความจำเป็นสมาชิกสามารถปรับบทบาทของตน (Role adaptability) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้ เช่น ถ้ามีสมาชิกเจ็บป่วยขึ้น สมาชิกคนอื่นจะปรับบทบาท เพื่อช่วยเหลือทำบทบาทแทนสมาชิกที่ป่วย ซึ่งไม่สามารถทำบทบาทของตนได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.3 ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย

ความหมายของความตระหนัก

ความตระหนัก เป็นภาวะของจิตใจและความนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักในสิ่งต่างๆ ก็จะส่งผลไปสู่พฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งนั้น ได้มีผู้ศึกษาในเรื่องของความตระหนักไว้หลายสาขาวิชาและมีการนำเสนอแนวคิดไว้ พอจะสรุปได้ดังนี้คือ

อิเสงค์ และ อาโนล์ด (Eysenck and Arnold 1972, อ้างถึงใน วัชระบูล วิเชียรศรี 2539 : 24) ได้อธิบายความหมายของความตระหนักในแง่ของจิตวิทยาไว้ว่า ความตระหนักเป็นความสัมพันธ์ของความสำนึก (Consciousness) และ เจตคติ (Attitude) ความตระหนักเป็นภาวะของจิตใจซึ่งไม่อาจแยกเป็นความรู้สึกหรือความคิดเพียงอย่างเดียวโดยเด็ดขาด สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536 : 350) กล่าวว่า ความตระหนัก (Awareness) เป็นเอกลักษณ์ของจิตพิสัย เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกซึ่งรวมทั้งการรับความรู้สึกและความคิด ความตระหนักไม่ใช่ความคิด แต่เป็นการรู้ถึงความคิดเมื่อบุคคลเกิดความตระหนัก ก็จะนำมาสู่ความคิด ซึ่งก็จะมีผลต่อการควบคุมตนเองเพื่อที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ แครธวอห์ท และคณะ (Krathwoht

et al.1985, อ้างถึงใน ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล 2527 : 21) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักไว้ดังนี้ ความตระหนัก (Awareness) เป็นพฤติกรรมขั้นแรกของจิตลักษณะซึ่งมีพฤติกรรมเกือบเหมือนด้านสติปัญญาก็ตาม แต่ไม่เหมือนขั้นความรู้ที่เป็นความสามารถขั้นต่ำสุดของพุทธลักษณะ เพราะเราไม่สนใจในเรื่องที่เกี่ยวกับความจำ ความระลึกได้และข้อเท็จจริง แต่จะสนใจเพียงเฉพาะการมีจิตสำนึกหรือจิตปฏิพัทธ์นั้นๆ ซึ่งได้แก่ สถานการณ์ วัตถุ ปรากฏการณ์หรือสภาพการณ์ในทำนองเดียวกันกับความรู้ก็คือ ความตระหนักไม่จำเป็นต้องมีความตั้งใจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย บุคคลสามารถมีความตระหนักอย่างง่ายๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีการแยกแยะสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ อีกนัยหนึ่งก็คือไม่ต้องยอมรับลักษณะด้านวัตถุสิ่งของนั้นๆแม้ว่าตามปกติลักษณะดังกล่าว จะมีความหมายหรือมีผลก็ตาม กูด (Good 1973, อ้างถึงใน นาตยา ใจมหา 2534 : 49) ได้อธิบายความหมายของความตระหนักไว้ว่า ความตระหนักหมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงการเกิดความรู้ของบุคคล หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

ต่าย เซี่ยงฉี (2526: 67) ได้อธิบายความหมายของความตระหนักว่า เป็นพฤติกรรมทางอารมณ์หรือความรู้สึก (Affective Domain) ซึ่งเกือบคล้ายกับความรู้ (Knowledge) ความตระหนักเป็นพฤติกรรมขั้นต่ำสุดของความคิด ปัจจัยด้านความรู้สึกหรืออารมณ์นั้น จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ ความคิด ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากข้อเท็จจริง ประสบการณ์ การสัมผัสและการใช้จิตไตร่ตรองคิดหาเหตุผล แต่ความตระหนักเป็นเรื่องของการได้สัมผัสสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม การใช้จิตไตร่ตรองแล้วจึงเกิดสำนึกต่อปรากฏการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆขึ้น ความตระหนักจะไม่เกี่ยวข้องกับการจำ เพียงแต่รู้สึกว่าสิ่งนั้นอยู่ จำแนกและรับรู้ลักษณะของสิ่งของนั้นๆเป็นสิ่งเร้าออกมา ว่ามีลักษณะเป็นเช่นไร หรืออาจจะกล่าวโดยสรุปได้ว่า ความรู้หรือการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตระหนักนั่นเอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ความตระหนัก เป็นผลของกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้ว จะเกิดการรับรู้ขึ้น เมื่อเกิดการรับรู้แล้ว ต่อไปจะนำไปสู่การเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้านั้น คือเกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น และนำไปสู่การเรียนรู้เป็นขั้นตอนต่อไปคือมีความรู้ในสิ่งนั้น และเมื่อบุคคลเกิดความรู้แล้วก็จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักในที่สุด และทั้งความรู้และความตระหนักนี้ก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีสิ่งเร้านั้นๆต่อไป ลิขิต กาญจนาภรณ์ (2545 : 299) กล่าวว่า ความตระหนัก (awareness) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตพบ และมีความรู้สึกตัวได้ใน

ขณะนั้น เป็นการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึกทางอารมณ์ และการกระทำ รวมทั้งภาวะการรู้สึกทางกาย จากสิ่งที่มากระทบหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าความตระหนัก คือ สภาพของความรู้สึก หรือความโน้มเอียงที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ และการเห็นคุณค่าหรือการเห็นความสำคัญของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเป็นผลมาจากการประเมินค่าหรือความสำคัญของสิ่งที่ได้รับรู้ ซึ่งอาจจะเกิดจากการได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าโดยตรง หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยไม่ตั้งใจก็ตาม แต่บุคคลจะใช้จิตไตร่ตรองแล้วจึงเกิดความสำนึกต่อปรากฏการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ

ระดับการพัฒนาของความตระหนัก ความตระหนัก จำแนกตามระดับพัฒนาการได้ดังนี้คือ

1. การรับรู้ เป็นขั้นตอนของการทำความรู้จักและเข้าใจในสิ่งเร้าหรือปรากฏการณ์นั้นๆ ได้แก่

1.1 การรู้จักสิ่งเร้า

1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งเร้านั้น

1.3 คัดเลือกความสนใจที่มีต่อสิ่งเร้านั้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. การตอบสนอง เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความพอใจ หรือความซาบซึ้งในสิ่งเร้าหรือปรากฏการณ์นั้นๆ ได้แก่

2.1 การยินยอมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น

2.2 ความตั้งใจที่จะตอบสนองสิ่งเร้านั้น

2.3 มีความพอใจที่จะตอบสนองสิ่งเร้านั้น

3. การเห็นคุณค่า เป็นการสำนึกในคุณค่า มีความเชื่อและมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งเร้า หรือปรากฏการณ์นั้นๆ ซึ่งจะเป็นค่านิยมของสังคม จนสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณค่าในสิ่งต่างๆ ได้คือ

3.1 การยอมรับในคุณค่า

3.2 เกิดความนิยมชมชอบในคุณค่า

3.3 การยึดถือผูกพันในคุณค่า

4. การจัดระบบคุณค่า คือการจัดระเบียบค่านิยมเข้าเป็นระบบ และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าเหล่านั้น ได้แก่

4.1 มีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับคุณค่า

4.2 การจัดลำดับคุณค่าเหล่านั้นให้เป็นระบบ

5. การเอาคุณค่ามาสร้างเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว ได้แก่ การเอาคุณค่าต่างๆมาสร้างเป็นคุณลักษณะของแต่ละคน ซึ่งจะกลายเป็นบุคลิกภาพหรือเอกลักษณ์ของบุคคลนั้นๆ ได้แก่

5.1 การสรุประบบคุณค่า

5.2 การสร้างลักษณะนิสัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความหมายของคำว่า ความตระหนักในบทบาทของญาติผู้ดูแลว่าหมายถึง การที่ญาติผู้ดูแล มีการรับรู้ เข้าใจ และ ยอมรับในบทบาทของตนเอง คือบทบาทของญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) เกิดสำนึกหรือเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในภาระหน้าที่ของญาติที่จะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว เข้าใจและยอมรับว่าภาวะการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เห็นคุณค่าหรือเห็นความสำคัญของบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับ อันจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความตระหนักของบุคคล เป็นสภาพของความรู้สึกหรือความโน้มเอียงที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติและการเห็นคุณค่าหรือการเห็นความสำคัญของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเป็นผลมาจากการประเมินค่าหรือความสำคัญของสิ่งที่ได้รับรู้ เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมที่กระทำต่อสิ่งนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องความตระหนักที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วัชระบูล วิเชียรศรี (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความตระหนักและพฤติกรรมการใช้สารระเหยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2538 จำนวน 652 คน พบว่านักเรียนมีความตระหนักต่อการใช้สารระเหยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักของนักเรียนคือ เพศ ระดับชั้นเรียน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ดรุณี ร่องพืช (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการบาร์เบียร์เชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างคือหญิงขายบริการที่ทำงานในบาร์เบียร์ ผลการศึกษาพบว่าหญิงขายบริการทางเพศรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงและมีโอกาสต่อการติดโรคเอดส์ แต่ข้อมูลความรู้ที่ได้มายังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความตระหนักอย่างแท้จริงและมากพอที่จะทำให้หญิงขายบริการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ตลอดเวลา และปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักคือความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน คหวี ศรีสิทธิรักษ์ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลลำปาง ในกลุ่มตัวอย่างคือ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 284 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนมากมีความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมในระดับมากที่สุด โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักคือความรู้ และ จุฑามาศ โกมารภัจกุล (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความตระหนักของผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่เกี่ยวกับสารเป็นพิษในอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ 11 โรงเรียน ปีการศึกษา 2542 จำนวน 263 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองนักเรียนมีความตระหนักเกี่ยวกับสารเป็นพิษในอาหาร อยู่ในระดับมาก เงื่อนไขที่เอื้อต่อการเกิดความตระหนักคือการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และคุณลักษณะส่วนบุคคลคือเป็นเพศหญิง และเป็นมารดาของนักเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า ความตระหนักเป็นผลของกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้สถานการณ์ใดๆแล้ว ก็จะนำไปสู่การเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ เมื่อบุคคลเกิดความรู้ก็จะนำไปสู่ความตระหนัก ทั้งความรู้และความตระหนักนี้ ก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นความตระหนักในบทบาทของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ด้วย เพราะถ้าญาติมีการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับบทบาทของตนเองที่จะต้องดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ก็น่าจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตามบทบาททางสังคม แล้วนำไปสู่การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกต่อกัน ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นในส่วนของสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้คือ

4.1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 **สัมพันธภาพระหว่างบุคคล** (Interpersonal Relationship)

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือสิ่งที่บุคคลรู้สึกต่อกันและปฏิบัติต่อกัน ได้มีผู้ให้นิยามของคำว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ดังนี้ พรศิริ วิมลสาระวงศ์ (2544 : 20) ได้ให้ความหมายของคำว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า หมายถึง ความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกลุ่ม

โดยเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย มีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น มีการพึ่งพาหรือการสนับสนุนประคับประคองซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต สมจิต หนุเจริญกุล (2543 : 20) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้แนวทางของกลุ่มหรือสังคม เพื่อสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมกับสังคมได้ ดังนั้น การเข้าสู่สังคมจึงเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา (อ้างถึงใน เพ็ชรัตน์ ตั้งตระกูลพงศ์ 2546 : 52) กล่าวว่า สัมพันธภาพเป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยผลที่ได้ไม่ใช่สิ่งของแต่เป็นความรู้สึกที่มีต่อกัน พรศิริ วิมลสาระวงศ์ (2544 : 21) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ ชิกเคอริง (Chickering 1969) ไว้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การที่บุคคลมีความอดทนที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และการเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาตนเองไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ซึ่งการอดทนที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความสามารถยอมรับความแตกต่างของบุคคลได้ และการมีน้ำใจ การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน การให้และการรับ และพรศิริ วิมลสาระวงศ์ (2544 : 21) ได้ให้ความหมายของคำว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามแนวคิดของ มิลตัน (Milton 1981) ไว้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง ขอบเขตทั้งหมดของการกระทำของมนุษย์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งเสมือนถูกรวบรวมไว้ในความสัมพันธ์ของการติดต่อสื่อสารกัน การร่วมมือกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการจูงใจ การแก้ปัญหา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาแล้ว แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น อันจะนำไปสู่ความใกล้ชิดหรือเหินห่าง จากการพึ่งพาตนเองสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ในระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะและชนิดของสัมพันธภาพ ซึ่งลักษณะของสัมพันธภาพที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งของบุคคลคือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งถ้าเป็นสัมพันธภาพทางบวกก็จะนำมาซึ่งการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อกันระหว่างสมาชิกครอบครัว

4.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ หรือ ความผูกพันที่บุคคลในครอบครัวปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรัก ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว และการปรองดอง เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของ

สมาชิกในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationship) ไว้ดังนี้

จุฑาพร อินทสิทธิ์ (2545 : 15) ได้กล่าวถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัว ตามแนวคิดของฟรีดแมน (Friedman 1992) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow and Wilson 1961) ไว้ว่า การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี สมาชิกในครอบครัวพร้อมที่จะให้ความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่ จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ที่มั่นคง และการที่สมาชิกในครอบครัวมีความเคารพซึ่งกันและกัน มีอิสระในการตัดสินใจ ให้เกียรติและเห็นความสำคัญของสมาชิกในครอบครัว ย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเห็นคุณค่าในตนเอง มีการยอมรับตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีและสามารถดำรงบทบาทของการเป็นสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สุรีรัตน์ บุรณวัณณะ (2546) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ดี เป็นครอบครัวที่มีความสุข เกิดได้จากการมีความรักใคร่ ปรองดองกัน มีการปฏิบัติต่อกันในด้านต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของตนอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของพ่อ แม่ ลูก มีการเอื้ออาทรต่อกัน ปัญหาหรือความขัดแย้งในครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น หรือแม้จะเกิดขึ้นก็ไม่รุนแรงสามารถแก้ไขได้ไม่ยากนัก บทบาททุกบทบาทของครอบครัวมีผลต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัวทั้งสิ้น โดยเฉพาะการที่สมาชิกมีเวลาอยู่ร่วมกันและมีโอกาสได้ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้นเป็นกิจกรรมที่สมาชิกรู้สึกพอใจและตั้งใจที่จะทำร่วมกันไม่ใช่การบังคับหรือเป็นไปโดยบังเอิญ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำกิจกรรมสนุกสนานกลางแจ้งร่วมกัน การช่วยกันจัดตกแต่งบ้านหรือบริเวณบ้านให้สวยงาม การไปทัศนศึกษาหรือทัศนาจรตามสถานที่ต่างๆซึ่งกิจกรรมทั้งหลายที่นำความสุขมาสู่ผู้ร่วมกิจกรรมนั้น ผู้ร่วมทำนอกจากมาร่วมทำด้วยความเต็มใจ พอใจแล้ว ต้องไม่ก่อให้เกิดความเครียดจากการคาดหวังเอาจริงเอาจังจากผลการกระทำนั้นๆมากเกินไป และเป็นกิจกรรมที่ทำแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย มีการรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน เอื้อเฟื้อเกื้อกูลกันด้วยน้ำใจ และมีความรักความเอื้ออาทรต่อกัน เป็นเวลาที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ลักษณะนิสัย ความสามารถ ปัญหา ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหรือการแก้ปัญหาร่วมกันอย่างมีเหตุผล และไม่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นภายในครอบครัว

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กมลา แสงสีทอง (อ้างถึงใน อัญมนี สมตัว 2544 : 28) ได้ให้ความหมายของคำว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ว่าเป็นความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นความปรองดอง รักใคร่กลมเกลียวในครอบครัว นับว่าเป็นลักษณะสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้ง หรือมีความรู้สึกที่เป็นอริต่อกัน ถือว่าเป็นลักษณะความ

สัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในครอบครัว ศรีทับทิม รัตนโกศล (2527 : 116) ได้ให้ความหมายของความสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ว่า เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด คุ้นเคย สนิทสนมระหว่างบิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติ และบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ภายในครอบครัวนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหานานาประการ และ มาลิน แตงตาด (2539 : 20) ได้กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัวหมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา ญาติพี่น้องที่อยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในลักษณะต่างๆ เช่น มีการเอาใจใส่ มีความรักความห่วงใย มีความผูกพันใกล้ชิด มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีค่านิยมและแนวประพฤติปฏิบัติสำหรับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรู้สึกและการกระทำต่างๆทั้งหลายเหล่านี้ เป็นสิ่งที่สามารถทำให้ครอบครัวมีความสุขหรือมีปัญหาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวหมายถึงการที่สมาชิกของครอบครัว มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อันเนื่องมาจากความผูกพันใกล้ชิดซึ่งอยู่ภายในจิตใจ และได้แสดงออกมาในลักษณะต่างๆ ซึ่งจะมีผลต่อความทุกข์หรือความสุขของสมาชิกในครอบครัวนั้น ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรัก การมีความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในครอบครัว

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นมีหลายลักษณะ วนิดา ทองปล้อง (2546: 36) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัว ตามแนวคิดของ จีเคิล (Gicle , quoted in Streib and Beck 1980 : 937) ว่าควรประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ

1. การเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางร่างกาย โดยการดูแลเมื่อเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านจิตใจ โดยมีความรู้สึกร่วมทั้งดีใจ เสียใจ ผิดหวัง กับสมาชิกอื่นในครอบครัว รวมทั้งประคับประคองส่งเสริมให้เกิดความสุขภายในครอบครัว

2. การบริหารจัดการเกี่ยวกับทรัพยากร และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว โดยภายในครอบครวควรจะมีการวางแผนเกี่ยวกับรายได้และรายจ่ายของครอบครัว เพื่อที่จะสามารถเอื้อประโยชน์ให้กับสมาชิกได้มากที่สุด และควรมีการแบ่งหน้าที่เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว อันจะนำไปสู่ความรู้สึกผูกพันของสมาชิกด้วย

3. การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมทางศาสนา กล่าวคือ ครอบครัวเป็นระบบหนึ่งภายในสังคม สมาชิกแต่ละคนมีความสัมพันธ์กันทั้งครอบครัวและระบบสังคมอื่นด้วย โดยเฉพาะสถาบันศาสนาอันเป็นสิ่งแสดงออกถึงความเกี่ยวพันทางวัฒนธรรม

4. การอยู่ภายใต้กฎระเบียบทางสังคม หมายถึง การเคารพกฎหมายบ้านเมือง และดำรงชีวิตตามวัฒนธรรมของกลุ่ม

ความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบแตกต่างจากความสัมพันธ์ในระดับอื่นๆของสังคม กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537 : 24 – 25) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัว ไว้ว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยทั่วไป มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. จำนวนของบทบาท (Number of Role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อ แม่ เป็นผู้สั่งสอน เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นผู้ช่วยเหลือ สมาชิกครอบครัวมีการปฏิสังสรรค์กันในหลายๆด้าน ทำให้เกิดความสนใจ ได้รู้จักค่านิยม ความเชื่อถือ ตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

2. การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระและกว้างขวาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. อารมณ์ (Emotional) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิหรือในครอบครัวก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่างๆระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความคิดถึง หรือความขัดแย้ง ความโกรธก็ได้

4. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Transfer Ability) ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิก่อรูปขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งแน่นอน ไม่สามารถถ่ายทอดไปสู่คนอื่นได้ง่ายๆ เป็นการปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลเป็นคนๆไป มีความรู้สึกผูกพันเฉพาะเจาะจงยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

นอกจากนี้ ไวส์ (Weiss, อ้างถึงใน มาลิน แตงตาด 2539 : 21) ได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวไว้ว่า จะต้องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้

1. ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักมีให้แก่กัน

2. การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นมีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข่าวสาร ความคิดเห็น การชื่นชมซึ่งกันและกัน

3. พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น บิดา มารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บุตรวัยผู้ใหญ่ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยหรือสูงอายุ ผู้ที่แข็งแรงกว่าดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า เป็นต้น

4. การยอมรับ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถกระทำการต่างๆ ตามความเหมาะสม การยอมรับจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

5. การช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือ แบ่งปันกันในเรื่องต่างๆ ซึ่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์จะมีให้แก่กัน

เพ็ญศรี พิชัยสนิท (อ้างถึงใน อัญมณี สมตัว 2544 : 30) กล่าวถึง การสร้างความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว จะต้องมีการปฏิบัติต่อกัน ดังนี้

1. ให้ความสำคัญต่อกันและกัน และเคารพนับถือกันตามฐานะ เช่น สามีให้เกียรติภรรยา ลูกเคารพพ่อแม่ เป็นต้น

2. เอื้ออาทรต่อกัน โดยแสดงความมีน้ำใจ ความห่วงใย และให้ความช่วยเหลือดูแลกันและกันเสมอทั้งยามปกติ ยามตกทุกข์ได้ยากหรือมีปัญหา การแสดงความมีน้ำใจ ห่วงใยช่วยเหลือกัน กระทำได้โดยไต่ถามทุกข์สุข และพูดคุยด้วยทุกครั้งที่มีโอกาส ช่วยในสิ่งที่ตนทำได้โดยไม่ต้องเอ่ยปากไหว้วาน เช่น สามีภรรยาเตือนกันและกันเรื่องไปตรวจสุขภาพตามที่แพทย์นัด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. การหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมที่ทำร่วมกัน เป็นสื่อให้เกิดความสุข ความพอใจ ความสนุกสนานที่เป็นประสบการณ์ประทับใจร่วมกันระหว่าง สามีภรรยา พี่น้อง พ่อ แม่ ลูก การทำกิจกรรมร่วมกันทำให้บุคคลใกล้ชิดและรู้จักกันดีขึ้น ประสบการณ์เดียวกันทำให้คิดถึงกันและกัน ภูมิใจด้วยกัน

4. ความสามัคคี คือสมาชิกครอบครัวมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดจะสามัคคีร่วมมือกันทำจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สมาชิกแต่ละคนของครอบครัวเต็มใจทำงานเพื่อกันและกัน เพื่อครอบครัวอย่างเต็มความสามารถ

ลักษณะของสมาชิกครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรักและความผูกพันกันในลักษณะต่อไปนี้

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรต่อกัน หมายถึง การดูแลสุขภาพของกันและกัน อาหารการกิน การเล่าเรียนของบุตร ความสะอาด การใช้จ่ายเงินทอง การเดินทางไปทำงานหรือไปโรงเรียน ความทุกข์และความสุขที่ต้องการระบาย เป็นต้น

2. ต้องรู้จักคนที่เรารัก สามีภรรยาต้องรู้จักและเข้าใจกันดี บิดามารดาต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับบุตร ทุกคนในครอบครัวจะต้องปรับความรู้จักซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดีต่อกันและกัน

3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน การเคารพในที่นี้หมายถึง การเคารพที่มาจากใจ การเคารพในลักษณะนี้มีพฤติกรรมการแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น การรับฟังกัน การเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน การเกรงใจกัน เช่น บุตรเกรงใจบิดามารดา บิดามารดาก็ต้องรู้จักเกรงใจบุตร ความเกรงใจนี้รู้สึกว่ามีคุณค่าและจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น

4. ต้องมีความไว้วางใจกัน ความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจควรมีต่อกันทั้งทางกายและทางใจ จะช่วยให้คนในครอบครัวมีความสบายไร้กังวลหรือความกลัว สามารถเป็นที่พึ่งพาได้

5. ต้องให้กำลังใจกันและกัน การให้กำลังใจคือการให้พลังแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข การให้กำลังใจอาจเป็นคำพูดและท่าทางที่ให้การสนับสนุน ชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้อง แนะแนวทางในการหาทางออกเมื่อมีปัญหา ไม่ดุว่าหรือกล่าวโทษ

6. ต้องให้อภัยกันและกัน สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันหลายคน ต้องมีการกระทบกระทั่งกันบ้างไม่มากก็น้อย ถ้ามีความรักอยู่ก็อภัยกันได้ ยกโทษให้

7. ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารควรใช้ปิยะวาจาระหว่างกัน อาจมีทั้งรูปแบบที่ใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง การเขียน หรือการตำหนิกันก็ทำได้แต่ควรเป็นคำตำหนิที่ใช้ถ้อยคำที่น่าฟัง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

8. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ สมาชิกในครอบครัวควรหาเวลาอยู่ด้วยกัน ถามสารทุกข์สุกดิบระหว่างกัน ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆที่มี มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ไปเที่ยวทางไกล ไปเที่ยวสวนสาธารณะ รับประทานอาหารร่วมกัน ไปเยี่ยมญาติ เป็นต้น

9. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปของบุคคลในครอบครัว สภาวะของครอบครัว และสภาวะของสมาชิก ซึ่งมิได้อยู่นิ่งแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

10.ต้องรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในครอบครัว ต่างคนต่างมีบทบาทและหน้าที่ทั้งบทบาทและหน้าที่ต่อตนเองและบทบาทหน้าที่ต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาทและหน้าที่เหล่านี้เกิดจากความคาดหวังของตนเองและความคาดหวังของแต่ละคนในครอบครัว

จากวรรณกรรมที่ได้ทบทวนมาทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นมีลักษณะของความสัมพันธ์ ความผูกพันกันทางจิตใจและมีการแสดงออกมาทางพฤติกรรม การที่สมาชิกในครอบครัวจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีลักษณะที่แสดงถึงความสัมพันธ์ที่เหมาะสมและองค์ประกอบของความสัมพันธ์ที่สำคัญทั้งการแสดงอารมณ์ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมต่อกันและกัน ซึ่งถ้าเป็นสัมพันธภาพทางบวก ก็จะนำมาซึ่งการ

แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อกันระหว่างสมาชิกครอบครัว โดยการวิจัยครั้งนี้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวคือสัมพันธภาพที่มีต่อกันของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกับสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดยสัมพันธภาพนี้เกิดขึ้นมาก่อนที่จะรับบทบาทของผู้ดูแลและผู้ป่วย

สัมพันธภาพระหว่างระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพที่มีอยู่เดิมระหว่างบุคคลในครอบครัวในการดำเนินชีวิตปกติ ซึ่งแต่ละบุคคลในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆในครอบครัวมากน้อยแตกต่างกันไป เช่น แม่และลูกจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากกว่า แม่กับพี่สาวของแม่ซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือลูกสาวคนโตจะมีสัมพันธภาพกับน้องชายคนเล็ก มากกว่าลูกสาวคนกลาง โดยในสถานการณ์ที่มีสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยและต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีอยู่เดิมในบทบาทเดิม เช่นพ่อกับลูก ภรรยากับสามี พี่กับน้อง จะต้องมีการเพิ่มบทบาทและหน้าที่ขึ้นมาเป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระดับของความสัมพันธ์ที่มีอยู่เดิมของผู้ที่มารับบทบาทเป็นผู้ดูแลกับผู้ที่ป่วยนั้น ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของคำว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยว่าหมายถึง การแสดงออกที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแอลกอฮอล์ปฏิบัติต่อกันในชีวิตประจำวันตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โดยมีการปฏิบัติต่อกันในด้านต่างๆได้แก่ การให้ความรักความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ดังมีรายละเอียด ได้แก่

1. ความรัก ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกที่มีต่อกันของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เกี่ยวกับความรัก ความอบอุ่น ความเอื้อเฟื้อ ห่วงใย เอาใจใส่ดูแล ปลอบใจ สนใจชีวิตความเป็นอยู่ของกันและกัน

2. การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน หมายถึง การแสดงออกที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแอลกอฮอล์ปฏิบัติต่อกัน โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพักผ่อน และนันทนาการด้วยกัน เช่น การพูดคุยเรื่องทั่วไป ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง การไปทำบุญ การไปเที่ยว เป็นต้น

3. การเคารพซึ่งกันและกัน หมายถึง การแสดงออกที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแอลกอฮอล์ปฏิบัติต่อกัน โดยมีความเคารพซึ่งกันและกัน มีอิสระในการตัดสินใจ ยอมรับความเป็นส่วนตัวของแต่ละบุคคล และให้เกียรติซึ่งกันและกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หมายถึงการแสดงออกที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแอลกอฮอล์ปฏิบัติต่อกัน ในเรื่องการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่างๆ การไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน การออมชอม และการประนีประนอม แสดงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นต้น

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์นั้นยังไม่มีผู้ศึกษาไว้ แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มของผู้ป่วยอื่น ดังนี้

ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวที่ดีกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี ร้อยละ 40.00 และ พบว่าสัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ดี ร้อยละ 32.67 สรุปว่าสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สุรพล ไชยเสนะ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาสถานการณ์ของครอบครัวกับแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพจิตของญาติ กับแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว โดยศึกษาในประชากรคือญาติที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 1,583 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นมีความสำคัญ เพราะเมื่อบุคคลมีสัมพันธภาพทางบวกต่อกันก็จะส่งผลถึงปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรมที่จะปฏิบัติต่อกัน ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวรวมทั้งบุคคลทั่วไปอยู่แล้ว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย จึงมีความสำคัญ และน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของญาติในการที่จะดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เพราะเมื่อผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมจะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและเต็มใจในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งในที่นี้หมายถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง และกลับมามีภาวะสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้มีการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดต่างๆเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างมากมาย ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

5.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

5.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

5.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

5.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้มีนักวิชาการที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายหลายสาขา จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ถูกมองออกเป็นหลายแนวความคิด แตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของนักวิชาการเหล่านั้น ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คอบบ์ (Cobb 1976, อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ ศรีคงอยู่ 2546 : 72) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกันในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย (network) ของการติดต่อสื่อสาร (communication) และหน้าที่ ที่มีต่อกัน

แคบแพลน และคณะ (Kaplan et al. 1977, อ้างถึงใน อุบลรัตน์ บุญทา 2546 : 33) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว คือ (1) หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานของสังคมในแต่ละคนซึ่งได้รับมาจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของคน คนนั้น โดยได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม (2) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่ง ซึ่งให้การสนับสนุนคือ บุคคลทีมีความสำคัญต่อคนคนนั้น (Significant others) สำหรับความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้จากกลุ่ม แคบแพลน เสนอว่า ความมั่นคงปลอดภัย ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม การได้เลี้ยงดูช่วยเหลือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าและความผูกพัน

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al.1981, อ้างถึงใน วนิดา ยืนยง 2537 : 29) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

ทอยส์ (Thoits 1982, อ้างถึงใน ลักขณา อุยสะอาด 2546 : 41) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เฮาส์ (House 1981, quoted in Tilden, อ้างถึงใน ลักขณา อุยสะอาด 2546 : 41) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรักความผูกพันธ์ต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ทอลส์ดอฟ (Tolsdorf 1976, อ้างถึงใน รัชจณา สิงห์ทอง 2545 : 44) ให้ความหมายว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่สม่ำเสมอในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งความช่วยเหลือนั้นได้ช่วยให้บุคคลได้ไปถึงซึ่งเป้าหมายเฉพาะของตน หรือสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คาห์น (Kahn 1977, อ้างถึงใน รัชฉนา สิงห์ทอง 2545 : 44) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือความผูกพันธ์ในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การรับรอง ยืนยัน หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทอง สิ่งของ หรืออื่นๆ

จากคำจำกัดความที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร หรือวัตถุสิ่งของ จากเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและปัญหาของตนได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

5.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีหลายประเภท มีนักวิชาการได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

ไวส์ (Weiss 1974, อ้างถึงใน รัชจณา สิงห์ทอง 2545 : 46) ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 6 ด้าน คือ

1. การให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวม คือทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือ สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะมีความรู้สึกเกิดภาวะโดดเดี่ยวทางอารมณ์ (Emotional Isolation) หรือภาวะเหงา (Loneliness)

2. ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกจากสังคม

3. การให้โอกาสที่จะเลี้ยงดูอุ้มชู (Opportunity for Nurture) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและสุขภาพของผู้น้อย แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและคนอื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่จะทำให้เกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

4. การให้ความรู้สึกมีคุณค่า (Reassurance of Worth) เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

5. ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี (A Sense of Reliable Audience) การสนับสนุนนี้เริ่มจากความสัมพันธ์กับญาติใกล้ชิด ซึ่งคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึงการได้รับความจริงใจ ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และคำพูดที่เชื่อถือได้เมื่อเกิดความเครียดและภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนจะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ผิดหวัง

ทอยส์ (Thoits 1986 , อ้างถึงใน อุบลรัตน์ บุญทา 2546 : 34) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

3. การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotion Aid) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คอบบ์ (Cobb 1976, อ้างถึงใน ลัคนา อุยสะอาด 2546 : 42) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ย้ำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จาคอบสัน (Jacobson 1986 , อ้างถึงใน รัชจณา สิงห์ทอง 2545 : 47) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่าตนได้รับการชื่นชม ยกย่อง เคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่ดูแลและปลอดภัย

2. การสนับสนุนทางปัญญา (Cognitive Support) หมายถึงความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้

3. การสนับสนุนทางวัตถุสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆที่ช่วยแก้ปัญหาบางอย่างได้

เฮาส์ (House 1985 , อ้างถึงใน ลัคนา อุยสะอาด 2546 : 42) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเรียนรู้ด้วยตนเองได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง ทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน หรือ แรงงาน (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1985, อ้างถึงใน วนิดา ยืนยง 2537 : 32) กล่าวถึง ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ว่าประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของ บริการ หรือ แรงงาน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al.) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมกับการที่จะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับ ทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

5.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่มีการติดต่อและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาที่ต้องการเน้น เช่น ขนาดของกลุ่มและความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์และระยะเวลาของความสัมพันธ์ ได้แก่

เพนเดอร์ (Pender 1987, อ้างถึงใน วิราช เกษอุดมทรัพย์ 2545 : 29) ได้แบ่งประเภทของกลุ่มให้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่ในวัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่างๆ บุคคลในครอบครัวจะทราบความต้องการของสมาชิกแต่ละคน

2. กลุ่มสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) หรือบุคคลใกล้ชิด เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

3. กลุ่มสนับสนุนจากองค์กรทางศาสนา (Religious Organization) เป็นสถาบันสนับสนุนที่เก่าแก่ในสังคม ช่วยให้บุคคลได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนา หรือยึดหลักคำสอนของศาสนา เป็นเป้าหมายในการสนับสนุน

4. กลุ่มสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Health Professional Support) เป็นแหล่งช่วยเหลือให้การดูแลและให้บริการแก่ผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5. กลุ่มสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านอื่นๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร ในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลบางกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในทางที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แคปแลน (Caplan, อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ ศรีคงอยู่ 2546 : 75) ได้จำแนกกลุ่มบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนที่ทำงานเดียวกัน คนใกล้ชิด คนรู้จักคุ้นเคย

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ สมาคมผู้พิการเป็นต้น

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และ ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบได้บ่อยจะมาจาก 2 แหล่งใหญ่ ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ญาติ คู่สมรส เป็นแหล่งสนับสนุนที่หนึ่ง สำหรับแหล่งสนับสนุนที่สองมาจากกลุ่มสังคมต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคคลในวิชาชีพ อาสาสมัคร (Stewart 1982, อ้างถึงใน วนิดา ทองปล้อง 2546 : 43)

บราวน์ และ แมคเอลวีน (Brown 1986 and McElveen 1987, อ้างถึงใน วิราช เกษอุดมทรัพย์ 2545 : 30) กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลใดจะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งใดหรือจะมีความต้องการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคลในขณะนั้น เช่น ระยะเจ็บป่วยย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล ในระยะตั้งครรภ์คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด เป็นต้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ คือ ญาติ เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร หรือวัตถุสิ่งของ จากเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและปัญหาของตนได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al.) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมกับการที่จะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับ ทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการต่างๆ จากแหล่งสนับสนุน คือ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดยผู้วิจัยได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้ว่า หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากญาติ เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลที่จะต้องดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ในด้านต่างๆ ได้แก่

1. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับความเข้าใจ เห็นใจ การให้กำลังใจ ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

2. การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับ ความรู้ คำแนะนำ แนวทางการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับผู้ติดแอลกอฮอล์ และการได้รับคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยแอลกอฮอล์

3. การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับการจัดหาและให้ความช่วยเหลือเป็นสิ่งของเครื่องใช้ เงิน รวมทั้ง บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มคน แล้วมีผลทำให้ผู้รับแรงสนับสนุนนั้นปฏิบัติไปในแนวทางที่เหมาะสม หรือเป็นแนวทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้มีผู้ศึกษาเรื่องของแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

ประไพ ทยายุทธ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 63 คน ผลการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่พบมากที่สุดคือ บุคลากรด้านสุขภาพ ร้อยละ 98.41 หน่วยบริการที่จัดไว้ให้ในชุมชน ร้อยละ 93.65 เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 88.89 และ ญาติ ร้อยละ 85.71

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วันเพ็ญ ยืนยงแสน (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลที่มาส่งหรือมารับยาแทนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 63 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับมาก ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ร้อยละ 96.82 เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 87.30 ญาติ ร้อยละ 85.71 และหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ร้อยละ 84.12 ตามลำดับ

เฉลิม วงษ์จันทรา (2539 : 80) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริมา มณีโรจน์. (2544 : 41) ได้ทำการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติกซ์เรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแล : ความหมายของการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในผู้ดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่ง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสายเลือดและเครือญาติทำให้เกิดการดูแลกัน การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง

ของผู้ดูแล พื้นฐานทางความคิดและจิตใจ และญาติในครอบครัวให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดจนสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

จากแนวคิดและงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วนี้ แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับจากแหล่งต่างๆนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลและความสามารถในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัย จึงคิดว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลราชบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 895 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่จังหวัดราชบุรีและประชาชนในจังหวัดใกล้เคียงในเขตสาธารณสุขที่ 6 รวมทั้งผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ ที่เข้ามารับการรักษา เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับตติยภูมิขั้นสูง ให้บริการอย่างครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม มีระบบการบริหาร และระบบการให้บริการโดยการจัดแบ่งโครงสร้างการทำงานของหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

หน่วยงานที่ให้บริการ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ติดยาและสารเสพติดคือ งานยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวช ซึ่งให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดทุกประเภท แบบผู้ป่วยนอกครบทั้ง 4 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการก่อนการบำบัดรักษา ขั้นถอนพิษยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นตอนการติดตาม รวมทั้งการส่งตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเพื่อการคัดกรองและการเฝ้าระวัง โดยให้บริการทั้งผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและผู้ที่เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัดที่ส่งต่อมาจากสำนักงานคุมประพฤติ

บุคลากร ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากยาและสารเสพติด คือทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ในแผนกอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดรักษา ได้แก่ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น การให้บริการบำบัดรักษาจะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้แก่

1. เมทาโดนบำบัด ใช้ในการรักษาผู้ที่ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น

2. เภสัชบำบัด ใช้ในการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ประสาทร่วมด้วย

3. โปรแกรมจิต – สังคมบำบัดผู้ป่วยนอก ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

4. โปรแกรมการให้คำแนะนำปรึกษาสำหรับผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด กิจกรรมครอบครัวบำบัด การให้สุขศึกษารายกลุ่ม เป็นต้น

6. การรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชที่รุนแรง เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นจึงจะให้ผู้ป่วยกลับมารับการบำบัดรักษาภาวะการติดสารเสพติดต่อไป

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โรงพยาบาลราชบุรี มีระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว โดยมีรูปแบบการในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้

1. การรักษาแบบผู้ป่วยใน จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยลงแดงจากภาวะการขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal)

1.2 ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอาการทางจิตเวช (Alcoholic Psychosis)

1.3 ผู้ป่วยได้รับพิษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Intoxication)

2. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทุกชนิดที่เข้ามารับการบำบัดรักษาโดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงหรือไม่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ทั้งผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ามารับการรักษาเอง และผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยในที่มีอาการดีขึ้นแล้ว จะถูกส่งให้มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกต่อไป

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก

จะใช้วิธีการบำบัดรักษาร่วมกัน 2 วิธี คือ

1. การบำบัดด้วยยา โดยแพทย์จะเป็นผู้ตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษาตามสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย และนัดผู้ป่วยมาตรวจและรับยาเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลทางจิต - สังคม โดยมีหลักการที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง การสร้างคุณค่าและความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย การเสริมสร้างทักษะชีวิตที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ คือ

2.1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) ในผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในโทษและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และเห็นความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยรายเก่าที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาด้วย

2.2 การให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม (Education) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกาย ผลเสียของแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้ดื่มในด้านต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านการงานอาชีพ ด้านสังคม ฯลฯ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม

2.3 การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advise) รายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาที่ถูกมองข้าม และทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะหยุดหรือลดการดื่มลง กระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที จะใช้ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงน้อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.4 การช่วยเหลือแบบสั้น (Brief Intervention) เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์พร้อมทั้งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการหยุดหรือลดการดื่มลง โดยแนวทางดังกล่าว จะครอบคลุมถึงการวางแผนปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม กระบวนการช่วยเหลือแบบสั้นนี้ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที

2.5 การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นการช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การสื่อสารสองทางเพื่อสร้างแรงจูงใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที เป็นเวลา 4 – 6 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะแรก (Opening Phase) เน้นการสร้างความตระหนักในปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแนะนำกระบวนการช่วยเหลือ ร่วมกับการวางแผนเพื่อจะลดหรือเลิกการดื่ม

- ระยะต่อมา (Subsequent Phase) ระยะนี้เน้นที่การคงแรงจูงใจในการติดตามการรักษา การวางแผนและฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น ในการลดหรือหยุดการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบำบัดในระยะนี้อาจใช้จำนวนครั้งและหัวข้อการสนทนาที่แตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย เช่น เรื่องของตัวกระตุ้น เรื่องการดื่มอย่างฉลาด เรื่องของการจัดการกับปัญหา เรื่องของสัมพันธภาพและอารมณ์ เป็นต้น

- ระยะสุดท้าย (Ending Phase) เน้นไปที่ความรู้สึกที่ดี การมีความหวังที่จะคงพฤติกรรมการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามการทบทวนให้ระมัดระวังสถานการณ์ที่อาจทำให้กลับไปดื่มซ้ำก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งผู้ให้การรักษาควรเปิดโอกาสและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยสำหรับการใช้บริการด้านอื่นๆในอนาคตด้วย

2.6 การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผลและการติดตาม ในขณะที่ให้บริการบำบัดรักษาด้วยยา และให้การดูแลทางด้านจิต สังคมกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ทีมผู้บำบัดจะมีการประเมินผลการรักษาตลอดระยะเวลาของการบำบัด เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคของการรักษา จะร่วมกับผู้ป่วยและญาติหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยต่อไป และเมื่อผู้ป่วยบำบัดรักษาครบขั้นตอนและจำหน่ายออกจากโปรแกรมการรักษาแล้ว จะมีการนัดติดตามอย่างต่อเนื่องจนครบ 1 ปี เพื่อประเมินผลการรักษาและป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว
- ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์
2. ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล
3. สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย
4. แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 – เดือนมิถุนายน 2548 จำนวน 416 คน (สถิติผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี 2548)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 – เดือน มิถุนายน 2548 จำนวน 204 คน ดังมีรายละเอียด คือ

2.1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณ จากสูตรของยามาเน ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้คลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 (Taro Yamane 1973, อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ กัยวรรณ์ 2543 : 79) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดให้ e = 5 %)

แทนค่าในสูตร n = $\frac{416}{1 + [416(0.05)^2]}$

= 203.92

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 คน

2.2 ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการจัดเรียงลำดับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2548 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2549 ตามลำดับก่อนหลังการเข้ารับบริการ โดยเริ่มตั้งแต่เลขที่ 1 ถึง เลขที่ 416 จากการคำนวณต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 คน ช่วงของการสุ่มคือ 416 ÷ 204 = 2.04 ดังนั้นจึงต้องสุ่มกลุ่มตัวอย่างทุก 2 คน โดยการจับฉลากสุ่มหน่วยเริ่มต้นได้หมายเลข 2 และทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการตั้งแต่หมายเลข 2, 4, 6, 8, 10,…ตามลำดับ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 204 คน ตามที่ต้องการ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ตัวแปรอิสระ มีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

1.1.1 เพศ แบ่งเป็น

- เพศชาย
- เพศหญิง

1.1.2 อายุ แบ่งเป็น

- ต่ำกว่า 25 ปี
- ตั้งแต่ 25 – 50 ปี
- มากกว่า 50 ปี

1.1.3 ระดับการศึกษา

- ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา
- สูงกว่าประถมศึกษา

1.1.4 สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว แบ่งเป็น

- รายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย
- รายได้เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ
- รายได้เพียงพอใช้จ่าย และมีเหลือเก็บ

1.1.5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ แบ่งออกเป็น

- บิดา
- มารดา
- บุตร
- คู่สมรส
- ญาติคนอื่นๆ

1.1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น

- ไม่มี
- มี 1 – 2 คน
- มี 3 คนขึ้นไป

1.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์

1.3 ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

1.4 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.5 แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแบบสอบถามดังกล่าว แบ่งออกเป็น 6 ส่วนซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกผิด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ

ดังนี้ คือ	ตอบถูกได้	1	คะแนน
	ตอบผิด ได้	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อความที่แสดงถึงการมีความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จะให้คะแนน 5 , 4 , 3 , 2 และ1 สำหรับคำตอบมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ ส่วนข้อความที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนมาก จะเป็นผู้ที่มีความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล มากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนน้อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำที่แสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของผู้ตอบแบบสอบถามในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อความที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ1 สำหรับคำตอบมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ตามลำดับ ส่วนข้อความที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนมาก จะเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

น้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อความที่แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับคำตอบมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ ส่วนข้อความที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง หรือประมาณ 75 % ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง หรือประมาณ 50 % ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆครั้ง หรือประมาณ 25 % ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อความที่แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ1 สำหรับคำตอบปฏิบัติเป็นประจำ ,บ่อยครั้ง ,บางครั้ง, นานๆครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติ ตามลำดับ ส่วนข้อความที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนมาก จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนน้อย

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากหนังสือ เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามากำหนดเป็นกรอบโครงสร้างของเครื่องมือ และขอบเขตของเนื้อหาเพื่อสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

3. สร้างแบบสอบถามตามขอบเขตของเนื้อหา ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตามรายละเอียดของนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปร

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้น 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

5.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ โดยใช้สูตร KR_{20} ของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson 's Method) ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 123)

$$\text{สูตร } KR_{20} \quad r_{tt} = \frac{n}{n-1}\left(1 - \frac{\sum pq}{s_t^2}\right)$$

เมื่อ r_{tt} แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อ

p แทน สัดส่วนของผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

q แทน สัดส่วนของผู้ตอบผิดในแต่ละข้อ = 1 - p

s_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่น .64

5.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

5.2.1 ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่น .7510

5.2.2 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่น .8883

5.2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น .8561

5.2.4 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .8828

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุง จนมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและโดยผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน คือเจ้าหน้าที่ของงานยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี โดยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจง

รายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแล ของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี รวมทั้งสิ้น 204 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่านหรือเขียนหนังสือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน

4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้ นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์

5. นำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบ ลงรหัส และวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การประเมินและแปลความหมายคะแนนของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

2.1 กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามแนวความคิดของทร์อนไดค์ (Thorndike 1977, อ้างถึงใน เพ็ชรัตน์ ตั้งตระกูลพงศ์ 2546 : 101) ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 50 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 50 – 75 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่า ร้อยละ 75 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ในระดับมาก

2.2 กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ระดับความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแล

ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์จุดกลาง (midpoint) ของช่วงระดับคะแนน (class interval) โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ มีรายละเอียด ดังนี้

การแปลความหมายคะแนน ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึงมีความตระหนักในบทบาทในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความตระหนักในบทบาทในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 –3.50 หมายถึง มีความตระหนักในบทบาทในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความตระหนักในบทบาทในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความตระหนักในบทบาทในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนน แรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระดับมากที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล

3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์จำแนกตามเพศ และระดับการศึกษาใช้การทดสอบค่าที (t – test)

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์จำแนกตามอายุ สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ใช้การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffé)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี” ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จำนวนทั้งสิ้น 204 คน มาวิเคราะห์และได้เสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ที่แตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

Y	แทน	พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์
X_1	แทน	ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์
X_2	แทน	ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล
X_3	แทน	สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย
X_4	แทน	แรงสนับสนุนทางสังคม
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
df	แทน	องศาอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบน (Sum of Squares)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของค่าเบี่ยงเบนกำลังสอง (Mean Squares)
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	ประสิทธิภาพในการทำนาย (R Squares)
Adj R^2	แทน	ประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square)
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (Regression Coefficients)
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (Standard Regression Coefficients)
S.E.	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนาย (Standard Error of the Estimate)
Sig.	แทน	ค่าระดับนัยสำคัญของสถิติทดสอบ (Significance)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 204 คนจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ดังรายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1. เพศชาย	48	23.5
2. เพศหญิง	156	76.5
รวม	204	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
1. น้อยกว่า 25 ปี	15	7.4
2. 25 – 50 ปี	136	66.7
3. มากกว่า 50 ปี	53	26.0
รวม	204	100
ระดับการศึกษา		
1. ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	132	64.7
2. สูงกว่าประถมศึกษา	72	35.3
รวม	204	100
สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว		
1. รายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย	82	40.2
2. รายได้เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	107	52.5
3. รายได้เพียงพอใช้จ่าย และมีเหลือเก็บ	15	7.4
รวม	204	100
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์		
1. บิดา	18	8.8
2. มารดา	22	10.8
3. บุตร	38	18.6
4. คู่สมรส	91	44.6
5. ญาติคนอื่นๆ	35	17.2
รวม	204	100
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย		
1. ไม่มี	74	36.3
2. มี 1 – 2 คน	106	52
3. มีตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	24	11.8
รวม	204	100

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 มีอายุระหว่าง 25 – 50 ปี จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 และ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 คน จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

2.1 การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้จำนวน และร้อยละ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าระดับ ของระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ	ค่าระดับ
น้อยกว่าร้อยละ 50 (น้อยกว่า 10 คะแนน)	41	20.1	น้อย
ร้อยละ 50 – 75 (ตั้งแต่ 10 – 15 คะแนน)	133	65.2	ปานกลาง
มากกว่าร้อยละ 75 (มากกว่า 15 คะแนน)	30	14.7	มาก
รวม	204	100	

จากตารางที่ 2 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ตามลำดับ

2.2 การวิเคราะห์ระดับความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล	3.77	.59	มาก
สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย	3.45	.64	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.01	.65	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	3.67	.52	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากตารางที่ 3 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี มีความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77 และ 3.67 ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45 และ 3.01 ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ที่แตกต่างกัน

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามเพศ ที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ t – test ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีเพศแตกต่างกัน

เพศ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
ชาย	48	3.5528	.49063	-2.755	.006
หญิง	156	3.7523	.42154		

จากตารางที่ 4 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยญาติผู้ดูแลเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย ($\bar{X}$ = 3.7523 และ 3.5528 ตามลำดับ)

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุที่แตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าระดับ ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
น้อยกว่า 25 ปี	15	3.7738	.52257	มาก
25 – 50 ปี	136	3.6922	.43272	มาก
มากกว่า 50 ปี	53	3.7197	.46224	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลได้ดังนี้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 25 – 50 ปี ($\bar{X}$ = 3.7738 , 3.7197 และ 3.6922 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	2	.105	.052	.261	.770
ภายในกลุ่ม	201	40.212	.200		
รวม	203	40.317			

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรีที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

3.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ t – test ดังรายละเอียดตามตารางที่ 7

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	132	3.6583	.44301	-2.059	.041
สูงกว่าประถมศึกษา	72	3.7917	.44052		

จากตารางที่ 7 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ดีกว่าญาติผู้ดูแล ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ($\bar{X}$ = 3.7917 และ 3.6583 ตามลำดับ)

3.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ที่แตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One–Way ANOVA) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 8 –13

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว	n	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
รายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย	82	3.6733	.43939	มาก
รายได้เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	107	3.7517	.45819	มาก
รายได้เพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ	15	3.5500	.35350	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวทุกลักษณะ มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลได้ดังนี้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ที่มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ญาติผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย และ ญาติผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ ($\bar{X}$ = 3.7517 , 3.6733 และ 3.5500 ตามลำดับ)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 9 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA)ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	2	.676	.338	1.713	.183
ภายในกลุ่ม	201	39.641	.197		
รวม	203	40.317			

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	n	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
บิดา	18	3.5913	.45361	มาก
มารดา	22	3.6526	.50414	มาก
บุตร	38	3.7359	.51243	มาก
คู่สมรส	91	3.7327	.40523	มาก
ญาติคนอื่นๆ	35	3.6929	.43999	มาก

จากตารางที่ 10 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในทุกลักษณะ มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลได้ดังนี้ ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรส ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติคนอื่นๆ ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นมารดา และญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา ($\bar{X}$ = 3.7359 , 3.7327, 3.6929, 3.6526 และ 3.5913 ตามลำดับ)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแตกต่างกัน

	df	SS	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	4	.405	.101	.504	.733
ภายในกลุ่ม	199	39.912	.201		
รวม	203	40.317			

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าระดับ ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย	n	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ไม่มี	74	3.6834	.44777	มาก
มี 1 – 2 คน	106	3.7069	.46387	มาก
มีตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	24	3.7664	.35884	มาก

จากตารางที่ 12 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยทุกลักษณะ มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลได้ดังนี้ ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย 1-2 คน และญาติผู้ดูแลที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 3.7664 , 3.7069 และ 3.6834 ตามลำดับ)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 13 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน

	df	SS	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	2	.125	.063	.313	.731
ภายในกลุ่ม	201	40.191	.200		
รวม	203	40.317			

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ดังรายละเอียดตามตารางที่ 14

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 14 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ (X_1) ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล (X_2) สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย (X_3) แรงสนับสนุนทางสังคม (X_4) และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (Y) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี

ตัวแปร	Y	X_1	X_2	X_3	X_4
Y	1.000				
X_1	.131	1.00			
X_2	.513**	.072	1.00		
X_3	.401**	-.127	.531**	1.00	
X_4	.369**	-.083	.314**	.388**	1.00

** P < .01

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .513 .401 และ .369 ตามลำดับ) โดย

ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด (r = .513) ส่วนความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองพบว่า ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .531 และ .314 ตามลำดับ) และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .388) นอกนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน

4.2 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี ดังรายละเอียดตามตารางที่ 15

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 15 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ ทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ลำดับตัวทำนาย	R	R^2	Adj R^2	b	Beta	t	Sig
1.ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล (X_2)	.513	.264	.260	.299	.359	5.153	.000
2.แรงสนับสนุนทางสังคม (X_4)	.558	.311	.304	.168	.211	3.333	.001
3.ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ (X_1)	.571	.325	.315	.407	.141	2.388	.018
4.สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย (X_3)	.583	.339	.326	.112	.147	2.043	.042
Constant (a) = 1.388	S.E. = .365		F = 25.553			Sig = .000	

จากตารางที่ 15 พบว่า ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ได้แก่ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล ได้ร้อยละ 26.4 แรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการคัดเลือกให้เข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.7 ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ได้รับการคัดเลือกให้เข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.4 และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 4 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.4 โดยความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแล ได้ร้อยละ 33.9

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สมการที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

ในรูปคะแนนดิบ

$Y = 1.388 + .299(X_2) + .168(X_4) + .407(X_1) + .112(X_3)$

ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z = .359(X_2) + .211(X_4) + .141(X_1) + .147(X_3)$

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี " ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล 2) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย 3) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 ถึงเดือนมิถุนายน 2548 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 204 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของยามาเน ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้คลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ แบบสอบถามความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ (%) วิเคราะห์ระดับตัวแปรต้นและตัวแปรตามใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบค่าที (t – test) และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) วิเคราะห์ตัวแปรต้นที่สามารถทำนายตัวแปรตาม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.5 มีอายุระหว่าง 25 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 จบการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 44.6 และมีสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 1 – 2 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.0

2. การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.2 มีความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77 และ 3.67 ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45 และ 3.01 ตามลำดับ)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่ต่างกันพบว่า

3.1 ญาติผู้ดูแลที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยญาติผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย ($\bar{X}$ = 3.7523 และ 3.5528 ตามลำดับ)

3.2 ญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

3.3 ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยญาติผู้ดูแลที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ($\bar{X}$ = 3.7917 และ 3.6583 ตามลำดับ)

3.4 ญาติผู้ดูแลที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

3.5 ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

3.6 ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

4. การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล พบว่าความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแล ได้ร้อยละ 33.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสรุปผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปราย ได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.2 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 20.1 และมีความรู้ในระดับมากเพียงร้อยละ 14.7 อธิบายได้ว่าเนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 64.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ และการเรียนรู้ของบุคคล เพราะการศึกษาช่วยพัฒนาคนให้มีประสิทธิภาพมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวในเรื่องต่างๆ ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะแสวงหาความรู้จากหนังสือ และสื่อเอกสารต่างๆได้ง่ายกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ในหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยราชการทั่วๆไปส่วนใหญ่ รวมทั้งในคลินิกยาเสพติด ของโรงพยาบาลราชบุรีเอง จะใช้วิธีการเผยแพร่ความรู้ โดยจัดเป็นเอกสารเผยแพร่ใส่กล่องไว้ให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษาด้วยตนเอง จัดเป็นโปสเตอร์ความรู้ติดบอร์ด หรือจัดเป็นมุมความรู้โดยมีหนังสือต่างๆไว้ให้อ่าน ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา จะขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อเอกสารเหล่านี้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง เกษตรกร หรือ ว่างงาน ซึ่งเป็น

อาชีพที่ไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับการอ่านเอกสารที่มีเนื้อหาเป็นความรู้ทางวิชาการ ยิ่งทำให้บุคคลกลุ่มนี้ขาดโอกาสในเรื่องความรู้ และขาดแหล่งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารต่างๆที่จะเรียนรู้อย่างเหมาะสม และในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์เอง ก็ยังไม่ได้ให้การสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสารและบริการต่างๆแก่ญาติของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นบริการไปที่ตัวของผู้ป่วยโดยตรงมากกว่า ดังจะเห็นจากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และข้อมูลเชิงลึกอีกส่วนหนึ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์คือ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดยคิดว่าภาวะการติดแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ตระหนักถึงปัจจัยทางชีวเคมี สภาพทางจิตวิทยา หรือสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการติดแอลกอฮอล์ของบุคคล ดังนั้นจึงไม่ได้ให้ความสนใจที่จะเรียนรู้ถึงภาวะการติดแอลกอฮอล์ในมุมมองของความเจ็บป่วย ภาวะการดำเนินของโรค หรือแม้กระทั่งเรื่องของการเลิกดื่ม ซึ่งต้องมีขั้นตอนและกระบวนการที่ต่อเนื่องกันไป ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ด้วยตัวเองจากสังคมหรือสิ่งแวดล้อม อีกทั้งข้อมูลข่าวสารในเรื่องพยาธิสภาพของการติดสารเสพติดที่เผยแพร่ออกมาสู่สังคมในลักษณะความรู้ทางวิชาการนั้น ยังมีไม่มากพอที่จะกระจายมาถึงประชาชนทั่วไป ญาติผู้ดูแลจึงขาดโอกาสในการเรียนรู้และเข้าใจ ทำให้คะแนนของความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางและน้อยเป็นส่วนใหญ่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.2 ผลการวิเคราะห์ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่พาผู้ป่วยมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล การที่ญาติเข้าใจว่าการติดแอลกอฮอล์เป็นความเจ็บป่วยหรือเป็นปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องบำบัดรักษา จึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ย่อมแสดงถึงการเข้าใจและยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเองในระดับหนึ่งแล้ว และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส ถึงร้อยละ 44.6 การเป็นคู่สมรสกันนั้นโดยปกติย่อมต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในทุกข์สุขและให้การดูแลคู่ของตนเองอยู่แล้ว โดยปกติเมื่อมีคนในครอบครัวดื่มหรือติดแอลกอฮอล์ คนอื่นๆในครอบครัวมักจะได้รับผลกระทบในระดับต่างๆกันไป และส่วนใหญ่ก็จะเห็นถึงความจำเป็นในการที่ผู้ป่วยจะต้องรักษาและเลิกดื่มให้ได้ ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว คู่สมรสที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นภรรยา ซึ่งย่อมมีความตระหนักในภาระความรับผิดชอบในเรื่องของการเป็นผู้ดูแลมากอยู่แล้ว โดยจะเห็นในสังคมทั่วไปว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงที่เป็นภรรยา มารดาหรือบุตรสาวของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารักษาซึ่งส่วนใหญ่เป็น

คู่สมรสและเป็นเพศหญิง เมื่อบุคคลกลุ่มนี้ตอบแบบสอบถามจึงทำให้คะแนนของความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

1.3 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45) อธิบายได้ว่า เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยในที่นี้คือการดื่มแอลกอฮอล์และการติดแอลกอฮอล์ จากการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าญาติผู้ดูแลเองก็มีเจตคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว อีกทั้งในขณะที่เก็บข้อมูลนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาและยังไม่สามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเด็ดขาด บางคนหยุดดื่มได้ระยะเวลาหนึ่ง บางคนเพียงแค่ลดปริมาณการดื่มลง บางคนหยุดดื่มได้แล้วแต่หวนกลับมาดื่มอีก ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยย่อมที่จะยังไม่ดีนักแต่ก็ยังอยู่ในระดับที่ไม่น้อยจนเกินไป เพราะญาติเองก็ยังมาดูแลและรับภาระต่างๆในขณะที่ผู้ป่วยมารักษา ส่วนหนึ่งมีความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน เช่น บุคคลที่เป็นพ่อ แม่ หรือ พี่น้อง บางส่วนดูแลเพราะตอบแทนบุญคุณ เช่น บุตร ส่วนที่เป็นคู่สมรสดูแลเพราะเป็นความรับผิดชอบโดยตรง และส่วนหนึ่งมีความรักความผูกพันกันมาก่อน ดังนั้นคะแนนสัมพันธภาพถึงแม้ไม่สูงแต่ก็อยู่ในระดับปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.01) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยในการศึกษาครั้งนี้คือภาวะการติดแอลกอฮอล์ ไม่ใช่ความเจ็บป่วยจากโรคภัยต่างๆ ซึ่งเป็นเหตุสุดวิสัย การที่ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ย่อมต้องเกิดผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจต่อบุคคลในครอบครัวอยู่แล้ว เพราะเมื่อผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีอาการเมาส่วนใหญ่ก็มักจะควบคุมตนเองไม่ได้และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งในบ้านและนอกบ้าน ทำให้ตัวของผู้ดูแลเองไม่ขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น ๆ อาจจะเนื่องจากความรู้สึกอับอาย ไม่กล้า หรือไม่อยากปรึกษากับใคร เพราะการที่คนในครอบครัวของตนเอง เช่น สามีหรือบิดา ดื่มหรือติดแอลกอฮอล์นั้นไม่ใช่เรื่องที่ควรจะบอกให้ผู้อื่นรับรู้มากนัก ดังนั้นการไม่เปิดเผยตัวของญาติหรือการไม่ขอความช่วยเหลือจากใคร จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับอยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการวิจัยพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มี 1 – 2 คน ถึงร้อยละ 52 รองลงมาคือ ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วยเลย นอกจากญาติผู้ดูแลเพียงคนเดียวคิดเป็นร้อยละ 36.3 จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางครอบครัว สังคม ที่ปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวจึงน้อย หลายครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวเมื่อบิดาติดแอลกอฮอล์ มารดาเป็นผู้ดูแล สมาชิกที่เหลือคือบุตร ซึ่งบุตรนั้นไม่สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาแก่มารดาได้

มากนัก เพราะจากการเก็บข้อมูลพบว่าหลายครอบครัวมีบุตรที่ยังเล็กอยู่ อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนอยู่ในชุมชนเมือง ไม่ค่อยได้ปฏิสัมพันธ์กับใครทำให้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานน้อยลงไปด้วย รวมทั้งการให้บริการในหน่วยงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่ตัวของผู้ป่วยโดยตรง ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของญาติมากนัก การให้บริการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร หรือการบริการต่างๆแก่กลุ่มของญาติผู้ดูแลจึงยังมีน้อย ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับจึงอยู่ในระดับปานกลาง

1.5 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.67) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเป็นญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษา ญาติกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงได้รับความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี ไปแล้วอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ซึ่งในการให้ความรู้นั้นจะมีเนื้อหาส่วนหนึ่งที่ให้ญาติช่วยดูแลและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรา ญาติจึงได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม และจากผลการวิจัยพบว่าความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.77) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความตระหนักในบทบาทของตนเอง เข้าใจว่าการติดแอลกอฮอล์เป็นความเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา และตัวของญาติเองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม และในส่วนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์นั้น เป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ถ้าญาติเห็นความสำคัญและเต็มใจที่จะทำ โดยไม่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจทางวิชาการมากนัก ดังนั้นถึงแม้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าก็สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เพราะในเนื้อหาของการดูแลประกอบด้วย พฤติกรรมการส่งเสริมและสนับสนุน การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมป้องกันทั้งในส่วนของตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่มีแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และสุดท้ายคือการร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ แต่การดูแลผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นภาระอันหนักหน่วงของญาติ เพราะบุคคลกลุ่มนี้มักจะมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการดูแลซึ่งต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นคู่สมรส ถึงร้อยละ 44.6 และรองลงมาคือบุตร ร้อยละ 18.6 ซึ่งบุคคลทั้งสองกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยมากอยู่แล้ว ดังนั้นจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ได้ จึงอยู่ในระดับมาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ได้ดังนี้

2.1 จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ญาติผู้ดูแลที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยญาติผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย ($\bar{X}$ = 3.7523 และ 3.5528 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า โดยส่วนใหญ่ในสังคมทั่วไปจะพบว่าเพศหญิงมักจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลบุตร การดูแลบุคคลในครอบครัว หรือแม้แต่การดูแลผู้เจ็บป่วย ดังที่ฟาริดา อิบราฮิม (2539 : 23) กล่าวไว้ว่า การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลนั้น ต้องทราบว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นเพศหญิงหรือชาย เพราะเพศต่างกันอาจจะมีความเชื่อ เจตคติและค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น การเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ง่าย ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า และ ฮูยแมน (Hooyman 1990, อ้างถึงใน สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ 2541 : 18) กล่าวว่า ในสังคมนั้น ผู้หญิงเป็นเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลทั้งครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกๆที่เจ็บป่วย ดูแลบิดามารดา ปู่ย่าตายาย หรือคู่สมรสที่มีความพิการ ผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทในการดูแล ในขณะที่ต้องทำหน้าที่แม่บ้านไปด้วย บทบาทการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่จะตกเป็นภาระรับผิดชอบของหญิงโสด ถ้าบิดามารดาซึ่งเจ็บป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย ผู้ที่รับหน้าที่ดูแลก็มักจะเป็นสะใภ้ ถ้าหากบุตรชายยังไม่มีครอบครัวก็มักจะจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ต่างๆให้มาดูแลผู้ป่วย บทบาทของผู้ชายจะเป็นลักษณะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน และการอำนวยความสะดวกในการเดินทางและพาผู้ป่วยมาตรวจรักษา จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 76.5 และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย แสดงว่าญาติผู้ดูแลเพศหญิงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเนา นิลบรรพ์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2546 : 1) ที่ศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 66.67 และ การศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ที่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ศึกษาพบว่าญาติผู้แลผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ ดีรมรัมย์ (2546: บทคัดย่อ) ที่ทำการศึกษาพบว่า กลุ่มของญาติผู้ดูแลในครอบครัวที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ติดสารเสพติดมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

2.2 จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 25 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีเพียงร้อยละ 26.0 ที่อายุมากกว่า 50 ปี และร้อยละ 7.4 ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ อาจกล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลมีวุฒิภาวะใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเหมือนกัน จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลที่ออกมาไม่แตกต่างกัน และพฤติกรรมการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสนับสนุน การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม การควบคุมป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ และการเป็นที่ปรึกษาร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลเหล่านี้อาจจะไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับอายุและประสบการณ์ชีวิตที่เพิ่มขึ้นตามอายุของบุคคลที่เป็นผู้ดูแล แต่เป็นสิ่งที่ต้องเริ่มต้นจากจิตใจที่ยอมรับ การตระหนักในความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือ ความรักความผูกพันที่มีต่อกัน ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติสนิท คือ ภรรยา และ บุตร ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่างกัน จึงมีพฤติกรรมการดูแลไม่แตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของญาติแต่ละกลุ่มอายุพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์มากกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ($\bar{X}$ = 3.7738) รองลงมาได้แก่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ($\bar{X}$ = 3.7197) และญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 25 – 50 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลน้อยกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ($\bar{X}$ = 3.6922) อธิบายได้ว่า จากการเก็บข้อมูลพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร และกลุ่มที่เป็นบุตรนี้จะมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสูง เนื่องจากการดูแลบิดามารดาเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของบุตรอยู่แล้ว ในสังคมไทยจะอบรมสั่งสอนให้เด็กมีความกตัญญูกตเวทีต่อพ่อแม่ และบิดากับบุตรนั้นอย่างไรก็ตัดกันไม่ขาด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 50 ปีส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดาหรือมารดา ซึ่งมีพฤติกรรมการดูแลที่อยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ส่วนกลุ่มที่มีอายุ 25 – 50 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสนั้น มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ เพราะคู่สมรสนั้นอาจมีปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาร่วม

มากกว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆ และในกรณีนี้ญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบมากที่สุดเพราะผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลน้อยกว่าเมื่อเทียบกับญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ

2.3 จากสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยญาติผู้ดูแลที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหา มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย เพราะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย บางส่วนต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา หรือจากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆได้ดี การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะการเจ็บป่วยจะทำให้ญาติมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะสามารถเข้าใจในเหตุการณ์และข้อมูลต่างๆได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการเผชิญปัญหา ทำให้สามารถปรับกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า รวมทั้งบุคคลที่มีการศึกษาในระดับสูงสามารถประยุกต์ความรู้สำหรับการดูแลที่มีอยู่มาใช้ได้ง่ายกว่า สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้มา มีการตัดสินใจที่ดีสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสเข้าถึงแหล่งความรู้ต่างๆ ได้มากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า โดยเฉพาะเมื่อพาผู้ป่วยมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีจะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการแจกเอกสารแผ่นพับ และการจัดบอร์ดความรู้ ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะสามารถรับสื่อทางเอกสารได้ดีกว่า และมีโอกาสเรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งสิ่งต่างๆจากแหล่งอื่นๆได้มากกว่า และญาติมีระดับการศึกษาสูงอยู่แล้วย่อมมีมุมมองและแนวคิดในเรื่องต่างๆกว้างขวาง และความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ ดีรมรัมย์ (2546 : บทคัดย่อ) ที่พบว่ากลุ่มของญาติผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดในครอบครัวที่มีระดับ

การศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดในครอบครัว ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

2.4 จากสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ญาติผู้ดูแลที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้ปัจจัยด้านการเงินหรือทรัพย์สิ่งของใดๆมากเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคทางกายบางชนิด รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองก็ยังช่วยเหลือตัวเองได้และสามารถปฏิบัติภาระกิจของตนเองได้ตามปกติ การดูแลจะเน้นในส่วนของการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น อีกทั้งเมื่อพิจารณาถึงค่าบริการทางการแพทย์ที่ใช้ในการบำบัดรักษา ปัจจุบันรัฐบาลมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาสามารถใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทได้และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่จังหวัดราชบุรีเอง จึงเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มากนัก ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเดินทางโดยรถโดยสารประจำทางได้ โดยไม่ต้องจ้างรถมาเพราะไม่ได้มีอาการหนักเหมือนผู้ป่วยประเภทอื่นๆ แม้แต่การดูแลรักษาที่บ้านก็ไม่ต้องใช้ทรัพยากรมากเหมือนเพราะการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์เน้นการส่งเสริม สนับสนุน การควบคุมป้องกันไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นที่ปรึกษาร่วมแก้ไขปัญหา ซึ่งการดูแลในลักษณะนี้ญาติไม่ต้องใช้เงินในการซื้อหรือจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ใดๆเป็นพิเศษ ไม่ต้องขาดงานเพื่อคอยดูแล ญาติและผู้ป่วยเองสามารถทำงานหารายได้ตามปกติ ในทางตรงกันข้ามการที่ญาติคอยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไปดื่มแอลกอฮอล์ ก็ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ผู้ป่วยจะนำไปซื้อแอลกอฮอล์ได้ด้วย และจากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวคือรายได้เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 52.5 คือมีฐานะในระดับปานกลางพอกินพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของลำเนา นิลบรรพ์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2546 : 1) ที่ศึกษาพบว่าญาติที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอกินพอใช้ถึงร้อยละ 73.34 และด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ผลการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดชนิดหนึ่งเช่นกัน จึงพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต่างกัน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวคือรายได้เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์มากกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่น ($\bar{X}$ = 3.7517) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าฐานะทางการเงินของครอบครัวที่จะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือระดับพอกินพอใช้

2.5 จากสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือบุตร ร้อยละ 18.6 จะเห็นว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มคนที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก ดังนั้นจึงมีปัจจัยในเรื่องของความรัก ความผูกพันทางอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลจึงอยู่ในระดับมาก โดยญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ($\bar{X}$ = 3.7359) รองลงมาคือญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรส ($\bar{X}$ = 3.7327) สอดคล้องกับการศึกษาของปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าบุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ซึ่งทั้งคู่สมรสและบุตรนั้นบางส่วนปฏิบัติบทบาทผู้ดูแลร่วมกัน ดังจะเห็นจากจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 1 – 2 คนมีมากที่สุด ร้อยละ 52 ดังนั้นญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มจึงมีแนวทางปฏิบัติคล้ายคลึงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน ส่วนญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดาซึ่งมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลน้อยกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ($\bar{X}$ = 3.5913) นั้นสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากบิดาเป็นเพศชายทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยทำได้น้อยกว่าเพราะโดยส่วนใหญ่หน้าที่การดูแลบุคคลเจ็บป่วยในครอบครัวจะเป็นของเพศหญิง และตัวผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเพศชายเหมือนกัน ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลที่ต้องเน้นการให้กำลังใจ การส่งเสริมสนับสนุน การคอยสอบถามความเป็นอยู่ หรือดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆรวมทั้งช่วยแก้ไขความไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดาซึ่งเป็นเพศชายจึงทำได้น้อย อีกเหตุผลหนึ่งคือบิดาเองส่วนใหญ่เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือบางคนยังคงดื่มอยู่ ดังนั้นจึงเห็นว่าพฤติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กรรมการดื่มแอลกอฮอล์นี้ไม่ใช่เรื่องเสียหายรุนแรง บิดาบางคนยินยอมให้บุตรดื่มแอลกอฮอล์ได้ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลจึงน้อยกว่ากลุ่มอื่น

2.6 จากสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเพียง 3 – 4 คน และถึงแม้จะเป็นครอบครัวขยายสมาชิกส่วนหนึ่งก็จะไปทำงานต่างถิ่น บางคนย้ายชื่อออกจากทะเบียนบ้านไปแล้ว ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลจึงมีเพียง 1 – 2 คนมากที่สุด ร้อยละ 52 รองลงมาคือไม่มีผู้ช่วยเลย ร้อยละ 36.3 ส่วนที่มีผู้ช่วย 3 คนขึ้นไปมีเพียง ร้อยละ 11.8 สอดคล้องกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2546 : 1) ที่ศึกษาพบว่า ญาติที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และลูก และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 4 คน และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือคู่สมรส ส่วนที่มีผู้ช่วยในการดูแลจำนวน 1 – 2 คนนั้นก็คือบุตรของผู้ป่วย ซึ่งในกรณีนี้ผู้ที่ดูแลที่แท้จริงก็คือตัวของภรรยานั่นเอง ส่วนบุตรที่เป็นผู้ช่วยเหลือนั้น ก็มักจะต้องปฏิบัติตามที่มารดาบอก ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีภรรยาดูแลเพียงคนเดียว หรือมีบุตรซึ่งร่วมมือกับภรรยาในการดูแล แต่พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ก็มาจากภรรยามากที่สุด ดังนั้นการที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนสมาชิกที่ช่วยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่น ($\bar{X}$ = 3.7664) ส่วนญาติผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเลยมีพฤติกรรมการดูแลน้อยกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่น ($\bar{X}$ = 3.6834) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าคุณลักษณะของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 4 – 6 คน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ 1 – 3 คน อธิบายได้ว่าถึงแม้ว่าพฤติกรรมการดูแลโดยรวมจะไม่แตกต่างกัน แต่ญาติผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยจำนวนมากก็สามารถช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆ และช่วยเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดี และจากการเก็บข้อมูลพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จะเป็นลักษณะของครอบครัวขยายและตัวผู้ป่วยเองส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตรช่วยกันดูแลหลายคน บุตรคนที่ดูแลไม่ต้องรับภาระมากเพราะมีญาติพี่น้องคอยช่วยหลายคน ต่างจากญาติผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเลย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นภรรยาและอยู่กันแบบครอบครัวเดี่ยว มีบุตรซึ่งยังเล็กไม่สามารถแบ่งเบาภาระต่างๆได้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลจึงออกมาน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

3. การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์พบว่าความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล ได้ร้อยละ 33.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

โดยความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ถูกเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 26.4 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001(r = .513) แสดงว่าเมื่อญาติผู้ดูแลมีความตระหนักในบทบาทการเป็นผู้ดูแลของตนเองมาก ก็จะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลได้อย่างเหมาะสมมาก สามารถอธิบายได้ว่า การที่ความตระหนักมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลของกระบวนการทางปัญญา กล่าวคือเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้สถานการณ์ใดๆแล้ว ก็จะนำไปสู่การเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ เมื่อบุคคลเกิดความรู้ก็จะนำไปสู่ความตระหนัก ทั้งความรู้และความตระหนักก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลจึงมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติ ซึ่งระดับของความตระหนักที่มากขึ้น จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536 : 350) ที่กล่าวไว้ว่าความตระหนัก (Awareness) เป็นเอกลักษณ์ของจิตพิสัย เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกซึ่งรวมทั้งการรับความรู้สึกและความคิด เมื่อบุคคลเกิดความตระหนัก ก็จะนำมาสู่ความคิด ซึ่งก็จะมีผลต่อการควบคุมตนเองเพื่อที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์และฟาริดา อิบราฮิม (2546 : 46) กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมหรือปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ต่อผู้ที่ต้องรับการดูแลนั้น ต้องอาศัยความตระหนักในบทบาทและการรู้จักตนเองในฐานะผู้ทำบทบาทนั้น ในการรับบทบาทเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้อื่น ถ้ามีความตระหนักในบทบาทของตนเองก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สร้างสรรค์ต่อผู้รับการดูแล จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์มากที่สุด จึงทำให้ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้มากที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคม ถูกเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.7 โดยความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 31.1 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001(r = .369) แสดงว่า เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์สูงขึ้นด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลซึ่งต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งมีภาระงานของตนเองด้วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเองต้องการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทรา (2539 : 80) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ ถูกเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.4 โดยความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 32.5 แสดงว่า ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้ เพราะความรู้ความเข้าใจจะนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัจจรัตน์ ศรีสว่าง (2546 : 15) ที่พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เข้าร่วมโปแกรมครอบครัวศึกษา มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยยาเสพติด จะเกิดแนวโน้มและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นันธณา อินทรพรหม และเยาวเรศ

นาคะโยธินสกุล (2546 : 22) ที่ศึกษาพบว่า ความรู้ของญาติเรื่องยาเสพติดและความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลของญาติต่อผู้ป่วยติดยาเสพติด

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 4 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.4 โดย ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 33.9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .401) แสดงว่าเมื่อญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดี ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ดีตามไปด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก็จะส่งผลถึงปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อกัน โดยเฉพาะบุคคลที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลเมื่อมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยที่ตนเองต้องดูแล ย่อมทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและเต็มใจในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนันธณา อินทรพรหม และเยาวเรศ นาคะโยธินสกุล(2546 : 22) ที่พบว่า ทัศนคติที่ดีของญาติต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ บุญวดี เพชรรัตน์ (2547:141) ได้ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ และ อุทัยวรรณ ศรีสำราญและคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ที่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและการทำหน้าที่ดีมากกว่าครอบครัวที่สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดยสรุปจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา และความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลของการวิจัย และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลของการวิจัย

1. จากผลของการวิจัยพบว่า ญาติที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีคือญาติเพศหญิง และมีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ควรวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ในการระบุญาติผู้ดูแลที่มีแนวโน้มจะปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และถ้าเป็นไปได้ควรนำคุณสมบัติส่วนบุคคลของญาติ เช่น เพศ และ ระดับการศึกษามาร่วมพิจารณาด้วย

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแลได้ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้กับญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัด การจัดกลุ่มให้ความรู้ การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ญาติ หรือการพัฒนาโปรแกรมครอบครัวบำบัดสำหรับญาติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรมคือ การสร้างความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. จากผลของการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และรองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ แต่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมได้เป็นลำดับที่ 2 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆให้กับญาติผู้ดูแลให้มากขึ้น ทั้งในด้านของการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ โดยอาจให้ในลักษณะของการให้การปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม ส่วนในเรื่องวัสดุสิ่งของและการอำนวยความสะดวกนั้นก็ควรจัดหาสื่อ ความรู้ คำอธิบายต่างๆให้กับญาติอย่างเพียงพอ และควรมีสายด่วนสำหรับการให้คำปรึกษากับญาติ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง และควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เช่น ในสถานีอนามัย ให้มีศักยภาพที่

สามารถจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้ เพราะผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก และควรจัดกิจกรรมกลุ่มให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเรื่องปัญหาความเครียดต่างๆจากการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล จะเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแลได้อีกทางหนึ่งด้วย

4. เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ควรมีการเยี่ยมบ้าน และติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีการสร้างความเข้าใจให้กับสมาชิกอื่นๆในครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลักให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในทางที่เหมาะสม และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลหลักด้วย ถ้าเป็นไปได้ควรมีการเตรียมชุมชน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน เพราะถ้ากลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีให้กับญาติผู้ดูแล และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ศึกษาข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีเท่านั้น โดยศึกษาตัวแปรต่างๆที่ศึกษาพบว่าน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติ จากการให้ข้อมูลของญาติผู้ดูแลเพียงฝ่ายเดียว แต่พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆมากมายทั้งปัจจัยภายในตนและภายนอกตน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้คือ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ควรทำการวิจัยต่อไป โดยการจัดโปรแกรมสำหรับญาติผู้ดูแล ซึ่งมีเนื้อหาตามตัวแปรที่ถูกนำเข้าสมการ คือ ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ และ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แล้วประเมินผลว่า ญาติผู้ดูแลที่ได้รับความรู้และได้สิ่งต่างๆเหล่านี้เพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการดูแลได้เหมาะสมมากกว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ไม่ได้รับหรือไม่

2. การเก็บข้อมูลตัวแปรเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลมาจากความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นในมุมมองของผู้ป่วยอาจจะมีความแตกต่าง เช่นผลของการวิจัยครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเก็บข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้ป่วยอาจได้ข้อมูลไม่เหมือนกัน ดังนั้น ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติ ที่มีการศึกษาทั้งจากญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยควบคู่กันไป แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดูความสัมพันธ์กัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้นในระดับเขต หรือระดับภาค เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้อ้างอิงได้ชัดเจนขึ้น และสามารถวางแผนการช่วยเหลือ หรือการพัฒนากิจกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในภาพรวมได้

4. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของ ระดับพฤติกรรมการดูแลของญาติกับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลว่า ญาติผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลต่างกันจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ต่างกันหรือไม่ ญาติผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลในระดับมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ดีกว่า ญาติผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลในระดับที่น้อยกว่า หรือไม่ อย่างไร

5. ควรมีการศึกษาถึงตัวแปรอื่นๆที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของญาติได้ทั้งในส่วนของตัวผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ความก้าวร้าวรุนแรงเมื่อผู้ป่วยมีอาการเมา ในส่วนของญาติผู้ดูแล เช่น แรงจูงใจหรือความคาดหวังผลของการปฏิบัติประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์หรือประสบการณ์การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของตัวผู้ดูแลเอง และในส่วนของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เช่น การที่มีสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆดื่มหรือติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของญาติและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยด้วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

6. ข้อสังเกตุที่พบจากการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่จะทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ต่อไปคือ

6.1 ผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าร้อยละ 95 ส่วนญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5

6.2 ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานหรือวัยสูงอายุ และมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา (ร้อยละ 44.6) และรองลงมาคือบุตร ส่วนผู้ติดสารเสพติดประเภทอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและผู้ดูแลคือบิดามารดา

6.3 แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายเป็นค่านิยมที่สังคมไทยยอมรับ ญาติผู้ดูแลจึงยอมรับผู้ป่วยได้ ญาติมีความเครียดและความขัดแย้งกับผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รับผิดชอบการงานได้ และยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว

6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์โดยเฉพาะมีน้อยมากส่วนใหญ่ที่มีอยู่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มญาติของผู้ติดสารเสพติดอื่น เช่น ยาบ้า หรือศึกษาที่ตัวของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. จิตวิทยาคลินิก จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เมดิคัลมีเดีย จำกัด, 2545.

กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์. “การศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา.” ใน ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 12, 15. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

กรมสุขภาพจิต. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. เรื่องน่ารู้ของสุรา. ม.ป.ท., ม.ป.ป.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 3. ม.ป.ท., 2547.

__________. ก คู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติด. กรุงเทพฯ : บริษัทวงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด, 2546.

__________. ข รายงานการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. ม.ป.ท., 2546 .

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. กิจกรรมกลุ่มสำหรับครอบครัวที่มีเด็กเสพหรือติดยาเสพติด. ม.ป.ท., 2546.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. ก คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา แอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.

__________. ข คู่มือแนวทางการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาจากแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : บริษัทวงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด, 2547.

__________. ค คู่มือกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.

__________. คู่มือผู้ปฏิบัติงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเรื่องแนวคิดในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2546.

กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัทรวมสาส์น (1997) จำกัด, 2544.

คณะทำงานโครงการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพตามร่างพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. ความรู้ประกอบคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติในการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. จัดทำและเผยแพร่โดย สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก. ม.ป.ท., 2545.

คณะทำงานพัฒนาหลักสูตร และคู่มือ จิต - สังคมบำบัด. ก คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิต - สังคมบำบัด (Matrix Program) : คู่มือกลุ่มครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต, 2547.

__________. ข คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบจิต-สังคมบำบัด (Matrix Program) : คู่มือผู้ปฏิบัติงาน Therapist Manual. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต, 2547.

คหวี ศรีสิทธิรักษ์. ”ความรู้และความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลลำปาง.” การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จินตนา ทิพทัส. “บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดพิษณุโลก.“ การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

จินตนา แววสวัสดิ์. “พฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ. จิตวิทยาทั่วไป. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

จุฑาพร อินทสิทธิ์. “สัมพันธภาพในครอบครัวและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน.“ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

จุฑามาศ โกมารภัจกุล. “ความตระหนักของผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่เกี่ยวกับสารพิษในอาหาร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

จุรีย์ อุสาหะ และเศรณีย์ จุฬาเสรีกุล. "สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย." วารสารวิชาการสาธารณสุข 14 (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2548) : 1 – 7.

จุฬาลักษณ์ ศรีคงอยู่. "พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนในศูนย์เยาวชนตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์. "การพยาบาลผู้เสพติดสุรา." ใน ตำราการพยาบาลยาเสพติด, 216 – 227. สมจิตต์ วงษ์ปา และคณะ, บรรณาธิการ. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2544.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2541.

เฉลิม วงษ์จันทรา. "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ชูชาติ ดีรมรัมย์. "พฤติกรรมเอื้ออาทรของญาติผู้ดูแลในครอบครัว ความต้องการความเอื้ออาทรและการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรของวัยรุ่นติดสารเสพติด." วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2546.

ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. "ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบภวนิยม." ใน ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 1 – 8 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 349-385. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.

ณรงค์ เส็งประชา. มนุษย์กับสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮ้าส์ จำกัด, 2541.

ณัฐิยา พรหมบุตร. "สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (บทคัดย่อ)." ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 2, 35 กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

ดรุณี ร่องพืช. "ความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการบาร์เบียร์เชียงใหม่." วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ต่าย เซี่ยงฉี. ทฤษฎีการทดสอบและการวัดผลการศึกษา. เชียงใหม่ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2526.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนียเวทย์. ยิ้มสู้เรียนรู้ยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน, 2540.

ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

__________. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด. กรุงเทพฯ : สหมิตรพริ้นติ้ง, 2548.

ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.

ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. จุดหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร : แนวความคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นต์เฮ้าส์, 2527.

นันทพร ศรีนิ่ม. "ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์
นันธณา อินทรพรหม และเยาวเรศ นาคะโยธินสกุล. "การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยติดสารเสพติดมีอาการทางจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์." วารสารสถาบันธัญญารักษ์ 1 (กันยายน – ธันวาคม 2546) :16 – 24.

นาตยา ใจมหา. "ความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเชียงใหม่." วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

นิภา นีสกุล. "ครอบครัวกับการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด." ใน ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 414 – 427. วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

นิศากร แก้วพิลา. "ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง." การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

นิศานาถ โชคเกิด. “ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน.” การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

บุญวดี เพชรรัตน์. “ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.“ <u>วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย</u> 12 (กันยายน 2547) : 141.

ปณินันท์ สกุลทอง. “สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง : ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ประไพ ทยายุทธ. “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

ปราณี ภานุมาศ. “การปรึกษาครอบครัวผู้ติดยาเสพติด.“ <u>วารสารสถาบันธัญญารักษ์</u> 2 (กันยายน – ธันวาคม 2547) : 36 – 43.

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล, แปลและเรียบเรียง. <u>DSM - IV ฉบับภาษาไทย</u>. กรุงเทพฯ : หจก. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.

ปริทรรศ ศิลปกิจ, พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. <u>ความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา</u>. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง, 2542.

ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์. “การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.

ปัจรัตน์ ศรีสว่าง. “ประสิทธิผลโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546.

ปาริชาติ แว่นไวศาสตร์. “สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล.” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล-จิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ. "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน." ใน ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 8, 45. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. จิตวิทยาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

พรศิริ วิมลสาระวงศ์. "ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี บทบาทเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ สภาพแวดล้อมในคลินิก กับสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับพยาบาลประจำการ." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2543.

พิชัย แสงชาญชัย. "สุราและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง." ใน ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 213 – 233. วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์
เพ็ชรรัตน์ ตั้งตระกูลพงศ์. "ปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพภรรยาขณะตั้งครรภ์ ในเขตจังหวัดประจวบคีรีขันธ์." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

เพ็ญนภา ไชยเสนา. "พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.

ไพบูลย์ วงศ์ใหญ่ และสุกัญญา กิจเครือ. "การศึกษาความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนิติจิตเวช." ใน การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 2, 51. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.

ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.

มหาวิทยาลัยศิลปากร. บัณฑิตวิทยาลัย. คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์. ม.ป.ท., 2543.

มัลลิกา สิงหสุริยะ. “ การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

มาลิน แตงตาด. “ทัศนะต่อบทบาทของสถาบันครอบครัวในการแก้ไขผู้ถูกคุมความประพฤติ : ศึกษากรณีสำนักงานคุมประพฤติในเขตกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.

ยุทธพงษ์ กัยวรรณ์. พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543.

รวิวรรณ ศรีสุชาติ. “แนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแลหลังการบำบัดยาเสพติด.” วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11 (พฤษภาคม 2546) : 97 – 101.

รัชจณา สิงห์ทอง. “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2545.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

รัชนีกร อุปเสน. ”การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.

รุจิรา จงสกุล และคณะ. “การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.” ใน การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 2, 36. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.

รุจิรา แย้มงาม. “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

ฤตินันท์ นันทธีโร. “บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. การวัดด้านจิตพิสัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น จำกัด, 2543.

ลักขณา สริวัฒน์. จิตวิทยาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2539.

ลัคนา อุยสะอาด. "ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

ลัดดา ขอบทอง และระเบียบ โตแก้ว. "บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)." วารสารสถาบันธัญญารักษ์ 1 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2546) : 12 - 21.

ลิขิต กาญจนาภรณ์. "ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์." ใน ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 1 – 8 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 289 - 348. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.

__________. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2547.

วนิดา ทองปล้อง. "ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

วนิดา ยืนยง. "ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. จิตวิทยาการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2545.

วัชระบูล วิเชียรศรี. "ความตระหนักและ พฤติกรรมการใช้สารระเหยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น." วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

วัชราภรณ์ อุทโยภาศ. "สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา (บทคัดย่อ)." วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 15 (มกราคม - มิถุนายน 2544) : 67 - 77.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วันเพ็ญ ยืนยงเสน. “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

วาสนา ปานดอก. “กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

วิมล ลักขณาภิชนชัช. “การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด.“ ใน ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 447 – 475. วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

วิราช เกษอุดมทรัพย์. “การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การปรับตัว และภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

วิสาข์ เกษประทุม. ความน่าจะเป็นและสถิติเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์ พ.ศ.พัฒนา จำกัด, 2546.

ศรีทับทิม รัตนโกศล. ”สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว.” ใน รวมบทความวิทยุเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการครอบครัวและเด็กและอื่นๆ, 24 –25. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2536.

ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม. “ การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด.“ ใน การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 303 – 316. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก, 2539.

ศิริมา มณีโรจน์. “ประสบการณ์ของผู้ดูแล : ความหมายของการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.” ปริญญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.

สนธยา พลศรี. หลักสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2545.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สมจิต หนุเจริญกุล, บรรณาธิการ. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

__________. การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

สมจิตต์ วงษ์ปา และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลยาเสพติด. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.

สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

สมาคมแนะแนวแห่งประเทศไทย และ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะศึกษาศาสตร์. ยุทธศาสตร์การให้คำปรึกษาครอบครัวแนวบูรณาการ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2545.

สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. “ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง.” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สำเนา นิลบรรพ์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย. “ การพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันยาเสพติด ธัญญารักษ์.“ วารสารสถาบันธัญญารักษ์ 1, 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2546) : 1 – 11.

สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532.

สุธีร์ อันต๊ะประเสริฐ. “ลักษณะผู้ติดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.” พยาบาลสาร 15, 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2531) : 40 – 51.

สุธีรา เผ่าโภคสถิตย์ และพิชญ์สิริ โค้วตระกูล. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : บริษัทจูนพับลิชชิ่ง จำกัด, 2543.

สุภาภรณ์ กรุดทอง. “ปัจจัยที่ทำนายการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ยามรักษาการณ์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

สุมัทณา แก้วมา. “การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีดื่มสุรา : การศึกษาในครอบครัวทหาร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. “ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.“ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สุวิชาน มนแพวงศานนท์. <u>วิเคราะห์สถิติด้วย SPSS for Windows</u>. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น, 2546.

สุวิมล ติรกานันท์. <u>การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ</u>. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

หลุย จำปาเทศ. <u>จิตวิทยาสัมพันธ์</u>. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อภิชัย มงคล และคณะ. <u>การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล)</u>. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. <u>การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช</u>. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

อัญมณี สมตัว. “การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ กับการอบรมสั่งสอนลูกเรื่องทางเพศและการคบเพื่อนต่างเพศ.” สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร - มหาบัณฑิต สาขาจัดการโครงการสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2544.

อัมพร โอตระกูล. <u>สุขภาพจิต</u>. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์, 2538.

อินทิรา ปัทมินทร และธัญลักษณ์ แก้วเมือง, เรียบเรียง. ก <u>วันฟ้าใส ดื่มอย่างไร ไม่ให้เกิดอันตราย</u>. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

_________. ข <u>องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์</u>. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อุทัยวรรณ ศรีสำราญ และคณะ. “พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) สถาบันธัญญารักษ์.” ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 3, 41. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

อุบลรัตน์ บุญทา. “ปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา โซนพัฒนาสาธารณสุข 4 จังหวัดอุบลราชธานี.“ วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง จำกัด, 2544.

ภาษาต่างประเทศ

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM - IV. 4th ed. n.p. : American Psychiatric Association, 1994.

Beyer, Susan. “The Client with a Substance – Related Disorder.” In Psychiatric Nursing Biological & Behavioral Concepts, 533 - 582. Texas : Veterans Administration North Texus Health Care System, 2003.

Crum, Rosa M. ” Sleep Disturbance and Risk for Alcohol-Related Problems.” The American Journal of Psychiatry 161 (July 2004) : 1197 - 1210.

Elkins, Irene et al. “ The Effect of Parental Alcohol and Drug Disorders on Adolescent Personality.“ The American Journal of Psychiatry 161 (April 2004) : 670-676.

Frisch, Noreen Cavan, and Lawence E. Frisch. Psychiatric Mental Health Nursing. Second Edition. USA : Delmar, a division of Thomson Learning, Inc., 2002.

Heather, Nick, and Tim Stockwell, editors. The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems. England : John Wiley & Sons Ltd., 2004.

Matrix Institude. Therapist Manual of The Matrix Intensive Outpatient Program:A 16 – week Program for the Treatment of Stimulant Abuse and Dependence Disorders. Los Angeles : n.p., 2000.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Matrix Institute. Family Education Guidelines and Handouts of The Matrix Model of Outpatient Chemical Dependency Treatment. Los Angeles: n.p., 1999.

Maville, Janice A., and Carolina G. Huerta. Health Promotion in Nursing. USA : Delmar, a division of Thomson Learning, Inc., 2002.

Sadock ,Benjamin J., and Virginia A. Sadock. KAPLAN & SADOCK 'S Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences,Clinical Psychiatry . ninth edition. Philadelphia, USA : LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2003.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

คำอธิบาย

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี ” ของนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผู้ป่วย ในแบบสอบถามฉบับนี้ หมายถึง “ญาติของท่าน” ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และท่านเป็นผู้ให้การดูแลอยู่ในปัจจุบัน

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถือเป็นความลับ ท่านไม่ต้องเขียนชื่อ นามสกุล และที่อยู่ลงในแบบสอบถาม ดังนั้นจึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมของคำตอบที่ได้มาทั้งหมด จึงไม่มีผลต่อตัวท่านและผู้ป่วยที่มารับบริการ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่าน จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการสำหรับการศึกษาเท่านั้น

ก่อนตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านอ่านคำอธิบายที่กำกับไว้ ถ้าท่านไม่เข้าใจสามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ผู้มอบแบบสอบถามให้กับท่าน

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจและครบถ้วนทุกข้อ

นางสลิษา หลิมศิโรรัตน์

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

แบบสอบถาม
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์
ของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

คำอธิบาย โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศของผู้ตอบแบบสอบถามคือ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ....ปี
3. ท่านจบการศึกษาระดับใด
   - ☐ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
   - ☐ มัธยมศึกษา (ม.1 – ม.6)
   - ☐ ปวช. / ปวส.
   - ☐ ปริญญาตรีขึ้นไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. รายได้รวมทั้งครอบครัวของท่านเมื่อเทียบกับรายจ่าย เป็นอย่างไร
   - ☐ รายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย
   - ☐ รายได้เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ
   - ☐ รายได้เพียงพอใช้จ่าย และมีเหลือเก็บ
5. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดย เป็น
   - ☐ พ่อ
   - ☐ แม่
   - ☐ ลูก
   - ☐ คู่สมรส
   - ☐ ญาติคนอื่นๆ โปรดระบุ................
6. นอกจากตัวท่านแล้ว มีบุคคลอื่นๆในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย จำนวนกี่คน
   - ☐ ไม่มี
   - ☐ 1 – 2 คน
   - ☐ 3 คนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง สำหรับข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. คนที่ติดสุราจะต้องดื่มสุราเป็นประจำ และไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้		
2. คนที่ติดสุราเมื่อไม่มีสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถหาเครื่องดื่มอื่นมาดื่มทนแทนได้		
3. คนที่ติดสุราจะไม่สามารถหยุดดื่มได้ แม้ว่าเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ		
4. คนที่ติดสุราจะเลิกดื่มได้ ถ้ามีคนในครอบครัวขอร้องให้เลิก		
5. คนที่ติดสุราถ้าหยุดดื่มกระทันหัน จะมีอาการลงแดง อาจชักหรือเสียชีวิตได้		
6. ความกดดัน ความเครียด หรือความขัดแย้งในครอบครัว เป็นสาเหตุทำให้คนติดสุรา		
7. การที่มีคนติดสุราในบ้าน ทำให้คนอื่นๆ โดยเฉพาะเด็กเลียนแบบการดื่มได้		
8. การที่คนติดสุรา เพราะดื่มแล้วรู้สึกมีความสุข ลืมเรื่องโศกเศร้าต่างๆได้		
9. การที่คนติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มได้ เพราะเกิดภาวะสมองติดยา		
10. คนที่ติดสุราจะยังมีความคิดและความจำเหมือนเดิม เพราะสุราไม่มีผลต่อสมอง		
11. ผู้ที่ขับรถขณะเมาสุรา ระบบประสาทจะทำงานไม่ปกติ จึงมักเกิดอุบัติเหตุ		
12. ในครอบครัวที่มีคนติดสุรา มักจะมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นอยู่เสมอ		
13. การดื่มสุราเป็นประจำจะช่วยกระตุ้นให้สมองตื่นตัว		
14. การติดสุราไม่มีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคล		
15. ผู้ติดสุราจะไม่สามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวร ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต		
16. คนติดสุราส่วนใหญ่สามารถเลิกดื่มได้ทันที โดยไม่รู้สึกผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจ		
17. ถ้ามีคนในครอบครัวกำลังเลิกดื่มสุรา คนอื่นๆในบ้านควรงดสุราในงานเลี้ยงฉลองต่างๆ		
18. คนที่ติดสุราเมื่อตั้งใจเลิกดื่มแล้ว ส่วนใหญ่จะไม่กลับไปดื่มหรือติดซ้ำอีก		
19. คนที่เลิกดื่มสุราแล้ว ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง เช่น อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่กำลังดื่มสุรา ไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ไปอยู่ในสถานบันเทิงที่มีสุรา		
20. การจะเลิกดื่มสุราได้นั้น ต้องเปลี่ยนความคิดที่ว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติของสังคมไทย		

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

คำอธิบาย ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ในแต่ละข้อความขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ความตระหนักในบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแล	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านเข้าใจอาการและปัญหาต่างๆในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นในบ้าน เพราะท่านเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย					
2. เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์หรือเกิดปัญหาจากการเลิกดื่มสุรา ท่านจะดูแลช่วยเหลือจนกว่าเขาจะหายทุกข์					
3. ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ที่กำลังจะเลิกดื่มสุราจำเป็นต้องมีคนในครอบครัวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด					
4. ถึงแม้ทุกคนในบ้านจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ท่านเองต้องเป็นหลักในการดูแล					
5. ถ้าท่านดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้					
6. ท่านในฐานะที่เป็นญาติ ต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราและกลับมาทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ดีเหมือนเดิม					
7. การเลิกดื่มสุราขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง ท่านไม่มีส่วนช่วยเหลือ					
8. ผู้ที่ติดสุราคือคนที่เจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาให้หาย					
9. คนที่ติดสุรา อาจคิดหรือทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสมจึงต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ					
10. ท่านรู้สึกสบายใจ ที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านคิดว่าภาระหน้าที่เรื่องการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ					
12. บางครั้งท่านต้องงดภาระกิจส่วนตัวไป ในช่วงที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วย					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

<u>คำอธิบาย</u> ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการกระทำของท่าน ข้อความเหล่านี้จะแสดงถึง **สิ่งที่ท่านและผู้ป่วยปฏิบัติต่อกันในชีวิตประจำวัน ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา** ในแต่ละข้อความขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำของท่านมากที่สุด
มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำของท่านมาก
ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำของท่านปานกลาง
น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำของท่านน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำของท่านน้อยที่สุด

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์	**ระดับการกระทำ**				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านและผู้ป่วย มักพูดหรือแสดงออกว่ามีความรักความห่วงใย ซึ่งกันและกัน					
2. ท่านและผู้ป่วย ให้กำลังใจและปลอบใจกันเมื่อมีปัญหา					
3. ท่านและผู้ป่วยใส่ใจชีวิตความเป็นอยู่ของกันและกัน โดยจะไต่ถามทุกข์สุขกันอยู่เสมอ					
4. ท่านและผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้าไปด้วย ถ้าคนใดคนหนึ่งมีเรื่องทุกข์ใจ					
5. ผู้ป่วยมักทำให้ท่านน้อยใจ					
6. ท่านและผู้ป่วย รู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ร่วมกันในบ้าน					
7. ท่านและผู้ป่วย ไปเที่ยวด้วยกันในวันหยุด					
8. ท่านและผู้ป่วย รับประทานอาหารเย็นด้วยกันที่บ้าน					
9. ท่านและผู้ป่วย ไปทำบุญตักบาตรร่วมกันในวันสำคัญต่างๆ					
10. ท่านและผู้ป่วย พูดคุยกันเสมอเมื่อมีเวลาว่าง					
11. ท่านและผู้ป่วย ดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุร่วมกันที่บ้าน					
12. ท่านและผู้ป่วย ไปทำกิจกรรมนอกบ้านด้วยกัน เช่น ไปซื้อของ ไปงานเลี้ยง ไปรับประทานอาหาร					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์	ระดับการกระทำ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ท่านและผู้ป่วย ให้ความเคารพซึ่งกันและกันตามอาวุโส					
14. ท่านและผู้ป่วยต่างมีอิสระในการตัดสินใจทำสิ่งต่างๆ					
15. เมื่อท่านกับผู้ป่วยพูดคุยกัน ต่างคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่					
16. ท่านและผู้ป่วยให้เกียรติซึ่งกันและกันเสมอ					
17. ท่านและผู้ป่วยสามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง					
18. ท่านและผู้ป่วยพร้อมที่จะให้อภัยแก่กันเมื่ออีกฝ่ายทำผิดพลาด					
19. ท่านและผู้ป่วยแบ่งปันของใช้กันเสมอ					
20. เมื่อมีความขัดแย้งท่านกับผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการประนีประนอม					
21. ท่านและผู้ป่วยเข้ากันได้ดีกว่าสมาชิกคนอื่นๆในบ้าน					
22. ท่านและผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านแทนกัน โดยที่อีกฝ่ายไม่ต้องร้องขอ					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

<u>คำอธิบาย</u> ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน ในแต่ละข้อความขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน ตามข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ	ระดับของการสนับสนุนที่ได้รับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ญาติพี่น้องพูดให้กำลังใจท่านที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย					
2. ญาติพี่น้องสอบถามทุกข์สุขของท่านที่ต้องดูแลผู้ป่วย					
3. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานแสดงความชื่นชมที่ท่านรับภาระในการดูแลผู้ป่วย					
4. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ยินดีรับฟังท่านปรับทุกข์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย					
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กำลังใจท่านในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย					
6. ญาติพี่น้องให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แก่ท่าน					
7. เมื่อท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยญาติพี่น้องช่วยให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา					
8. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานแนะนำท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่ติดสุราด้วยวิธีการต่างๆ					
9. ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ที่ติดสุรา จากเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน					
10. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องเกี่ยวกับการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยท่านคิดไม่ออกว่าควรจะถามใครดี					
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แก่ท่าน					
12. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยท่านขอรับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เสมอ					
13. ญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือเรื่องเงินทองที่ท่านต้องใช้ในการดูแลและการพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล					
14. ญาติพี่น้องช่วยท่านจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย					
15. ญาติพี่น้องช่วยทำงานบ้านแทนเพื่อให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ	ระดับของการสนับสนุนที่ได้รับ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
16. การที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านขาดรายได้ และมีปัญหาเรื่องการเงิน โดยท่านไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้					
17. ถ้าท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานยินดีให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน					
18. ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อท่านพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

คำอธิบาย ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ในแต่ละข้อความขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง หรือประมาณ 75 % ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง หรือประมาณ 50 % ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆครั้ง หรือประมาณ 25 % ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	ระดับของการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านพูดชมทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มสุราได้สำเร็จ					
2. ท่านพูดหรือแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ท่านดีใจเมื่อเขาหยุดดื่มสุรา					
3. ท่านพูดหรือแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ท่านเข้าใจและรับรู้ถึงความพยายามและความยากลำบากในการหยุดดื่มสุรา					

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	ระดับของการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
4. ท่านบอกสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวให้รับทราบเพื่อร่วมกันแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้					
5. ท่านพูดหรือแสดงให้เห็นว่า ท่านเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่จะเลิกดื่มสุราได้					
6. ท่านเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา					
7. ท่านพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อรักษาเรื่องการติดสุราตามนัดทุกครั้ง					
8. ท่านมาพบแพทย์และรับยาแทน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้					
9. ท่านบอกความจริงเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่บ้านให้แพทย์หรือพยาบาลรับทราบ					
10. ท่านดูแลไม่ให้มีเหล้าหรือเบียร์อยู่ภายในบ้าน					
11. ท่านห้ามไม่ให้คนอื่นๆในครอบครัวดื่มเหล้าหรือเบียร์ในบ้าน					
12. ท่านเตือนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน					
13. ท่านห้ามไม่ให้ผู้ป่วยไปที่ร้านขายสุรา					
14. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ท่านยอมให้ผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนได้ เพื่อให้สบายใจ หายเครียด					
15. ท่านจะระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด โกรธ หรือหงุดหงิด					
16. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี เช่นโกรธ หงุดหงิด ท่านจะคอยดูแลและป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยหาทางออกด้วยการดื่มสุรา					
17. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วย ให้นึกถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องเลิกดื่มสุรา					
18. ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องไปอยู่ในสถานที่ ที่มีเหล้าหรือเบียร์ ท่านจะไปอยู่ด้วย เพื่อคอยดูแล					
19. ท่านอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าไปนั่งร่วมวงกับเพื่อนที่กำลังดื่มสุราได้ แต่บอกให้ผู้ป่วยดื่มอย่างอื่นแทน					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	ระดับของการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
20. ท่านช่วยแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร เช่น หาของที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทาน					
21. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางร่างกาย เช่น มือสั่น กระสับกระส่ายเพราะอยากดื่มสุรา ท่านจะอยู่เป็นเพื่อนและคอยดูแลอย่างใกล้ชิด					
22. ท่านและผู้ป่วยร่วมกันหาวิธีแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากการเลิกดื่มสุรา เช่นปัญหาเรื่องอารมณ์ไม่ดี ทำงานไม่ไหว					
23. ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดสุราอย่างรุนแรง ท่านอนุญาตให้ผู้ป่วยดื่มสุราเพื่อถอนได้เพียงเล็กน้อย					
24. ท่านช่วยออกไปทำภาระกิจนอกบ้านแทน ในช่วงที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราใหม่ๆ และยังไม่พร้อมที่จะออกไปเอง					
25. ท่านห้ามไม่ให้คนในบ้านนำปัญหาต่างๆมาเล่าให้ผู้ป่วยฟังในช่วงที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราใหม่ๆ					
26. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับที่แพทย์ให้มา ถ้าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือหงุดหงิดเพราะอยากดื่มสุรา					
27. เมื่อมีปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ท่านจะช่วยจัดการแก้ไขให้ก่อนถ้าทำได้					
28. ท่านยินดีรับฟังปัญหาและความยากลำบากในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างตั้งใจและครบถ้วนทุกข้อ

ภาคผนวก ข

การวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยเป็นรายข้อ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยเป็นรายข้อ
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลราชบุรีที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์ได้ถูกต้อง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
1. คนที่ติดสุราจะต้องดื่มสุราเป็นประจำ และไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้	160	72.4
2. คนที่ติดสุราเมื่อไม่มีสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถหาเครื่องดื่มอื่นมาดื่มทนแทนได้	102	52.9
3. คนที่ติดสุราจะไม่สามารถหยุดดื่มได้ แม้ว่าเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ	128	62.7
4. คนที่ติดสุราจะเลิกดื่มได้ ถ้ามีคนในครอบครัวขอร้องให้เลิก	109	53.4
5. คนที่ติดสุราถ้าหยุดดื่มกระทันหันจะมีอาการลงแดง อาจชักหรือเสียชีวิต	142	69.6
6. ความกดดัน ความเครียด หรือความขัดแย้งในครอบครัว เป็นสาเหตุทำให้คนติดสุรา	128	62.7
7. การที่มีคนติดสุราในบ้าน ทำให้คนอื่นๆ โดยเฉพาะเด็กเลียนแบบการดื่ม	122	59.2
8. การที่คนติดสุรา เพราะดื่มแล้วรู้สึกมีความสุข ลืมเรื่องโศกเศร้าต่างๆได้	119	58.3
9. การที่คนติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มได้ เพราะเกิดภาวะสมองติดยา	132	64.7
10. คนที่ติดสุราจะยังมีความคิดและความจำเหมือนเดิม เพราะสุราไม่มีผลต่อสมอง	132	67.6
11. ผู้ที่ขับรถขณะเมาสุรา ระบบประสาทจะทำงานไม่ปกติ จึงมักเกิดอุบัติเหตุ	185	90.7
12. ในครอบครัวที่มีคนติดสุรา มักจะมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นอยู่เสมอ	166	81.4
13. การดื่มสุราเป็นประจำจะช่วยกระตุ้นให้สมองตื่นตัว	134	65.7
14. การติดสุราไม่มีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคล	132	64.7
15. ผู้ติดสุราจะไม่สามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวร ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต	170	83.3

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะการติดแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
16. คนติดสุราส่วนใหญ่สามารถเลิกดื่มได้ทันที โดยไม่รู้สึกผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจ	111	54.4
17. ถ้ามีคนในครอบครัวกำลังเลิกดื่มสุรา คนอื่นๆในบ้านควรงดสุราในงานเลี้ยงฉลองต่างๆ	124	60.2
18. คนที่ติดสุราเมื่อตั้งใจเลิกดื่มแล้ว ส่วนใหญ่จะไม่กลับไปดื่มหรือติดซ้ำอีก	88	43.1
19. คนที่เลิกดื่มสุราแล้ว ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง เช่น อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่กำลังดื่มสุรา ไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ไปอยู่ในสถานบันเทิงที่มีสุรา	175	85.2
20. การจะเลิกดื่มสุราได้นั้น ต้องเปลี่ยนความคิดที่ว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติของสังคมไทย	140	68.6

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถาม ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1. ท่านเข้าใจอาการและปัญหาต่างๆในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นในบ้าน เพราะท่านเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย	3.98	.862	มาก
2. เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์หรือเกิดปัญหาจากการเลิกดื่มสุรา ท่านจะดูแลช่วยเหลือจนกว่าเขาจะหายทุกข์	3.69	.884	มาก
3. ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ที่กำลังจะเลิกดื่มสุราจำเป็นต้องมีคนในครอบครัวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด	4.12	.828	มาก
4. ถึงแม้ทุกคนในบ้านจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ท่านเองต้องเป็นหลักในการดูแล	3.95	.886	มาก
5. ถ้าท่านดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้	3.46	1.093	ปานกลาง
6. ท่านในฐานะที่เป็นญาติ ต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราและกลับมาทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ดีเหมือนเดิม	4.00	.918	มาก
7. การเลิกดื่มสุราขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง ท่านไม่มีส่วนช่วยเหลือ	2.42	1.203	น้อย

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ความตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
8. ผู้ที่ติดสุราคือคนที่เจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาให้หาย	4.37	.755	มาก
9. คนที่ติดสุรา อาจคิดหรือทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสมจึงต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ	4.09	.866	มาก
10. ท่านรู้สึกสบายใจ ที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย	3.95	.922	มาก
11. ท่านคิดว่าภาระหน้าที่เรื่องการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ	4.11	.761	มาก
12. บางครั้งท่านต้องงดภาระกิจส่วนตัวไป ในช่วงที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วย	3.72	.951	มาก

ตารางที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1. ท่านและผู้ป่วย มักพูดหรือแสดงออกว่ามีความรัก ความห่วงใย ซึ่งกันและกัน	3.54	1.028	มาก
2. ท่านและผู้ป่วย ให้กำลังใจและปลอบใจกันเมื่อมีปัญหา	3.75	.855	มาก
3. ท่านและผู้ป่วยใส่ใจชีวิตความเป็นอยู่ของกันและกัน โดยจะไต่ถามทุกข์สุขกันอยู่เสมอ	3.69	.971	มาก
4. ท่านและผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้าไปด้วย ถ้าคนใดคนหนึ่งมีเรื่องทุกข์ใจ	3.90	.865	มาก
5. ผู้ป่วยมักทำให้ท่านน้อยใจ	2.43	1.096	น้อย
6. ท่านและผู้ป่วย รู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ร่วมกันในบ้าน	3.92	.901	มาก
7. ท่านและผู้ป่วย ไปเที่ยวด้วยกันในวันหยุด	2.27	1.066	น้อย
8. ท่านและผู้ป่วย รับประทานอาหารเย็นด้วยกันที่บ้าน	3.36	1.156	ปานกลาง
9. ท่านและผู้ป่วย ไปทำบุญตักบาตรร่วมกันในวันสำคัญต่างๆ	2.40	1.147	น้อย
10. ท่านและผู้ป่วย พูดคุยกันเสมอเมื่อมีเวลาว่าง	3.42	1.035	ปานกลาง
11. ท่านและผู้ป่วย ดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุร่วมกันที่บ้าน	3.39	1.057	ปานกลาง

ตารางที่ 18 (ต่อ)

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
12. ท่านและผู้ป่วย ไปทำกิจกรรมนอกบ้านด้วยกัน เช่น ไปซื้อของ ไปงานเลี้ยง ไปรับประทานอาหาร	2.39	1.061	น้อย
13. ท่านและผู้ป่วย ให้ความเคารพซึ่งกันและกันตามอาวุโส	3.93	1.002	มาก
14. ท่านและผู้ป่วยต่างมีอิสระในการตัดสินใจทำสิ่งต่างๆ	3.79	.926	มาก
15. เมื่อท่านกับผู้ป่วยพูดคุยกัน ต่างคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่	3.82	1.032	มาก
16. ท่านและผู้ป่วยให้เกียรติซึ่งกันและกันเสมอ	3.98	.951	มาก
17. ท่านและผู้ป่วยสามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง	3.83	.885	มาก
18. ท่านและผู้ป่วยพร้อมที่จะให้อภัยแก่กันเมื่ออีกฝ่ายทำผิดพลาด	4.00	.952	มาก
19. ท่านและผู้ป่วยแบ่งปันของใช้กันเสมอ	3.61	.969	มาก
20. เมื่อมีความขัดแย้งท่านกับผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการประนีประนอม	3.92	.787	มาก
21. ท่านและผู้ป่วยเข้ากันได้ดีกว่าสมาชิกคนอื่นๆในบ้าน	3.69	.935	มาก
22. ท่านและผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านแทนกัน โดยที่อีกฝ่ายไม่ต้องร้องขอ	3.38	1.092	ปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถาม แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1. ญาติพี่น้องพูดให้กำลังใจท่านที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย	3.49	1.005	ปานกลาง
2. ญาติพี่น้องสอบถามทุกข์สุขของท่านที่ต้องดูแลผู้ป่วย	3.34	.997	ปานกลาง
3. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานแสดงความชื่นชมที่ท่านรับภาระในการดูแลผู้ป่วย	3.04	1.009	ปานกลาง

ตารางที่ 19 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
4. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ยินดีรับฟังท่านปรับทุกข์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	3.04	.984	ปานกลาง
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กำลังใจท่านในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	3.39	.943	ปานกลาง
6. ญาติพี่น้องให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แก่ท่าน	3.04	1.014	ปานกลาง
7. เมื่อท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยญาติพี่น้องช่วยให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา	3.31	1.054	ปานกลาง
8. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานแนะนำท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่ติดสุราด้วยวิธีการต่างๆ	2.80	1.017	ปานกลาง
9. ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ที่ติดสุรา จากเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน	2.72	1.090	ปานกลาง
10. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องเกี่ยวกับการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยท่านคิดไม่ออกว่าควรจะถามใครดี	2.84	.972	ปานกลาง
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์แก่ท่าน	3.42	.977	ปานกลาง
12. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยท่านขอรับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เสมอ	3.36	.879	ปานกลาง
13. ญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือเรื่องเงินทองที่ท่านต้องใช้ในการดูแลและการพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล	2.75	1.192	ปานกลาง
14. ญาติพี่น้องช่วยท่านจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย	2.49	1.253	น้อย
15. ญาติพี่น้องช่วยทำงานบ้านแทนเพื่อให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่	2.44	1.083	น้อย
16. การที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านขาดรายได้ และมีปัญหาเรื่องการเงิน โดยท่านไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้	2.87	1.093	ปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 19 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
17. ถ้าท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานยินดีให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน	2.37	1.091	น้อย
18. ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อท่านพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	3.72	.799	มาก

ตารางที่ 20 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อของข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1. ท่านพูดชมทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มสุราได้สำเร็จ	3.64	1.094	มาก
2. ท่านพูดหรือแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าท่านดีใจเมื่อเขาหยุดดื่มสุรา	4.00	1.029	มาก
3. ท่านพูดหรือแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ท่านเข้าใจและรับรู้ถึงความพยายามและความยากลำบากในการหยุดดื่มสุรา	3.76	.965	มาก
4. ท่านบอกสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวให้รับทราบเพื่อร่วมกันแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้	3.35	1.244	ปานกลาง
5. ท่านพูดหรือแสดงให้เห็นว่า ท่านเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่จะเลิกดื่มสุราได้	3.59	.991	มาก
6. ท่านเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา	4.45	.872	มาก
7. ท่านพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อรักษาเรื่องการติดสุราตามนัดทุกครั้ง	4.23	1.056	มาก
8. ท่านมาพบแพทย์และรับยาแทน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้	3.63	1.364	มาก
9. ท่านบอกความจริงเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่บ้านให้แพทย์หรือพยาบาลรับทราบ	4.43	.992	มาก
10. ท่านดูแลไม่ให้มีเหล้าหรือเบียร์อยู่ภายในบ้าน	3.96	1.213	มาก
11. ท่านห้ามไม่ให้คนอื่นๆในครอบครัวดื่มเหล้าหรือเบียร์ในบ้าน	3.72	1.342	มาก
12. ท่านเตือนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน	4.11	1.070	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 20 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
13. ท่านห้ามไม่ให้ผู้ป่วยไปที่ร้านขายสุรา	3.51	1.388	มาก
14. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ท่านยอมให้ผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนได้ เพื่อให้สบายใจ หายเครียด	3.07	1.191	ปานกลาง
15. ท่านจะระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด โกรธ หรือหงุดหงิด	3.71	.958	มาก
16. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี เช่นโกรธ หงุดหงิด ท่านจะคอยดูแลและป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยหาทางออกด้วยการดื่มสุรา	3.76	1.015	มาก
17. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วย ให้นึกถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องเลิกดื่มสุรา	4.31	.794	มาก
18. ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องไปอยู่ในสถานที่ ที่มีเหล้าหรือเบียร์ ท่านจะไปอยู่ด้วย เพื่อคอยดูแล	2.57	1.438	ปานกลาง
19. ท่านอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าไปนั่งร่วมวงกับเพื่อนที่กำลังดื่มสุราได้ แต่บอกให้ผู้ป่วยดื่มอย่างอื่นแทน	3.01	1.393	ปานกลาง
20. ท่านช่วยแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร เช่นหาของที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทาน	3.89	.894	มาก
21. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางร่างกาย เช่น มือสั่น กระส่าย เพราะอยากดื่มสุรา ท่านจะอยู่เป็นเพื่อนและคอยดูแลอย่างใกล้ชิด	3.86	1.019	มาก
22. ท่านและผู้ป่วยร่วมกันหาวิธีแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากการเลิกดื่มสุรา เช่นปัญหาเรื่องอารมณ์ไม่ดี ทำงานไม่ไหว	3.67	.949	มาก
23. ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดสุราอย่างรุนแรง ท่านอนุญาตให้ผู้ป่วยดื่มสุราเพื่อถอนได้เพียงเล็กน้อย	3.29	1.224	ปานกลาง
24. ท่านช่วยออกไปทำภาระกิจนอกบ้านแทน ในช่วงที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราใหม่ๆ และยังไม่พร้อมที่จะออกไปเอง	3.24	1.225	ปานกลาง
25. ท่านห้ามไม่ให้คนในบ้านนำปัญหาต่างๆมาเล่าให้ผู้ป่วยฟังในช่วงที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราใหม่ๆ	3.28	1.273	ปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 20 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
26. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับที่แพทย์ให้มา ถ้าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือหงุดหงิดเพราะอยากดื่มสุรา	3.68	1.268	มาก
27. เมื่อมีปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ท่านจะช่วยจัดการแก้ไขให้ก่อนถ้าทำได้	3.77	.956	มาก
28.ท่านยินดีรับฟังปัญหาและความยากลำบากในการเลิกดื่มสุรา ของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ	4.27	.782	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสลิษา หลิมศิโรรัตน์

ที่อยู่ 95 ถนนเสือป่า ซอย 4 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000

ที่ทำงาน โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2531 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

พ.ศ. 2536 สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ.2546 ศึกษาต่อระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2531 – พ.ศ.2542

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

พ.ศ.2542 – ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี