

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

นางสาวปรมฤทัย ไชยชนะนิจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2555  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR IN  
ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY

Miss Premruthai Chaihanit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

โดย

สาขาวิชา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่ม  
สุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม. (SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY) อ.ที่ปริกษานิพนธ์หลัก: อ.ดร.เพ็ญญา แดงค้อมบุษย์, 146 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 168 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .92, .83, .71, .72 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุราโดยรวมอยู่ในระดับติดสุรา
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวและชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา และความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช .....ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษานิพนธ์หลัก.....

## 5377584636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR / AGE OF ONSET / COPING / BELIEFS ASSOCIATED WITH ALCOHOL DRINKING / SOCIAL SUPPORT/ ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY

PREMRUTHAI CHAIHANT : SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY. THESIS ADVISOR : PENNAPA DANGDOMYOUTH,Ph.D.,146 pp.

The purpose of this descriptive research were to study alcohol consumption behavior of alcohol dependence with psychiatric comorbidity and relationships between age of onset, family history of drinking, types of psychiatric comorbidity, coping, motivation of quitting drinking, beliefs associated with alcohol drinking and social support with alcohol consumption behavior of alcohol dependence with psychiatric comorbidity. The subjects were a total of 168 patients, who were receiving service at the Out Patients Department of Bangkok Metropolitan Hospitals. The research instruments were the Personal Data Record, the Alcohol Use Disorder Identification Test, Coping Inventory, Motivation of Quitting Drinking Assessment, Beliefs associated with Alcohol Drinking Assessment and Social Support Assessment. The instruments were tested for content validity by panel expert, and the reliability of these instruments were .92, .83, .71, .72 and .92 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square and Pearson’s product moment correlation.

**Major findings were as follow:**

1. The level of alcohol consumption behavior in alcohol dependence with psychiatric comorbidity was at dependence drinking.
2. Age of onset, coping and social support were negative significantly correlated to alcohol consumption behavior in alcohol dependence with psychiatric comorbidity, at .05 level.
3. Family history of drinking and types of psychiatric comorbidity were significantly correlated to alcohol consumption behavior in alcohol dependence with psychiatric comorbidity, at .05 level.
4. Motivation of quitting drinking and beliefs associated with drinking were not correlated to alcohol consumption behavior in alcohol dependence with psychiatric comorbidity.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing.. Student’s Signature.....

Academic Year : 2012..... Advisor’s Signature.....

### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความเมตตาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ ที่ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อคิดเห็นในการค้นคว้า การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆด้วยความเอาใจใส่ ตลอดจนการดูแล ให้กำลังใจด้วยความห่วงใย ก่อให้เกิดพลังใจที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี ศิษย์รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์ได้มอบให้และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ในการให้คำแนะนำ ข้อคิด และข้อเสนอแนะ รวมทั้งกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือทุกชุดที่ผู้ศึกษาได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความสำคัญ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นางอัจฉรา สัตยวิวัฒน์ และพี่น้องตึกอายุรกรรม 6ก โรงพยาบาลราชวิถี ทุกคน ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ห่วงใย และคอยให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ าร่วมรุ่นทุกคน ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจและเป็นกัลยาณมิตรที่ดี ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับมิตรภาพและน้ำใจที่ดีงาม รวมถึงได้รับประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งกับผู้วิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ทองอ่อน ไชยสะนิจ ผู้เป็นที่รักยิ่ง ซึ่งให้ความรักให้สติปัญญาและสิ่งดีงามแก่ผู้วิจัย รวมถึงครอบครัว ไชยสะนิจ ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญให้เกิดพลังมุ่งมั่น อดทนและฝ่าฟันอุปสรรคจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

โดยคุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยสุราทุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเสพติดสุรา.....	14
1.1. ความหมายของการเสพติดสุรา.....	14
1.2. การวินิจฉัยการเสพติดสุรา.....	14
1.3. สาเหตุของการเสพติดสุรา.....	17
1.4. ผลกระทบของการเสพติดสุรา.....	19
2. ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	21
2.1. ความหมายของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	21
2.2. ความสัมพันธ์ของการเสพติดสุรากับโรคจิตเวชร่วม.....	22
2.3. โรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ติดสุรา.....	23
2.4. การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	26
2.5. การพยาบาลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในชุมชน.....	29
3. พฤติกรรมการดื่มสุรา.....	30
3.1. ความหมาย และรูปแบบพฤติกรรมการดื่มสุรา.....	30

	หน้า
3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา.....	32
3.3 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา.....	36
4.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	38
5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	58
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	83
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	114
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย	
หนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	120
ภาคผนวก ง การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	124
ภาคผนวก จ สัมประสิทธิ์ความเที่ยงและผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม.....	126
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ช เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146



## สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	สัดส่วนจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม โรงพยาบาล.....	56
2	การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบวัดการเผชิญความเครียด.....	60
3	การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินความเชื่อ เกี่ยวกับการดื่มสุรา.....	61
4	การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม.....	63
5	จำนวนและร้อยละของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา และชนิดของโรคจิตเวช.....	70
6	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม ระดับ คะแนนพฤติกรรมดื่มสุราโรคจิตเวชร่วม.....	72
7	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม ระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียด.....	73
8	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) การเผชิญความเครียดของ ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	73
9	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม ระดับคะแนนแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา.....	74
10	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม ระดับคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา.....	74
11	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม.....	75
12	ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการดื่มสุราในครอบครัวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square).....	76
13	ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square).....	77

ตารางที่	หน้า
14 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุน ทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	78

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทยโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2552) จากการสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากงานสถิติและเวชระเบียนพบว่าในปี 2552 มีผู้ป่วยที่ติดสุราและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วประเทศรวมทั้งหมด 64,434 ราย เป็นชายจำนวน 56,483 ราย และเป็นหญิง 7,951 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มี ความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแล้วพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราร่วมกับมีโรคจิตเวชสูงถึง 3.8 เท่า (บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาทกรณ์ แก้วมุงคุณ และกมลลา วัฒนาพร, 2553) จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยปี 2546 ในชุมชนทุกภาคของประเทศ จากกลุ่มตัวอย่าง 11,700 ราย พบโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุรา มีความชุกมากที่สุดถึงร้อยละ 28.5 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) และพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ติดสุรา มีอัตราการเกิดโรคจิตเวชร่วมด้วย (อรัญญา แพทย์ และนริชญา ศรีบูรพา, 2552) ซึ่งประมาณร้อยละ 15 ของผู้ติดสุราจะพัฒนาอาการเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (Stuart & Laraia, 2005)

จากการสำรวจโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่มีขีดความสามารถในการให้บริการ มีความพร้อมในการรักษาสูงสุด ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อทั้งจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน จาก 5 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลดังกล่าวมีผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในปีพ.ศ.2552-2553 พบว่าโรงพยาบาลศิริราช มีผู้ป่วยจำนวน 52 และ 64 คน (สถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2553) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้ป่วยจำนวน 58 และ 61 คน (งานสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) สำหรับในปี พ.ศ. 2553-2554 โรงพยาบาลรามธิบดีมีผู้ป่วยจำนวน 67 และ 52 คน (สถิติโรงพยาบาลรามธิบดี, 2554) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยจำนวน 86 และ 102 คน (สถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร, 2554) สำหรับในปี พ.ศ. 2552-2554 โรงพยาบาลราชวิถี มีผู้ป่วย จำนวน 61, 86 และ 71 คน (สถิติแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี, 2554) และจากสถิติของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 340, 412 และ 356 คน (งานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2554) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

การดื่มสุรากับ โรคทางจิตเวช เป็นปัญหาที่พบร่วมกันได้บ่อย (Modesto-Lowe & Kranzier, 1999) ซึ่งการเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยพบว่าความรุนแรงของการ เสพติดสุราเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดพยาธิสภาพทางจิต (Skinner & Allen, 1982) จาก การศึกษาของ Flensburg-Madeset et al. (2009) พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่เกิดจากการใช้ สุรา (Alcohol use disorders) มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็น โรคจิตเวช โดยร้อยละ 56.9 ของผู้ป่วยสุรา ถูกวินิจฉัยว่าเป็น โรควิตกกังวลตามมา และจากการสำรวจของ The Epidemiological Catchment Area (ECA) พบอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้ป่วยสุรา ร้อยละ 51 (Kessler et al., 1994) และโรคจิต เวชที่พบได้บ่อยในผู้ติดสุราเรื้อรัง คือ การฆ่าตัวตาย (Suokas et al., 2005) โดยเฉพาะผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มีภาวะของโรคซึมเศร้ารุนแรงร่วมด้วย (Sher, 2006) และร้อยละ 19.6 ของผู้ติดสุราเคยมีภาวะ ซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 12 เดือน จากการศึกษาของ Preuss et al. (2006) พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยติดสุราเคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 55 ถูกวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา แพ้ขุย และนรัญญา ศรีบูรพา (2552) พบว่าความชุกของการ เกิดโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุราสูงถึงร้อยละ 60

ลักษณะอาการจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มีอาการทางจิต (lifetime psychotic disorder) พบร้อยละ 27.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย (Lifetime suicidality) พบร้อยละ 18.3 มีภาวะแมนีย์ (Lifetime manic episode) พบร้อยละ 15.8 โรคซึมเศร้า (Current major depressive disorder) พบร้อยละ 15.0 โรควิตกกังวลทั่วไป (Current generalized anxiety disorder) และบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Lifetime antisocial personality disorder) พบร้อยละ 7.5 ซึ่งจาก การศึกษาปัจจัยด้านประชากรและสังคม พบว่าการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อย ปริมาณการดื่มสุรา และภาวะบุคลิกภาพมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุรา (Modesto-Lowe & Kranzier, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang & El-Guebaly (2004) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้า รุนแรง การติดสุราและโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มเป็น นอกจากนี้ความแตกต่างทาง

เพศมีผลต่อภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยสุรา โดยพบว่าในผู้ป่วยสุราเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า หวาดระแวง (Panic disorder) และหวาดกลัว (Phobias) มากกว่าในเพศชาย และจากการศึกษาของ Wang & El-Guebaly (2004) พบว่าผู้ติดสุราเพศชายมีปัญหาซึมเศร้าร่วมร้อยละ 19.8 ในเพศหญิง พบปัญหาซึมเศร้าร่วมร้อยละ 46 ซึ่งในเพศชายพบมีปัญหาด้านบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับการดื่มสุรามากกว่าในเพศหญิง (Ross, 1995)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ คือ ก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินอาหาร เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer) หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) มีผลต่อดับ มีภาวะตับโต (Fatty liver) ตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) ตับแข็ง (Hepatic cirrhosis) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ระบบต่อมไร้ท่อทำให้ฮอร์โมนเพศชายลดลง เกิดผลกระทบต่อระบบประสาททำให้ความจำเสื่อม ในรายที่ดื่มในปริมาณมากและติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะเกิดอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication) ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงเพ้อคลั่ง (Alcohol withdrawal delirium) ภาวะโรคจิตจากสุรา (Alcoholic psychosis) และภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (Alcoholic dementia) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2549) และการเสพติดสุราส่งผลให้เกิดภาวะโรคจิตเวชร่วม ซึ่งมีอัตราการหยุดดื่มน้อยกว่าผู้ติดสุรา กลุ่มที่ไม่มีภาวะโรคจิตเวชร่วม (อรัญญา แพจ्यू และนริชญา ศรีบูรพา, 2552) ทำให้อาการทางจิตที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุรารุนแรงมากขึ้น (Cargiulo, 2007) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะโรค (Bagby et al., 2002) ทำให้การบำบัดรักษาภาวะติดสุรามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (อรัญญา แพจ्यू และนริชญา ศรีบูรพา, 2552) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในการรักษาที่ไม่ดี (Goldstein et al., 2006) ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นปัญหาการดูแลในระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (พันธุ์นภา กิติรัตน ไพบูลย์, 2549)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พบว่าผู้ติดสุรามักมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ไม่สามารถบังคับใจตัวเอง เมื่อต้องเข้าสังคมกับเพื่อน (ภาวดี โดท่าโรง, 2551) จากการศึกษาของ อัจฉราพร นัคสาสาร (2548) ในผู้ป่วยสุรามักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้มากที่สุด นอกจากนี้ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการกลับไปดื่มสุราได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเสพติดสุรา เช่น การอยู่ใกล้แหล่งจำหน่าย

สุรา อยู่ในแหล่งอบายมุขและสถานเริงรมย์ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ (เสาวณี วิกัน, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ Polsongkram (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีร้านจำหน่ายสุราอยู่ใกล้บ้าน มีผลต่อการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุรา โดยร้อยละ 33.3 ของผู้เสพติดสุราขาดแรงสนับสนุนและขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวในขณะที่มีสิ่งคุกคามส่งผลให้กลับไปดื่มสุรา (อัญรพร นัดสาสาร, 2548) อิทธิพลของบุคคลอื่นต่อการดื่มสุรารวมถึงการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุราเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ปิยกมล ทองงาม, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวณี วิกัน (2548) ที่พบว่าการดื่มสุราซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกิดจากการที่มีบุคคลรอบข้างในครอบครัวและบุคคลที่เคารพนับถือชักชวนให้ดื่มสุรา และการศึกษาของ Pilowsky et al. (2009) พบว่าการมีบุคคลในครอบครัวเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการเสพติดสุรา

จากผลกระทบ และปัญหาดังที่กล่าวมา ได้มีการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ปิยกมล ทองงาม, 2544; อัญรพร นัดสาสาร, 2548; Polsongkram, 2008; Daragon Na Ayuttaya, 2009; ภาวดี โตท่าโรง, 2551 และ วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ต้องเผชิญปัญหา รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการดื่มสุราที่ทำให้ผู้ป่วยสุรากลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบและรุนแรงขึ้น ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในช่วงที่ผู้ป่วยกลับออกไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง จะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหา ความต้องการ และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการกำเริบของโรค

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเป็นอย่างไร
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยปัจจัยด้านปริมาณการดื่มและแบบแผนการดื่มเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆมากกว่า 60 โรค (Room et al., 2005) ซึ่งพบว่าการดื่มสุราและการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกัน และมีสาเหตุการดื่มที่แตกต่างกัน (วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะมีลักษณะของกลุ่มอาการที่เฉพาะ คือ มีความผิดปกติของการรับรู้ การรู้คิด อารมณ์ การแสดงอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรม หรือมีอาการแสดงร่วมกัน โดยกลุ่มอาการที่แสดงออกจะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคทางจิตเวชที่เป็นและเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลให้ระดับความสามารถ การทำหน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูญเสียไป และเมื่อเกิดโรคจิตเวชจะส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ จะพบว่ามีอารมณ์ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้และรู้สึกทุกข์ทรมาน เช่น อาการเศร้า รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีปมด้อย ต่ำหนีดตัวเอง วิตกกังวล มีความคับแค้นใจ มองโลกในแง่ร้ายและเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ทำให้การคิด การพูดและพฤติกรรมผิดปกติตามไปด้วย ซึ่งอารมณ์ที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น (สุชาติ พหลภักย์, 2542) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต จะมีลักษณะความผิดปกติของกระบวนการรู้คิด การรับรู้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยคิด ตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการดื่มสุราทำให้กล้ามเนื้อแสดงออก กล้ามเนื้อและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) และช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้มีจิตใจเบิกบาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2544) และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น

(Cargiulo, 2007) จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พบว่าปัจจัยต่างๆ ซึ่งได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา (Pilowsky et al., 2009) การไม่สามารถบังคับใจตัวเองจากการมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ครอบครัวไม่กล้าขัดใจ และการที่ผู้ป่วยเข้าสังคมกับเพื่อน (ภาวดี โดท่าโรง, 2551) การขาดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา และการมีความเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; สมนึก หลิมศิริโรรัตน์, 2551) การเผชิญความเครียดหรือภาวะวิกฤติในชีวิต (Daragon Na Ayuttaya, 2009) ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม (Polsonglam, 2008) การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดื่มสุรา และอิทธิพลของบุคคลในครอบครัวต่อการเสพสุรา (เสาวณี วิกัน, 2548) การที่มีคนในครอบครัวดื่มสุรา (ปิยกมล ทองงาม, 2544; Pilowsky et al., 2009) รวมถึงการขาดแรงสนับสนุนและเอาใจใส่จากครอบครัว (อัจฉราพร นัดสาสาร, 2548) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ดังนี้

**อายุที่เริ่มดื่มสุรา** การเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อย ปริมาณการดื่มหนัก และบุคลิกภาพมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุรา (Modesto-Lowe & Kranzier, 1999) โดยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มเป็น (Wang & El-Guebaly, 2004) และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจะเพิ่มขึ้นกับอายุที่เริ่มดื่มสุรา (Glanz, 2002) ซึ่งจากการศึกษาของ Pilowsky et al. (2009) พบว่าอายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุรา โดยการเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดสุรา ภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเวชร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hingson (2006) ที่พบว่า การเริ่มดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อยส่งผลให้ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยและนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบเรื้อรัง และการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ (2554) ในผู้ป่วยที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกในช่วงอายุต่ำกว่า 21 ปี พบว่ามีพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มช่วงอายุ 22-44 ปี โดยการดื่มสุราเมื่ออายุน้อยทำให้มีระยะเวลาการดื่มนาน ส่งผลให้เกิดการติดสุรา ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ และเมื่อหยุดดื่มแล้วอาจเกิดอาการถอนพิษสุรา (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541)

**ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว** การที่บุคคลใกล้ชิดมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว (สุกุนา แสงเดือนฉาย, 2547) จากการศึกษาของ เสาวณี วิกัน (2548) พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัว



และบุคคลที่เคารพศรัทธา รวมถึงเพื่อนชกชวนให้ดื่ม และจากการศึกษาของ Polsongkram (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุรา และการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุรา เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ปิยกมล ทองงาม, 2544; Pilowsky et al., 2009) ซึ่งเกิดขึ้นจากความเครียด กลุ้มใจ และหาทางออกที่ผิดโดยการดื่มสุรา (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549)

**ชนิดของโรคจิตเวชร่วม** พฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกันจะพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปจะมีลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่ดื่ม 1-4 ดื่มมาตรฐาน (วิชชุตา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554) ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคอารมณ์แปรปรวนมักมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมแรงทางบวกจากการดื่ม เช่น ทำให้มีความสุข คลายจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม (Barlow & Durand, 2005) และตอบสนองต่อแรงกดดันในสังคม (Buckner et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคอารมณ์แปรปรวน ใช้สุราเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นโรคที่เกิดจากการใช้สุรา (Alcohol use disorder) (Flensburg-Madeset et al., 2009) และจากการศึกษาของ Gillihan et al. (2011) ที่พบว่าปฏิกริยาของอารมณ์วิตกกังวลกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเหตุการณ์วิกฤติมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการดื่มสุรา และการศึกษาของ Buckner et al. (2008) พบว่าโรคกลัวสังคม (Social anxiety disorder) มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการมีพฤติกรรมการเสพติดสุรามากกว่าโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ ในขณะที่ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) จะมีลักษณะต้องการพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ มีความยากลำบากในการตัดสินใจ ไม่มั่นใจในความสามารถของตน และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541) จะมีพฤติกรรมการเสพติดสุราได้ง่ายเนื่องจากไม่กล้าปฏิเสธคำชักชวน กลัวไม่ได้รับการยอมรับ และพึ่งการดื่มสุราเพื่อให้สามารถเข้าร่วมสังคมได้ (วิชชุตา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554)

**การเผชิญความเครียด** สภาพอารมณ์ทางลบ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือเป็นสิ่งเร้าให้เกิดความถี่ของการดื่มสุรา (Marlatt, 1996) ผู้ติดสุรามักมีความอ่อนแอในด้านอารมณ์ ขาดความมั่นใจในตนเองและหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการดื่มสุรา (อัจฉราพร นัคสาสาร, 2548) และผู้ป่วยสุรามักมีความอดทนต่อความไม่สมหวังต่ำ มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตได้ เป็นสาเหตุให้กลับไปมีพฤติกรรมการดื่มซ้ำอีก (Shives, 1994) ซึ่งสถานการณ์ที่

ทำให้ผู้คิดสุราส่วนใหญ่ต้องเผชิญจากปัญหาทางด้านครอบครัว เช่น การทะเลาะกันในครอบครัว การหย่าร้าง หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์และกลับไปดื่มสุราอีก (ประไพ ทายุทธ, 2545) และจากการศึกษาของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่าการเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตสูงจะมีโอกาสในการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในระดับปานกลางและระดับต่ำ และใช้การดื่มสุราเป็นการจัดการกับปัญหาทางใจ ซึ่งเป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ โดยใช้วิธีดื่มสุรา เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542)

**แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา** เป็นความปรารถนาที่จะบรรลุเป้าประสงค์หรือความรู้สึกที่กระตุ้นหรือเร้าการกระทำ เป็นพลังที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา (พิชัย แสงชัยชาญ, 2547) ซึ่งผู้คิดสุราส่วนใหญ่พบในผู้เป็นโรคจิตเรื้อรัง มีความวิตกกังวลสูง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราลดลง (ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนระวีรัตน์ นามผลดี, 2550) และจากการศึกษาของ Polsongkram (2008) พบว่าแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราซ้ำในผู้ป่วยสุรา โดยในผู้ป่วยสุราในกลุ่มที่หยุดดื่มสุรามีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ

**ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา** เป็นความรู้สึกนึกคิด เจตคติและการรับรู้เข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบต่อตนเองและสังคมจากการดื่มสุรา รวมถึงการรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการเสพสุรา (โยธิน ปอยสูงเนิน, 2544) ซึ่งจากการศึกษาของ ณัฐธิดา นิमितติ (2551) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้คิดสุรา โดยผู้คิดสุราที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการดื่มสุราต่ำจะมีพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราต่ำ ซึ่งผู้คิดสุราส่วนใหญ่มีความคิดและความเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) และจากการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรจน์ (2551) พบว่าเจตคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้คิดสุราที่มีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้ ในขณะที่ผู้คิดสุราที่มีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นการได้รับการสนับสนุนในด้านวัตถุสิ่งของ การบริการ การให้ข้อมูล ข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่า รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมาจากบุคคล

ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชนที่อาศัย (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) เป็นส่วนช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้น (Waliser et al., 2000) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา (สมนึก หลิมศิริรัตน์, 2551) และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีผลต่อพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุรา (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

จากแนวเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) (F 10.2) และโรคจิตเวชร่วม ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD - 10) มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีคลินิกจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) (F 10.2) และมีโรคจิตเวชร่วม ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) จากประวัติการรักษา ได้แก่ 1) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression), โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) 2) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder), โรคแพนิก (Panic disorder), โรคกลัว (Phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) 3) กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) 4) กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorders) และ 5) การฆ่าตัวตาย (Suicidality) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

**พฤติกรรมการดื่มสุรา** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมการดื่มสุราออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยหรือเสี่ยงระดับต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรืออันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548)

**อายุที่เริ่มดื่มสุรา** หมายถึง อายุแรกเริ่มของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่มีหน่วยเป็นปี ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง สามี ภรรยา รวมถึงบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ชนิดของโรคจิตเวชร่วม** หมายถึง โรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ติดสุรา ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression), โรค

ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) 2) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ วิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder), โรคแพนิก (Panic disorder), โรคกลัว (Phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) 3) กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) 4) กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorders) และ 5) การฆ่าตัวตาย (Suicidality) ประเมินได้จากการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช จากจิตแพทย์และจากเวชระเบียนประวัติการรักษาและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**การเผชิญความเครียด** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ รวมถึงการหาทางออกเพื่อรักษาไว้ซึ่งดุลยภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็น 2 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวปัญหาเอง (Problem Coping Behavior) หรือปรับสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เน้นการใช้อารมณ์ (Emotion Coping Behavior) เป็นการใช้อารมณ์เป็นหลักในการแก้ไขสิ่งทำให้เกิดความเครียด ประเมินได้จากแบบวัดการเผชิญความเครียดที่แปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) พัฒนาโดย จารุวรรณ จินดามงคล (2541)

**แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา** หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมถึงความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมาย รับรู้ถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาที่จะช่วยให้หยุดดื่มสุราได้ ประเมินได้จากแบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มของ Polsongkram (2008)

**ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เจตคติเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคมเมื่อมีการดื่มสุรา การรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของผู้ป่วยประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของโยชิน ปอยสูงเนิน (2544)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) พัฒนาโดย Daragon Na Ayuttaya (2009)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
- 2.เป็นแนวทางการค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความวารสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเสพติดสุรา
  - 1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา
  - 1.2 การวินิจฉัยการเสพติดสุรา
  - 1.3 สาเหตุของการเสพติดสุรา
  - 1.4 ผลกระทบของการเสพติดสุรา
2. ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
  - 2.1 ความหมายของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
  - 2.2 ความสัมพันธ์ของการเสพติดสุรากับโรคจิตเวชร่วม
  - 2.3 โรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ติดสุรา
  - 2.4 การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
  - 2.5 การพยาบาลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในชุมชน
3. พฤติกรรมการดื่มสุรา
  - 3.1 ความหมาย และรูปแบบพฤติกรรมการดื่มสุรา
  - 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
  - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเสพติดสุรา

### 1.1 ความหมายของการเสพติดสุรา

World Health Organization [WHO] (2005) ให้ความหมายของการเสพติดสุรา (Alcohol Dependence) หมายถึง ความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุราในปริมาณและความถี่มากเป็นระยะเวลานาน รวมถึงมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้แม้จะรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม

American Psychiatric Association [APA] (2000) ได้อธิบายความหมายของการเสพติดสุรา (Alcohol Dependence) หมายถึง ลักษณะของเสพติดที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณของการดื่มสุรา เพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุราใน 4-12 ชั่วโมงหยุดดื่มสุรา โดยไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ ทำให้มีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ทราบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการดื่ม

กรมสุขภาพจิต (2547) ให้ความหมายของการเสพติดสุรา (alcohol dependence) หมายถึง อาการทางจิตชีวภาพที่ประกอบด้วยแรงผลักดันจากภายในที่ทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์ การหมกมุ่นอยู่กับการดื่มและบางครั้งจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์หรือลงแดง

ธรณินทร์ กองสุข (2547) ให้ความหมายของการเสพติดสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนติด โดยมีรูปแบบของการดื่มซ้ำบ่อยๆและมีความผิดปกติด้านร่างกาย ความคิด พฤติกรรม ซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญ คือไม่สามารถควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป แม้จะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

สรุปได้ว่า การเสพติดสุราเป็นพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ความผิดปกติ โดยมีการดื่มในปริมาณมากเป็นระยะเวลานาน หากลดหรือหยุดการดื่มจะเกิดอาการถอนพิษสุราทำให้ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต และเศรษฐกิจสังคม

### 1.2 การวินิจฉัยการเสพติดสุรา

การวินิจฉัยการติดเสพสุรา สามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยได้จาก เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA]) คือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR] (APA, 2000) โดยจัดภาวะผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสุรา ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ความผิดปกติของการใช้สุรา และ



ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สุรา หรือใช้เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) คือ International Classification Diagnostic [ICD-10] ซึ่งให้ความสำคัญของอาการและอาการแสดง ดิสุราในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2005) ได้จัดทำเกณฑ์ การวินิจฉัยผู้ดิสุรา โดยจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในกลุ่มความ ผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (Substance-Related Disorders) และจำแนกความผิดปกติ ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

1) ความผิดปกติของการใช้สุรา (Alcohol-use disorder) ได้แก่ การเสพสุรา (Alcohol abuse) คือ การดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพ และการดิสุรา (Alcohol dependence) คือ การดื่มสุราจนติดและต้องพึ่งพา

2) ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สุรา (Alcohol-induced disorders) คือ กลุ่มอาการ ทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้หรือหยุดใช้สุรา ประกอบไปด้วยภาวะหรืออาการที่ เกิดจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ได้แก่ ภาวะเมาสุรา (Alcohol Intoxication) ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) ความผิดปกติทางจิตจากการใช้สุรา (Alcohol-Induced Psychotic Disorder) ความผิดปกติทางอารมณ์จากการใช้สุรา (Alcohol-Induced Mood Disorder) อาการเพ้อ (Delirium) สมองเสื่อม (Dementia) สูญเสียความจำ (Amnesic Disorders) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Sexual Dysfunctions) มีความผิดปกติของการนอน (Sleep Disorders)

ซึ่งมีข้อบ่งชี้ของการดิสุราจากอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการ ในช่วง 12 เดือนที่ ผ่านมา ดังนี้

1) มีระดับความทนต่อการดื่มสุรา (Tolerance) โดยมีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 ต้องเพิ่มปริมาณของการดื่มสุรามากขึ้นเพื่อให้เกิดความมึนเมาเท่าเดิม

1.2 การดื่มสุราในปริมาณเท่าเดิม แต่ผลของสุราที่มีต่อร่างกายลดลง

2) มีอาการถอนพิษสุรา (Withdrawal) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 มีลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีภาวะของการขาดสุราคือ มีอาการเหงื่อออก ชีพจร

เต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับกระวนกระวาย กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน วิดก กังวล หูแว่ว เห็นภาพหลอน มองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง และชักทั้งตัว

2.2 เมื่อดื่มสุรา อาการถอนพิษสุราจะหายไป

- 3) มีการดื่มสุราเป็นจำนวนมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
- 4) มีความต้องการดื่มสุรายุ่ตลอดเวลาไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุรา
- 5) ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
- 6) กิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ได้แก่ การประกอบอาชีพ งานสังคม ความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เนื่องจากใช้เวลาในการดื่มสุรา
- 7) ยังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่าสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น ยังคงดื่มสุรา แม้จะทราบว่าสุราจะทำให้เกิดอาการแพ้ในกระเพาะอาหารกำเริบ หรือทำให้เกิดอาการหูแว่ว เป็นต้น

ในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การจำแนกโรกระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999) จำแนกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังนี้

- F 10.0 acute intoxication ภาวะพิษสุราเฉียบพลัน
- F 10.1 harmful use เสพสุราอย่างอันตราย
- F 10.2 dependence syndrome กลุ่มอาการติดสุรา
- F 10.3 alcohol withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา
- F 10.4 alcohol withdrawal with delirium ภาวะถอนพิษสุราแบบเพ้อคลั่ง
- F 10.5 alcohol-induced psychotic disorder โรคจิตจากสุรา
- F 10.6 alcohol-induced persisting amnesic disorder กลุ่มอาการหลงลืมจากสุรา
- F 10.7 alcohol-induced residual and late-onset psychotic disorder โรคจิตจากสุราเรื้อรัง
- F 10.8 alcohol-induced mood disorder dysfunction กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ
- F 10.9 alcohol-related disorder not otherwise specified กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกจำแนกไว้เป็นชนิดใดชนิดหนึ่งในรายละเอียดที่ระบุข้างต้น

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวินิจฉัยตามเกณฑ์การจำแนกโรกระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999) จำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) (F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และมีโรคจิตเวชร่วมจากประวัติการรักษา ได้แก่ 1) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression), โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood

disorder) 2) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder), โรคแพนิก (Panic disorder), โรคลกลัว (Phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) 3) กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) 4) กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorders และ 5) ภาวะการฆ่าตัวตาย (Suicidality) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

### 1.3 สาเหตุของการเสพติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุของการติดสุราว่าเกิดจากปัจจัย 5 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านการเรียนรู้ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและปัจจัยด้านโรคทางจิตเวช (Gelder et al, 2001) ซึ่งรายละเอียดดังนี้

1.3.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Individual factors) คือ พันธุกรรม (Genetic factors) ซึ่งพบหลักฐานที่สามารถยืนยันได้ว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดการติดสุราโดยการศึกษาอัตราการติดแอลกอฮอล์ในฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) และฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (Dizygotic twins) พบว่าฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกันมีลักษณะพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมือนกันสูงกว่า (Johnson, 1997) และพบว่าลักษณะเฉพาะของยีนในตัวบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการติดสุรา (Edenberg, 2003)

1.3.2 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors) เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการเพิ่มของสารสื่อประสาทแต่ละชนิดโดยเฉพาะโดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ที่หลังมากขึ้นในช่วงแรกของการดื่ม (Reward effect) ขณะที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้นหลังดื่มทันทีจนถึง ช่วง 20 นาทีแรกจะแสดงอาการของอารมณ์ร่าเริงสนุกสนานในระดับปานกลาง (Mild euphoria) ระยะเวลาเวลาต่อมาจะเกิดแรงเสริมทางลบ (Negative reinforcement) คือลดความวิตกกังวลและคลายเครียดได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยสื่อประสาทแต่ละชนิดต่างมีผลต่อเนื่องกันกล่าวคือ เอ็นโดฟิน (Endorphin) และเอนเคปฟาลิน (Enkephalin) มีผลต่อการรับสัมผัสทางบวก (Reward sensation) ส่วนนอร์อะดรีนาลิน (Noradrenaline) และกาบา (GABA) มีผลต่อการลดความเครียด (Stress reduction) และทั้งหมดมีผลต่อโดปามีน (Dopamine) ซึ่งมีผลต่อการรับสัมผัส (Sensation) โดยเป็นกระบวนการที่คนเริ่มดื่มสุรามากขึ้นจนกระทั่งเกิดความอยากดื่มมีความคิดคำนึงถึงฤทธิ์แอลกอฮอล์อยู่เสมอ จากนั้นจึงพัฒนาจากการเริ่มต้นดื่มสุราเพื่อลดความเครียด และขยายผลต่อไปเป็นการดื่มสุราจากสิ่งเร้าภายนอกหรือเพราะไม่สบายใจ เมื่อดื่มสุรา

แล้วสบายใจ คลายความวิตกกังวล ตื่นจนเมาและหยุดดื่มไม่ได้นำไปสู่การติดสุราในที่สุด ซึ่งผลระยะแรกของการดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลดความเครียด (Stress reduction) โดยแอลกอฮอล์ทำปฏิกิริยากับซีโรโทนิน (Serotonin) ที่มีผลให้เกิดการเสริมแรง (Reinforcing effect) ทำให้อยากดื่มสุราเป็นประจำ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1.3.3 ปัจจัยด้านการเรียนรู้ (Learning factors) เด็กผู้ชายมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราตามพ่อแม่มากกว่าเด็กผู้หญิงเพราะเกิดกระบวนการเรียนรู้และซึมซับพฤติกรรมนั้นโดยไม่รู้ตัวจากการศึกษาของอวีสดา จันแสนตอ (2541) พบว่าการดื่มสุราของผู้หญิงเนื่องจากมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดสุรา

1.3.4 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (Personality factors) ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากมีความเกี่ยวข้องกับกรณีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลอย่างเรื้อรัง (Chronic anxiety) และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมจะเพิ่มความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดๆและนำไปสู่การติดสุรา โดยปัจจัยด้านบุคลิกภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการติดสุรา Goodner (1994) ได้อธิบายปัจจัยด้านบุคลิกภาพไว้ดังนี้

1.3.4.1 การพึ่งพาและการไม่พึ่งพา (Dependency and independency) บุคลิกภาพของผู้เสพติดสุรามักจะมีลักษณะเด่น คือ ต้องการพึ่งพาสูงและผู้เสพติดสุราจะไม่สามารถเผชิญกับความขัดแย้ง จึงต้องหลีกเลี่ยงกับความขัดแย้ง ซึ่งสุราช่วยให้ผู้เสพติดสุราบรรเทาจากความขัดแย้งดังกล่าวได้ผู้เสพจึงต้องดื่มสุราต่อไปเพื่อใช้สุราในการแก้ปัญหาซึ่งเกิดจากความขัดแย้ง

1.3.4.2 ความโกรธและความคับข้องใจ (Anger and frustration) ความโกรธและความคับข้องใจ จะพบได้บ่อยในผู้เสพติดสุราซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการพึ่งพาที่ไม่ได้รับคำตอบสนองความโกรธมักจะเกิดขึ้นจากการไม่สามารถระบายความรู้สึกไม่มีคุณค่า และความล้มเหลว ซึ่งการดื่มสุราช่วยให้ผู้เสพติดสุราสามารถระบายความโกรธและทำให้คลายความโกรธนั้นลดลงได้

1.3.4.3 ความรู้สึกถึงการมีอำนาจในการควบคุม (Feeling of power) ซึ่งมักจะใช้สุราเป็น ตัวกระตุ้นและทำให้ผู้เสพติดสุรา รู้สึกว่ามีอำนาจชั่วคราว รวมทั้งได้ผ่อนคลายความรู้สึกไม่สมหวัง ความรู้สึกผิด

1.3.4.4 การอยู่ในภาวะซึมเศร้า (Underlying depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุเริ่มต้นของพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ติดสุราพบว่าการดื่มสุราของตนเองทำให้สัมพันธภาพของตนกับบุคคลอื่นๆเปลี่ยนแปลงไป และ

ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุของการดื่มสุราต่อไปอีก นอกจากนี้การดื่มสุราช่วยทำให้ความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง และมีความรู้สึกสุขสบายจากการดื่มสุราทำให้ผู้ดื่มสุรากลับมาดื่มสุราซ้ำ ซึ่งช่วยให้ภาวะซึมเศร้าหายไปเป็นครั้งคราวซึ่งพบว่าหากเลิกหรือหยุดดื่มสุราระดับความซึมเศร้าของผู้ติดสุราจะเพิ่มมากขึ้น

1.3.4.5 ปัจจัยด้านโรคทางจิตเวช (Psychiatric disorder) การติดสุรามักพบร่วมกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า จากการศึกษาของ เอ็มเมอีน เนตรแจม (2541) เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความคิดซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ มีการเผชิญหาไม่เหมาะสม ไม่มีนับถือในตนเองคิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า และจากการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราพบว่าผู้ติดสุรามีความเครียดในระดับที่สูงถึงร้อยละ 51.2 มีอาการซึมเศร้าที่ต้องการรับความช่วยเหลือจากแพทย์ร้อยละ 48.6 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 11.9 และมีความคิดอยากฆ่าผู้อื่นร้อยละ 11.3 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542)

#### 1.4 ผลกระทบของการเสพติดสุรา

การดื่มสุราในระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อต่างๆมากมายทั้งต่อตัวผู้ดื่มในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มสุรา การดื่มสุราอยู่เป็นประจำในระยะเวลานานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1.4.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่ามีผลต่อดับ ได้แก่ การเกิดภาวะไขมันในตับ (Fatty liver) ภาวะตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) ตับแข็ง (Hepatic cirrhosis) (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) นอกจากนี้การดื่มสุรายังทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับเพิ่มมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2005) ในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารหลอดอาหารอักเสบ มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด หรือเกิดกระเพาะทะลุได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) และเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้เพิ่มมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2005) ส่วนผลแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน และการเกิดบาดแผลต่างๆจะเกิดจากการดื่มแต่ละครั้งที่มาเกินไป (Suanders, 2004) จากการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2548) ที่ศึกษาสาเหตุการติดสุรา และการเข้ารับการรักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชิงใหม่ พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบจากการดื่มสุรา คือ โรคตับอักเสบหรือตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร

และอุบัติเหตุ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อ กล้ามเนื้อหัวใจไม่ทำงานและเกิดหัวใจวายได้ (พันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ซึ่งพบว่าผู้ที่ติดสุรามีโรคทางกายที่พบร่วมบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) และยังทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (Sadock & Sadock, 2005) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการนอนหลับ พบว่าแอลกอฮอล์เป็นผลให้นอนหลับไม่สนิท หลับๆ ตื่นๆ จนถึงขั้นนอนไม่หลับ ทั้งคืน (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546)

1.4.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าผลจากการดื่มสุราทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อุนเฉียวและก้าวร้าว แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์หรือมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติอยู่ก่อน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) การดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ทำให้ขาดความมั่นใจ ความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ทำให้เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (เอี่ยมเดือน เนตรแวม, 2541)

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มสุราจนเป็นโรคจิตจากสุรา ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในบ้านทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยพบว่า การดื่มสุราก่อปัญหาในครอบครัวมีจำนวนถึงกว่าร้อยละ 80 (วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อรุณยา, 2545) จากการศึกษาสุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่า คู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา มีสภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 49 โดยร้อยละ 55 มีความพึงพอใจในชีวิตที่ค่อนข้างต่ำ (ไศยา ตะกุดมูล, 2546) นอกจากนี้มีการศึกษาการดูแลผู้ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการติดสุราทำให้ครอบครัวมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลนานโดยไม่มีหวังว่าผู้ป่วยติดสุราจะเลิกดื่มได้สำเร็จ ทำให้ครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (ชนิตา บุญญาภาส, 2547) ผู้ที่ดื่มสุราจนขาดสติอาจมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้สึกรักผูกพันในครอบครัว ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรัก และความเข้าใจต่อกัน ผู้ป่วยสุราจะดื่มสุราเพื่อลดความเครียด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.4.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และสังคม จากการศึกษาของ อวัสดา จันท์แสนต่อ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี พบว่าการติดสุราทำให้มี

ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สูญเสียทรัพย์สินเงินทองและมีภาระหนี้สิน หน้าที่การงานบกพร่อง และจากการศึกษาการดูแลผู้ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสุรามักมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและชุมชน (ชนิตา บุญญาภาส, 2547) โดยผู้ป่วยสุรา มักมีความอดทนต่อความไม่สมหวังต่ำมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตได้ เป็นสาเหตุให้กลับไปมีพฤติกรรมการดื่มซ้ำอีก เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จนเมามากขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ เกิดการทะเลาะวิวาทก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม (Shives, 1994) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การติดสุราทำให้ภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น และมีภาระหนี้สินที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดื่มสุรา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดื่มสุราส่งผลกระทบในด้านต่างๆมากมาย ทั้งตัวผู้ดื่มเอง ผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ดื่มยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนติด และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ซึ่งทำให้เกิดโรคจิตเวชร่วมในที่สุด ส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

## 2. ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

### 2.1 ความหมายของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

Jones et al. (1944) การเกิดขึ้นพร้อมของโรคทางจิตเวช 2 โรค หรือมากกว่า หรือโรคอื่นๆ ซึ่งการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กันโดยไม่สามารถบอกได้ว่าโรคใดโรคหนึ่งเป็นสาเหตุของอีกโรคหนึ่ง หรือทั้งสองโรคเกิดขึ้นแยกจากกันอย่างสมบูรณ์

Williams & Cohen (2000) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง การมีโรคเกิดขึ้นร่วมกันหรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกัน โดยทั้งสองภาวะมีความสัมพันธ์กันในเชิงเป็นสาเหตุหรือเป็นผลที่ตามมาของทั้งสองภาวะ

Fortinash & Holoday Worret (2012) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกันของ 2 โรค หรือมากกว่าในช่วงเวลาเดียวกัน

พิเชษฐ อดมรัตน์ (2548) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง การที่ผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคมากกว่าหนึ่งโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดชีวิต

สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ (2552) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง การเกิดขึ้นพร้อมกันของความเจ็บป่วย 2 โรค หรือมากกว่า เช่น การเกิดร่วมกันของโรคจิตเภทกับการใช้สารเสพติด หรือการติดสุรากับโรคซึมเศร้า

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) (F 10.2) และมีโรคจิตเวชร่วม ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) จากประวัติการรักษา ได้แก่ 1) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression), โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) 2) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder), โรคแพนิก (Panic disorder), โรคกลัว (Phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) 3) กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) 4) กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorders) และ 5) การฆ่าตัวตาย (Suicidality) ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

## 2.2 ความสัมพันธ์ของการเสพติดสุรากับโรคจิตเวชร่วม

Lehman (1996 อ้างถึงใน เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา มาลัย เฉลิมชัยนุกูล และวิลาลินี ชัยสิทธิ์, 2545) อธิบายความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับปัญหาทางจิตเวชออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) การป่วยทางจิตนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดหรือบรรเทาอาการ (Primary mental illness with substance abuse sequelae)
- 2) การใช้สารเสพติดก่อให้เกิดโรคทางจิตเวช (Primary substance abuse with psychiatric sequelae)
- 3) ทั้งสองภาวะต่างเกิดขึ้นแยกจากกันในบุคคลเดียว (Dual primary diagnosis)
- 4) ทั้งสองภาวะมีสาเหตุในการเกิดร่วมกัน (Common aetiology)

ซึ่งการเกิดขึ้นร่วมกันระหว่างการใช้สารเสพติดกับโรคทางจิตเวช สามารถเกิดขึ้นหลายได้รูปแบบ ได้แก่

- 1) การเสพสารเสพติดกับโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นร่วมกัน (Co-incidence)
- 2) การเสพสารเสพติดทำให้เกิดโรคทางจิตเวช หรือทำให้โรคทางจิตเวชรุนแรงขึ้น
- 3) โรคทางจิตเวชทำให้เกิดโรคจากการเสพสารเสพติด หรือทำให้โรคจากการเสพสารเสพติดรุนแรงขึ้น
- 4) โรคจากการเสพสารเสพติดและโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น



5) การเสพสารเสพติดและอาการจากการถอนพิษของสารเสพติดนั้น ทำให้เกิดอาการคล้ายกับอาการของโรคทางจิตเวช

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงปี ค.ศ. 1980–1984 พบว่าผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา จะมีโรคทางจิตเวชรวมถึงร้อยละ 37 เป็นโรคทางอารมณ์ (Mood disorder) และโรคลุ่่มวิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ โรคตื่นตระหนก (Panic disorder) โรคกลัวการเข้าสังคม (Social phobia) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะแมนีย์ (Mania) พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจากการที่ผู้ป่วยติดสุราจนทำให้เกิดปัญหา หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) ซึ่งมีลักษณะอารมณ์ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ และรู้สึกทุกข์ทรมาน เช่น อาการเศร้า รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีปมด้อย ดำเนินตัวเอง วิตกกังวล มีความคับแค้นใจ มองโลกในแง่ร้ายและเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ หรืออาการของความผิดปกติทางอารมณ์เกิดจากการถอนพิษสุรา (Withdrawal) หรือจากฤทธิ์ของสุราโดยตรง (Intoxication) ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ได้รับการบำบัดช่วยเหลือแล้ว แต่ผู้ป่วยยังกลับไปดื่มซ้ำเพื่อบรรเทาอาการ และกลับไปติดสุราในที่สุด (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549) และพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่พบในผู้เป็นโรคจิตเรื้อรัง ซึ่งมีความวิตกกังวลสูง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยส่งผลให้มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราลดลง (ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนระวีชต์ นามผลดี, 2550) และความอ่อนแอของผู้ดื่มสุราในด้านอารมณ์ การรู้คิดและสติปัญญา ส่งผลให้ผู้ดื่มสุราขาดความมั่นใจในตนเอง ใช้หลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการดื่มสุรา (อัจฉราพร นัคสาสาร, 2548)

## 2.3 โรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ติดสุรา

**2.3.1 กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder)** โรคจิตเวชในกลุ่มนี้ได้แก่โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder), โรคแพนิก (Panic disorder), โรคกลัว (Phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) การศึกษาทางระบาดวิทยาในประชากรทั่วไปพบโรคร่วมระหว่างภาวะติดสุราและโรควิตกกังวลในระดับสูง โดยผลการสำรวจของ The National Comorbidity Study (NCS) พบความชุกของภาวะติดสุราพร้อมกับโรคต่อต้านสังคม (Social phobia) ร้อยละ 19.3 และพร้อมกับโรคหวาดระแวง (Agoraphobia) ร้อยละ 6.5 (Kessler et al., 1994) ในขณะที่ผู้ป

โรคแพนิค (Panic disorder) และหวาดระแวง (Agoraphobia) ที่เข้ารับบริการทางจิตเวช พบภาวะติดสุราร่วมสูงด้วยเช่นกัน (Noyes et al., 1986) ส่วนการศึกษาของ Schneider et al. (2001) ในผู้ติดสุราที่เข้รับการบำบัดสุราพบอัตราการเกิดภาวะโรคร่วม โรคหวาดกลัว (Panic disorder) ร้อยละ 5.2 โรคหวาดระแวง (Agoraphobia) ร้อยละ 13.1 โรคต่อต้านสังคม (Social phobia) ร้อยละ 13.7 และพบภาวะโรควิตกกังวลร่วมทุกชนิดรวมประมาณร้อยละ 42.3

### 2.3.2 กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders/Affective disorder)

โรคจิตเวชในกลุ่มนี้ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะแมเนีย (Mania) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สุราโดยมีได้ตั้งแต่เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยติดสุราจนทำให้เกิดปัญหา หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการหรืออาการของความผิดปกติทางอารมณ์เกิดจากการถอนพิษสุรา (Withdrawal) หรือจากฤทธิ์ของสุราโดยตรง (Intoxication) จากผลสำรวจของ ECA ในกลุ่มประชากรทั่วไปผู้มีปัญหาซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 11.6 มีภาวะติดสุรา (Regier et al., 1990) การสำรวจของ Edmonton Mental Health พบว่าผู้ที่ซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 30.5 มีปัญหาติดสุรา (Wang and El-Guebaly, 2004) และการสำรวจของ Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey พบว่าผู้ติดสุราและมีปัญหาซึมเศร้าเป็นเพศชายร้อยละ 19.8 และเพศหญิงร้อยละ 46 (Ross, 1995) จากผลการศึกษาปัจจัยทางด้านประชากรและสังคมต่อภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้ติดสุราของประชากรทั่วไปของ The National Comorbidity Study (NCS) พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 8.6 มีปัญหาติดสุราในขณะที่ร้อยละ 19.6 ของผู้ติดสุราเคยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือน โดยพบปัญหาซึมเศร้ารุนแรงในผู้ติดสุราเพศชายร้อยละ 24.3 และเพศหญิงร้อยละ 48.5 ทั้งนี้อาการซึมเศร้ารุนแรง การติดสุราและโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับอายุที่น้อย (12-24 ปี) การหย่าร้างการแยกกันอยู่หรือเป็นหม้าย และมีรายได้ในครอบครัวต่ำ (Wang & El-Guebaly, 2004)

### 2.3.3 กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) ผู้ป่วยที่มีปัญหา

บุคลิกภาพมักจะพบปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งสาเหตุที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเจ็บปวดทางใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา มาลัย เฉลิมชัยนุกูล และวิลาสินี ชัยสิทธิ์, 2545) ผู้ป่วยกลุ่มบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) มักจะมีประวัติของการใช้สารเสพติดหลายชนิดและมีปัญหากระทำผิดกฎหมาย กลุ่มนี้มักใช้ยาเพื่อให้เกิดความรู้สึกสุข ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติจากสารเสพติด (Narcissistic personality disorder) ซึ่งมักจะใช้สารหลายตัว

เพื่อลดความรู้สึกกังวลและซึมเศร้า ส่วนผู้ป่วยกลุ่มบุคลิกภาพก้าวร้าว (Passive aggressive) อาจใช้สุราและยาคลายเครียดเพื่อลดความกังวลและซึมเศร้า และผลการศึกษาของ Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey พบว่าร้อยละ 55 ของผู้มีปัญหาจากสุราเคยมีประวัติโรคจิตเวชร่วมโดยผู้ดื่มสุราที่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยจะมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมผิดปกติกว่าผู้ดื่มสุราทั่วไป (Ross, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคมเกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก รวมถึงปริมาณการดื่ม และความถี่ในการดื่มเพื่อเข้าสังคม โดยผู้ดื่มสุราที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม จะได้คะแนนในแบบสอบถามบุคลิกภาพต่ำและหากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีระดับอารมณ์ทางด้านลบสูง (Holdcraft et al., 1998)

**2.3.4 ภาวะการฆ่าตัวตาย (Suicidality)** ภาวะฆ่าตัวตายมักเกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่น ซึ่งการเสพติดสุราและสารเสพติดเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (Fortinash and Holoday-Worret, 2012) จากการศึกษาบทบาทของบุคลิกภาพผิดปกติดต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราที่กำลังแสวงหาการรักษา จำนวน 375 คน พบว่าร้อยละ 55 ถูกวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติ และร้อยละ 25 เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติทุกประเภทจะมีการพยายามฆ่าตัวตาย โดยพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบบ่อยในกลุ่มที่มีปัญหาบุคลิกภาพคาบเส้น (Borderline) และต่อต้านสังคม (Antisocial) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะพบความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างน้อย 1 อย่าง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ติดสุราและมีปัญหาความผิดปกติทางบุคลิกภาพร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าปัจจัยอื่นเนื่องจาก ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้นมาจากภาวะซึมเศร้า การควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ติดสุราเป็นบุคลิกที่นำไปสู่ความผิดปกติทางบุคลิกภาพหลายชนิด เช่น borderline และ antisocial และการติดสุรามีผลต่อการติดการพนัน ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Preuss et al., 2006) และจากการศึกษาของ Sher (2006) พบว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ดังนั้นภาวะซึมเศร้าเรื้อรังและเหตุการณ์ชีวิตที่ตึงเครียดจึงถือเป็นปัจจัยเร่งรัดให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

**2.3.5 กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorders)** การดื่มสุราและเสพสารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเวช มักจะได้รับการกล่าวถึงน้อย ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับผู้ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดที่มีอาการทางจิตซึ่งอาการมักจะเกิดขึ้นในขณะที่เสพจากผลสำรวจของ ECA รายงานความชุกของการเสพหรือการติดสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 33.7 ในขณะที่มีผู้เสพหรือติดสุราป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 3.8 (Regier et al., 1990) และพบว่าบุคคลที่เข้ารับการรักษาที่

สถาบันเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตหรือยาเสพติดจะมีภาวะโรคร่วมสูงกว่าบุคคลที่รักษาในชุมชน (Ross, 1995) และการศึกษาของ Mann et al. (2004) พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ติดสุราหญิง และร้อยละ 28 ของผู้ติดสุราชายเคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน

#### 2.4 การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

การรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ต้องใช้การดูแลรักษาที่ค่อนข้างซับซ้อน และการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการถอนพิษสุราได้อย่างทันทั่วทั้งใช้ระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จึงจะบรรลุประสิทธิผลในการบำบัดรักษา (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ในการรักษาผู้สุรานั้นเบื้องต้นต้องให้ยา เพื่อลดความไม่สบาย ความทุกข์ทรมานจากภาวะถอนพิษสุรา และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ หลังจากนั้นต้องมีรูปแบบการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ และมีระบบการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราให้นานที่สุด และสามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีกระบวนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, และสุวรรณ อรุณพงศ์ ไพบูลย์, 2543) ดังต่อไปนี้

**2.4.1 ขั้นเตรียมการบำบัดรักษา** ใช้เวลา 1-7 วัน เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสุรา ทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้ขั้นตอนการบำบัดรักษาและกระตุ้นให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น วางแผนให้การช่วยเหลือโดยการให้ยาทางจิตเวช และวางแผนให้ความช่วยเหลือ แนะนำครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเป็นกำลังใจและยอมรับผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลเพื่อให้ทราบประโยชน์ของการบำบัดรักษา และยินดีเข้าร่วมการรักษา

**2.4.2 ขั้นถอนพิษสุรา** ใช้เวลา 14-21 วัน เป็นการรักษาภาวะขาดสุรา ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ติดสุราและหยุดดื่มสุราภายในระยะเวลา 12-18 ชั่วโมง อาการของภาวะขาดสุรา ได้แก่ อาการเหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน อาการประสาทหลอนทางตาหรือหู บางรายมีอาการคลุ้มคลั่ง และอาจเกิดอาการชักได้ การรักษามุ่งเน้นบำบัดรักษาอาการวิตกกังวล ยาที่ใช้รักษา คือ กลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) การให้ยากันชัก ยาต้านการซึมเศร้า และยาบำรุงประสาท ให้สารน้ำและเกลือแร่

**2.4.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม** ใช้เวลา 3 เดือน ถึง 1 ปีครึ่ง เป็นการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่ภาวะถอนพิษสุราผ่านไป แล้วปัญหาที่พบบ่อยและเป็นปัญหาเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา คือ ปัญหา การติดเชื่อตามระบบต่างๆ การขาดสารอาหารและอาการของระบบประสาท ซึ่งต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ เช่น ให้ยารักษาโรคทางกาย และ

วิตามิน เป็นต้น (อาไปวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และการรักษาทางจิตใจและสังคม ช่วยให้เกิดทักษะในการปฏิเสธการหลีกเลี่ยง และการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยช่วยให้ผู้ป่วยสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้นานที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยสุราเกิดทักษะในการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง สามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปดื่มสุรา ควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้นานอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้นานไม่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งแนวทางการรักษาพยาบาลทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูทางจิตและสังคม มีรายละเอียดดังนี้ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1) การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการทำจิตบำบัดแบบปรับระดับประคอง โดยผู้รักษาต้องใช้วิธีการแบบเชิงรุก โดยมุ่งเน้นเฉพาะทักษะแก้การปัญหาตามสถานการณ์ การสร้างแรงจูงใจให้หยุดดื่มสุรา การเรียนรู้และคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา

2) การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral therapies) ได้แก่ การรักษาแบบชุมชนบำบัดซึ่งใช้หลักพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วย ครอบครัวยุติบำบัด การฝึกทักษะการทำงานทำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการ โดยปลอดสุราและการเข้าชมรมปลอดสุรา

3) การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกัน (Self help group) เป็นรูปแบบในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด รู้จักกันดีในนามของ Alcohol Anonymous หรือ AA เป็นการรวมกลุ่มของผู้ติดสุรา โดยผู้ติดสุราจะช่วยเหลือกันเอง วัตถุประสงค์หลักคือช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาวิถีทางอารมณ์ มีชีวิตอยู่ได้โดยไม่พึ่งพาสุรา ช่วยเหลือปรับระดับประคองให้ผู้เสพติดสุราที่มีความพยายามจะเลิกสุราด้วยความสมัครใจโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและไม่มีการดำเนินมาตรการให้กำลังใจและเข้าใจกัน

4) การบำบัดทางความคิดและทางพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapies) เป็นการบำบัดรักษาเพื่อเปลี่ยนความคิดผิดที่ฝังลึกและแนวคิดใหม่ที่ถูกต้องคิดแบบมีเหตุผลตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเพิ่มทักษะการเข้าสังคมควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุราโดยกลยุทธ์ในการควบคุมตนเองได้แก่การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามและการประเมินตนเอง (Self monitoring) การให้รางวัลเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย (Reward for goal attainment) การวิเคราะห์การผล่อใช้ (Functional analysis of drinking antecedents) และการเรียนรู้ทางเลือก (Learning alternative coping skill) จากรายงานการวิจัยพบว่า การบำบัดพฤติกรรมปัญญา

(Cognitive behavior therapy) เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผลที่มุ่งเน้นการระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การพัฒนากลยุทธ์การจัดการกับปัญหา และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2548; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2005) ซึ่งวิธีการที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การบำบัดแบบการควบคุมตนเอง (Self-control therapy) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2545) ซึ่งการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีกว่าการรักษาโดยควบคุมผู้ป่วยไม่ให้ดื่มสุรา จึงเห็นได้ว่าการควบคุมตนเองดีน่าจะช่วยให้สามารถเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546) นำมาซึ่งการปรับตัวกับสถานการณ์เสี่ยง ลดการกลับไปดื่มซ้ำได้ (จรรีตัน ไกรวงษ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2552)

**2.4.4 ขั้นการดูแลรักษาหลังฟื้นฟูสภาพ** ใช้เวลา 3-5 ปี เป็นการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วย ช่วยเรื่องการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับชุมชน (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียง รวมทั้งมีความรับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองเหมือนคนทั่วไปในสังคม (พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบุลย์, 2554) การติดสุราไม่ใช่ปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นปัญหาของครอบครัว สังคม ซึ่งครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลรักษาในระยะยาวเพื่อคงภาวะของการหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ติดสุราและครอบครัวต้องยอมรับ และรับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (อัญชลี คำรงค์ไชย, 2549) การบำบัดที่ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วม ได้แก่ การบำบัดแบบกระตุ้นในชุมชน (Community reinforcement approach/ CRA) เช่น การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยญาติจะได้รับการฝึกอบรมให้มีบทบาทในการดูแลโดยให้กำลังใจ มีส่วนกระตุ้นผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุราให้เข้าร่วมกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และส่งเสริมให้หาเพื่อนหรือเครือข่ายทางสังคมใหม่ๆ ที่ไม่ใช้สุรา (ดรณี ภูขาว, 2547)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาทั้ง 4 ขั้นตอนมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล จำเป็นต้องให้ความสำคัญในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถนำทักษะการควบคุมตนเอง ที่ได้รับการฝึกทักษะขณะอยู่โรงพยาบาลและนำกลับไปใช้ในชีวิตจริงขณะอยู่ที่บ้าน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้นานและสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

## 2.5 การพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมในชุมชน

การพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมในชุมชนเป็นการให้การพยาบาลหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งในระยะนี้จะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการดูแลของครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก เพราะครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เนื่องจากผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

### 2.5.1 หลักการพยาบาลผู้ติดเชื้อ

เครื่องมือที่ช่วยในการประยุกต์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและมีระบบต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยติดเชื้อ คือ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (สุวรรณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545)

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาล เพื่อให้การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะสุขภาพร่างกาย ภาวะทางอารมณ์พฤติกรรม การมาตรวจตามนัด โอกาสในการมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมต่อการหาย

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการประเมินสภาพของผู้ป่วยติดเชื้อในระยะสุดท้าย ซึ่งมีความสำคัญต่อการให้การดูแล เนื่องจากการวินิจฉัยการพยาบาลที่ชัดเจนและเชื่อถือได้ สามารถชี้ให้เห็นทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาลได้ โดยการตรวจสอบจากการบอกเล่า สังเกตและการหาข้อมูล โดยแหล่งข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยญาติพี่น้องหรือผู้ดูแล ซึ่งการประเมินสภาพทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะโรคจิตเวชที่เกิดร่วมด้วย เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานการบำบัดโรคทางจิตเวช หรือได้รับคำปรึกษาปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดร่วม (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541)

3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการกำหนดโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ การลำดับความสำคัญของปัญหา และมีเกณฑ์การตรวจสอบผลของการปฏิบัติ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการ

พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินใจโดยใช้ความรู้ ความสามารถทางการพยาบาล โดยต้องคำนึงถึงขอบข่ายของการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมาย มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาอื่นๆของผู้ป่วยตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และให้การดูแลช่วยเหลือตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นการกระทำที่ต้องใช้การตัดสินใจและทักษะเฉพาะ โดยการประยุกต์ใช้ความรู้และหลักการพยาบาลที่เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ การดูแล ให้ความช่วยเหลือ ประเมินสังเกตอาการ และดูแลให้ได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา การดำรงรักษาสุขภาพที่ดี การป้องกันการเจ็บป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อเจ็บป่วย การแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมและปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินที่ได้กำหนดไว้ และในกรณีที่ไม่เป็นไปตามกำหนดจะต้องค้นหาว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งจำเป็นต้องค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อวางแผนนำไปปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลอีกครั้ง

### 3. พฤติกรรมการดื่มสุรา

#### 3.1 ความหมายและรูปแบบพฤติกรรมการดื่มสุรา

Community Health Sciences (2006) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา รวมทั้งการดื่มสุราเพื่อสังคม

ประกิจ โปธิอาสน์ (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) ดื่มเป็นประจำ หมายถึง ปกตินิสัยในการดื่มสุราทุกประเภท และดื่มสม่ำเสมอเป็นประจำ (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2) ดื่มนานๆครั้ง หมายถึง การดื่มสุราที่มีการดื่มไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 3) ไม่ดื่ม หมายถึง ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกประเภท



สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคล ที่ทำให้เป็นผู้ดื่มหรือติดสุรา ประกอบด้วย สาเหตุของการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ปริมาณ และความถี่ในการดื่ม

พัชรินทร์ ชมเดช (2548) ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ จำแนกความถี่ของการดื่มสุราตามผลการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมการดื่มสุราออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยหรือเสี่ยงระดับต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรืออันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด ประเมิน โดยแบบประเมินระดับปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548)

การดื่มสุราในคนทั่วไปนั้นมีรูปแบบการดื่มที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ดื่มเป็นครั้งคราวเพื่อเข้าสังคมดื่มเพื่อเจริญอาหารดื่มเพื่อคลายเครียดเมื่อมีปัญหาดื่มจนเริ่มเป็นปัญหา หรือดื่มจนถึงขั้นติดจากการศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2547) ได้จัดประเภทของการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ไม่ดื่มเลย (Abstinence) กลุ่มที่ดื่มบ้างแต่ไม่เป็นอันตรายหรือแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Non-hazardous/low-risk drinking) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบมีปัญหา (Hazardous drinking /Risky drinking / harmful use) และกลุ่มที่ติดสุรา (Alcohol dependence)

รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

1) การดื่มแบบปลอดภัยหรือแบบความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มต่อวันในผู้ชาย และมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ การดื่มลักษณะนี้อาจเรียก responsible drinking หรือ safe-limit drinking

2) การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ Risky drinking) หมายถึง รูปแบบการดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมทั้งต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นแม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆในผู้หญิงคือการดื่มมากกว่า 2 ดื่ม แต่ไม่เกิน 4 ดื่ม ต่อวันหรือการดื่มที่มากกว่า 7 ดื่ม ต่อสัปดาห์ ในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่ม แต่ไม่เกิน 6 ดื่ม ต่อวันหรือการดื่มที่มากกว่า 14 ดื่ม ต่อสัปดาห์

3) การดื่มแบบปัญหา (Harmful Use) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งเป็นผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายสุขภาพจิต หน้าที่การงานและสัมพันธภาพกับคนอื่น ในผู้หญิงคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่ม ต่อวันขึ้นไป ในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 6 ดื่ม ต่อวันขึ้นไปซึ่งการดื่มลักษณะนี้กำลังเพิ่มมากขึ้น

4) การติดสุรา (Alcohol Dependence) หมายถึง ผู้ที่ติดสุราจะหมกมุ่นกับการดื่มเพื่อให้มีเมเมาและต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว บางคนดื่มทุกวันปริมาณไม่มากจึงมักไม่ทราบว่าตนเองติดจนมีเหตุบางอย่างให้ต้องหยุดดื่มจึงทราบว่าติดสุรา

### 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

พฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและเอื้อต่อกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ซึ่งอิทธิพลของสิ่งต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อตัวผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

**3.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล** ที่มีความเกี่ยวข้องกับการติดสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ โรคทางจิตเวช และอายุที่เริ่มดื่มสุรา ดังนี้

3.3.1.1 ด้านจิตใจ ผลของแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผ่อนคลายและมีความรู้สึกที่ชีวิตเป็นสุขเป็นสิ่งดึงดูดใจให้ยังมีพฤติกรรมการดื่มสุรา เกิดการติดทางใจ (Psychological dependence) ซึ่งการติดทางใจมีความสำคัญและเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่าการติดทางกาย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราพบว่าร้อยละ 51.20 ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง เมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น บุคคลส่วนหนึ่งจะใช้การดื่มสุราเป็นการจัดการกับปัญหาทางใจ เป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ โดยใช้วิธีดื่มสุราเพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ปริทรรศ สิลปะกิจ และคณะ, 2542) ผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะดื่มเพื่อลดความตึงเครียด ได้แก่ การมีความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีปัญหาในการทำงานหรือดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพัน การแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่เหมาะสมในครอบครัว ความโศกเศร้าเสียใจ ทำให้ผู้ป่วยใช้วิธีในการแก้ไขปัญหาชีวิต ด้วยการดื่มสุราและสารเสพติด ซึ่งจะเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้นในกรณีที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชร่วม (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542)

3.3.1.3 ด้านอารมณ์ พบว่าอารมณ์เป็นสาเหตุที่ช่วยส่งเสริมให้การดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นเพราะคิดว่าการดื่มสุราจะช่วยกระตุ้นทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Facilitate social interaction) เปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวและสติสัมปชัญญะ ช่วยแก้ไขสภาพอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น ลดอาการเศร้า ความคับแค้นใจ ปมด้อย นอนไม่หลับ เจ็บปวด และลดความยุ่งยากในการเผชิญกับสังคม (Reduce in constraining social setting) เพราะการดื่มสุราทำให้กล้าแสดงออก กล้าพูดและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) เหตุผลที่ผู้เป็นโรคติดสุรามีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่องเพราะช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้มีจิตใจเบิกบาน (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2544)

3.3.1.4 ด้านบุคลิกภาพ ผู้ติดสุราซึ่งมีพฤติกรรมก้าวร้าวจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ มีความรู้สึกห่างเหินจากสังคม ไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง และแก้ไขปัญหาชีวิตด้วยการดื่มสุราและสูบบุหรี่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพเฉพาะหลายอย่าง ที่พบในผู้ติดสุรา เช่น บุคลิกภาพแบบพึ่งพา เก็บกด หมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความต้องการในอำนาจ ชื่อเสียง แต่ยังรู้สึกว่าตนเองยังด้อย จึงใช้การดื่มสุราเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (สุภาภรณ์ สมพาน, 2546) สอดคล้องกับเอ็ดมอนด์ เนตรแซม (2541) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกอ่อนแอ มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เกรียดย่าง จึงใช้การดื่มสุราช่วยลดความเครียดในการทำงาน

3.3.1.6 โรคทางจิตเวช (Psychiatric disorder factor) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงปี ค.ศ. 1980-1984 พบว่า ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา จะมีโรคทางจิตเวชร่วมถึง ร้อยละ 37 เป็นโรคทางอารมณ์ (Mood disorder) และโรคลุ่่มวิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ โรคตื่นตระหนก (Panic disorder) โรคกลัวการเข้าสังคม (Social phobia) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ซึ่งแม้ว่าจะได้รับการบำบัดช่วยเหลือแล้ว แต่ผู้ป่วยยังกลับไปดื่มซ้ำ เพื่อบรรเทาอาการ และกลับไปติดสุราในที่สุด (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) และพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่พบในผู้เป็นโรคจิตเรื้อรัง ซึ่งมีความวิตกกังวลสูง ไม่มี ความมั่นใจในตนเอง และอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราลดลง (ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนระวีชต์ นามผลดี, 2550) และความ

อ่อนแอของผู้ติดเชื้อในด้านอารมณ์ สติปัญญา การมีร่างกายที่ไม่แข็งแรง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อขาดความมั่นใจในตนเอง ใช้หลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการดื่มสุรา (อัญญาพร นัคสาสาร, 2548)

3.3.1.7 อายุที่เริ่มดื่มสุรา จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ชาวญี่ปุ่นติดเชื้อพบว่า ปัจจัยหนึ่งเกิดจากการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุเฉลี่ย 13.5 ปี (Suzuki, Takeda & Matsushita, 2005) และบุคคลที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อมากกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุมากกว่าซึ่งพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 21 ปี มีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อ น้อยกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 12 ปี (Komro & Toomey, 2000) และช่วงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรามากที่สุด คือ 28–37 ปี ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักในช่วงกลางวัน พอตกเย็นจึงชอบดื่มเพื่อผ่อนคลายความเครียด จากการทำงานประกอบกับวัยนี้มักจะมีการดื่มสังสรรค์บ่อย เนื่องจากมีเพื่อนและคนรู้จักมาก นอกจากนี้ ในระยะที่มีการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการปรับตัวมีการพัฒนาความคิด และอารมณ์ หากพัฒนาการในช่วงนี้ล้มเหลวจะทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีพฤติกรรมดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นโรคติดเชื้อ (White & Jackson, 2005)

3.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสร้างค่านิยม เจตคติ อุปนิสัย และบุคลิกภาพของบุคคลในครอบครัวที่ทะเลาะกันจนถึงขั้นทำร้ายต่อกัน จะพบว่ามีอัตราการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 18.20 และครอบครัวที่ขัดแย้งกันบ่อยๆ มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 11.40 (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) อิทธิพลของครอบครัวจึงมีผลต่อพฤติกรรมดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว (นิศานาถ โชคเกิด, 2545) และการที่สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน จะส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมดื่มสุราเพิ่มขึ้น และส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ ทำให้เพิ่มอัตราการดื่ม และการกลับมาดื่มใหม่ หลังจากที่ได้พยายามหยุดพฤติกรรมดื่มสุราไปแล้ว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) และจากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าสาเหตุหนึ่งของตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวขอร้องให้เข้ารักษาตัว ทั้งๆ ที่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อไม่ต้องการเลิกดื่มสุรา เพราะคิดว่าการดื่มของตนไม่ได้ทำให้เกิดปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา บุญญาภาส (2547) ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถลด ละ เลิกพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มสุราได้

3.3.3 ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ ความคาดหวัง ค่านิยมและเจตคติ มีผลต่อการดื่มสุรา เช่น วัฒนธรรมของคนไทย มีเทศกาลสงกรานต์ งานแต่งงาน เป็นต้น ซึ่งเทศกาลเหล่านี้สุรามิบทบาทสำคัญให้เกิดความสนุกสนาน รื่นเริง (WHO, 2007) จาก

งานวิจัยของ วีรวรรณ เล็กสกุลไชยและจินตนา เทพทรงสัจจะ (2545) พบว่า ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม มีบทบาทต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา มากกว่าปัจจัยด้านชีวภาพและเคมีในสมอง ผู้ที่ดื่มสุรามักจะมีความคาดหวังว่าเมื่อดื่มสุราแล้วจะทำให้มีความมั่นใจและมีความสามารถในการแสดงออกถึงความรู้สึกได้มากขึ้น และกล้าเปิดเผยความรู้สึกได้เพิ่มขึ้น (Young & Oei, 2000) และสาเหตุส่วนใหญ่ของการดื่มสุรา เกิดจากต้องการสนุกสนานสังสรรค์ เพื่อนชวน อยากรอง ส่วนเหตุผลของการดื่มอย่างต่อเนื่อง คือ ลดอาการ หงุดหงิด ทำให้หลับสบาย สนุกสนาน และเหตุผลของการกลับไปซ่ำดื่ม เนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็งปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ เครียด กลุ้มใจ (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) จะเห็นได้ว่า ความคาดหวัง เจตคติ และค่านิยม ในการดื่มสุราเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการดื่มสุราจนเกิดการติดสุรา ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการติดสุรามากที่สุด (ประวิต ชัยยะเกิด, 2549)

ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ชักจูงให้ดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลมากกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ให้เลิกดื่มสุรา จากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าปัจจุบันนโยบายเปิดตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสรี ทำให้มีการผลิตและจำหน่ายสุรามากขึ้น จำนวนสื่อโฆษณาชี้ชวนให้ดื่มสุรา และจำนวนร้านจำหน่ายสุราใกล้บ้านมีมากขึ้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีขายในร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ ตู้แช่ตามหมู่บ้าน ซึ่งเอื้อให้ผู้ติดสุรา สามารถดื่มได้ตามความต้องการในปริมาณมาก เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งการอยู่ในแหล่งที่มีการจำหน่ายหรือดื่มสุราเป็นปกติเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสุรากลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราหลังหยุดดื่มสุราได้ (Polsonkram, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวณี วิกัน (2548) พบว่าการอยู่ใกล้แหล่งจำหน่ายสุรารออยู่ในแหล่งอบายมุขและสถานเริงรมย์ เป็นปัจจัยในการเสพสุราซ้ำในผู้ป่วย โดยการอยู่ในชุมชนหรือในสังคมที่มีสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความคิดและความรู้สึกจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อสิ่งเร้าต่างๆได้ และกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราในที่สุด (อัจฉราพร นัคสาสาร, 2548) และจากการศึกษาของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่าการเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำ โดยผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตสูงจะมีโอกาสในการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตในระดับปานกลางและระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคจิตเวชรวมนั้น มีส่วนคล้ายคลึงกับผู้ป่วยติดสุราทั่วไป แต่จะมีความแตกต่างกันในด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ โรคทางจิตเวช ซึ่งมีผลให้ระดับพฤติกรรมการดื่มที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

เพื่อเสริมแรงทางบวกจากการดื่ม เช่น ทำให้คลายจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม (Barlow & Durand, 2005) และตอบสนองต่อแรงกดดันในสังคม (Buckner et al., 2006) ทำให้อาการทางจิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุรารุนแรงมากขึ้น (Cargiulo, 2007) ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะโรค (Bagby et al., 2002) ซึ่งส่งผลให้การบำบัดรักษาภาวะติดสุรามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (อรัญญา แพทย์ และนฤชญา ศรีบูรพา, 2552)

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ดื่มสุรามีหลายลักษณะ เช่น การดื่มหนักทุกวัน การดื่มจนเมาบ่อยๆ การดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หรือดื่มจนติด ซึ่งจะเห็นว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มากเกินไปเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่ม ครอบครัว และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เกิดปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากในสังคมทั่วโลก (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ซึ่งการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วย และประเมินช่วยให้บุคลากรตรวจพบว่า บุคคลนั้นๆ มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) รุนแรงระดับใด ตั้งแต่การดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบมีปัญหา จนถึงภาวะเสพติดสุรา ซึ่งผลการรักษาขึ้นกับระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการคัดกรอง และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราด้วยแบบประเมินต่างๆ ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เช่น Quantity- frequency questionnaire, CAGE และ AUDIT (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบประเมิน Quantity- frequency questionnaire เป็นเครื่องมือประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา โดยเฉลี่ย หรือลักษณะที่ดื่มเป็นประจำและปริมาณที่มากที่สุดในเดือนที่ผ่านมา ใช้คัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะมีความเสี่ยงหรือเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นแบบประเมินที่ทำได้รวดเร็ว เหมาะกับกรณีที่มีเวลาจำกัด มีข้อด้อยคือ อาจประเมินการดื่มได้ต่ำกว่าความเป็นจริง และขาดการประเมินการดื่มหนักในช่วงอื่น (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนก บุญเจริญ และ สุนทรี ศรีโกไสย, 2549)

2) แบบประเมิน CAGE เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้คัดกรองการดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ โดยตัวย่อของคำถามแต่ละข้อประกอบกันเป็นชื่อแบบประเมิน คือ

CUT DOWM คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่

ANNOYED เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณ โดยการกล่าวเตือน หรือ  
ตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่

GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่

EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นครั้งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่ เพื่อที่จะได้  
กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

การแปลผล สำหรับผู้ที่ตอบ “ใช่” ตั้งแต่สองข้อขึ้นไป อาจมีภาวะติดสุราได้ โดย  
ความจำเพาะ (Specificity) ของ CAGE ในการค้นหาภาวะดื่มสุราแบบอันตรายและภาวะติดสุราสูง  
ถึง 85-95 % ส่วนความไว (Sensitivity) ของ CAGE นั้นมีค่าค่อนข้างกว้างตั้งแต่ 43-94 % ดังนั้นแม้  
ตอบ “ไม่” ทุกข้อผู้ป่วยอาจยังมีความเสี่ยงในการดื่มสุราอยู่ (สาวิตริ อัยณางค์กรชัย, 2552) ซึ่งการ  
ประเมินด้วยเครื่องมือ CAGE มีข้อจำกัดคือ “ไม่” ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่และรูปแบบใน  
การดื่มสุรา ไม่สามารถแยกปัญหาการดื่มสุราในอดีตและปัจจุบันได้ จึงไม่เหมาะในการประเมิน  
กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (พันธุณฑา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนก บุญเจริญ และสุนทร ศรีโกไสย, 2549)

3) แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) เป็นแบบ  
ประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ซึ่งมีแนวคิดหลัก  
ครอบคลุมถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การติดสุราและผลเสียจากการดื่มสุรา โดยให้กลุ่มนักวิจัย  
นานาชาติพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนความรู้จากแบบประเมินตนเอง วิธีการตรวจทาง  
ห้องปฏิบัติการและวิธีการทางคลินิกที่เคยปฏิบัติมาก่อน รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งข้อมูลทั่วไป  
ประวัติการเจ็บป่วย การดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ผลการดื่มต่อจิตใจ ปัญหาจากการดื่ม และประวัติ  
การดื่มสุราในครอบครัว โดยพิจารณาความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ความถี่ของการดื่ม  
หนักที่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง และพิจารณาความตรง ความสอดคล้องทางคลินิกและ  
ความครอบคลุมตามแนวคิดหลัก เพื่อคัดกรองพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มากเกินไป และเพื่อช่วยให้  
บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถค้นหาผู้ที่จะได้รับประโยชน์หากลดหรือเลิกดื่มสุรา ที่  
ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ  
ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. การดื่มแบบเสี่ยง ประเมินปริมาณที่ดื่มประจำและความถี่ในการดื่มหนัก จำนวน 3 ข้อ  
ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 3

2. การดื่มแบบติด ประเมินความสามารถในการควบคุมการดื่มหนัก ปริมาณการดื่มที่  
เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การดื่มเพื่อถอนในตอนเช้า จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5 และ 6

3. การดื่มแบบอันตราย ประเมินความความรู้สึกคิดหลังจากดื่มสุรา การจำเหตุการณ์ช่วงที่เมาสุรา การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา และการมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราของตน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9 และ 10

ส่วนการแปลผลการประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT จากคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous) และดื่มแบบอันตราย (Harmful) จนถึงดื่มแบบติด (Dependence) ได้ ซึ่งสามารถแยกได้โดย คะแนนรวม 0-7 คะแนน เป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ/ไม่ดื่ม (Low risk/abstinence) คะแนนระหว่าง 8-15 คะแนน เป็นการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous) คะแนนระหว่าง 16-19 คะแนนเป็นการดื่มแบบอันตราย (Harmful) และคะแนน 20-40 คะแนน เป็นการดื่มแบบติด (Dependence) (พินธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548) เนื่องจากเป็นแบบประเมินเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมใช้ในปัจจุบันมากที่สุด เนื่องจากสามารถใช้ได้ง่าย ประหยัดเวลา เหมาะกับบริบทของสังคมไทย (สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, 2552) และเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานระดับนานาชาติ สามารถจำแนกพฤติกรรมกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบติดและมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) และภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful alcohol use) ตามระบบการวินิจฉัยโรค ICD-10 โดยมีค่าความไวในการประเมินการดื่มแบบมีปัญหาค่าที่ 0.95 และมีค่าความจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพินธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม แบ่งเป็น 7 ด้าน

##### 4.1 อายุที่เริ่มดื่มสุรา

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2541) กล่าวว่า Age of onset คือ อายุที่พบอาการของโรคครั้งแรก ซึ่งหมายถึง อายุที่พบอาการของโรคหรือเริ่มแสดงอาการของโรค

Mayo Clinic (2010) กล่าวว่า อายุที่เริ่มต้น (Early age) คือ อายุที่เริ่มต้นของพฤติกรรมกาเสพติด ซึ่งการเริ่มเสพติดตั้งแต่อายุ 16 ปี หรือน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะได้รับอันตรายและกลายเป็นผู้ติดสารเสพติดในอนาคต

Boyd (2012) กล่าวว่า Age of onset คือ อายุที่พบอาการของโรคครั้งแรก



สรุป อายุที่เริ่มติ่มสุรา หมายถึง อายุแรกเริ่มที่ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมการติ่มสุรา

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มติ่มสุรากับพฤติกรรมการติ่มสุราในผู้ติ่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม การเริ่มติ่มสุราตั้งแต่อายุน้อย ปริมาณการติ่มหนัก และภาวะบุคลิกภาพมีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุรา (Modesto-Lowe & Kranzier, 1999) โดยช่วงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุรามากที่สุด คือ 28-37 ปี ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักในช่วงกลางวัน พอตกเย็นจึงชอบติ่มเพื่อผ่อนคลายความเครียด จากการทำงานประกอบกับวัยนี้มักจะมีการติ่มสังสรรค์บ่อย เนื่องจากมีเพื่อนและคนรู้จักมาก นอกจากนี้ ในระยะที่มีการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการปรับตัวมีการพัฒนาความคิด และอารมณ์ หากพัฒนาการในช่วงนี้ล้มเหลวจะทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการติ่มสุรามากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคติ่มสุรา (White & Jackson, 2005) โดยพฤติกรรมการติ่มสุราและโรคจิตเวชร่วม มีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มเป็น จากการศึกษาของ Wang & El-Guebaly (2004) พบว่าการเริ่มติ่มสุราตั้งแต่อายุน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติ่มสุรา ภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเวชร่วม และจากการศึกษาของ Pilowsky et al. (2009) พบว่าอายุที่เริ่มติ่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพติ่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hingson (2006) ที่พบว่าการเริ่มติ่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยส่งผลให้ติ่มสุราตั้งแต่อายุน้อยและนำไปสู่พฤติกรรมการติ่มสุราแบบเรื้อรัง และการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ (2554) ในผู้ป่วยที่เริ่มติ่มสุราครั้งแรกในช่วงอายุต่ำกว่า 21 ปี พบว่ามีพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่เริ่มติ่มช่วงอายุ 22-44 ปี จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอายุที่เริ่มติ่มสุรากับพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ติ่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ประเมินอายุที่เริ่มติ่มสุราจากผู้ติ่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และลงในแบบบันทึกไว้ในข้อมูลส่วนบุคคล

#### 4.2 ประวัติการติ่มสุราในครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบทางสังคมระบบหนึ่งมีลักษณะเป็นระบบเปิด (Open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ ระบบย่อยของสมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) ซึ่งประกอบด้วย ระบบย่อยคู่สามีภรรยา (Spousal subsystem) ระบบย่อยของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร (Parent-Child subsystem) ระบบย่อยพี่น้อง (sibling subsystem) และระบบย่อยอื่นๆ (Other subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีความสัมพันธ์เฉพาะ เช่น ขยายกับหลาน สะท้อนกับมารดาของสามี ลูกกับหลาน เป็นต้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือสามี ภรรยาและบุตร เป็นต้น

สนธิ สมัครการ (2538) ให้ความหมายครอบครัวไว้ว่า “กลุ่มของญาติสนิทกลุ่มหนึ่งซึ่งอยู่ร่วมหลังคาบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในบริเวณรั้วบ้านเดียวกัน เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป โดยทำหน้าที่เบื้องต้นที่จำเป็นต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการพื้นฐาน (Basic need) ของมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเป็นญาติของสมาชิกแต่ละครอบครัว

นิตยา คชภักดี (2548) ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก เป็นแกนกลางของสังคมที่เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต

สรุป ครอบครัว หมายถึง การใช้ชีวิตร่วมกันของกลุ่มบุคคลอันได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยาและบุตร รวมถึงญาติสนิทในบ้านหลังเดียวกันเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป

**ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการดื่มสุราในครอบครัวกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม**

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสร้างค่านิยม เจตคติ อุปนิสัย และบุคลิกภาพของบุคคล (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่, 2553) ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การที่บุคคลใกล้ชิดซึ่งมีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้นโดยไม่รู้ตัว (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) โดยบุตรของผู้ติดสุรามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ผิดปกติและมีพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดสุราในอนาคต (นิศานารถ เกิดโชค, 2547) จากการศึกษาของ เสาวณี วิกัน (2548) พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัว และบุคคลที่เคารพศรัทธา รวมถึงเพื่อนชักชวนให้ดื่ม และจากการศึกษาของ Polsongkram (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุรา และการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุรา เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (Pilowsky et al., 2009) ซึ่งการที่มีบุคคลในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการโต้เถียง ทะเลาะวิวาทในครอบครัว เกิดครอบครัวแตกแยก และเกิดความห่างเหินแยกตัวเอง (Clar, 2003) ก่อให้เกิดความเครียด กังวลใจ ทำให้ผู้ติดสุราและผู้ที่ได้รับผลกระทบ (สมภพ เรื่องตระกูล,

2547) และใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม หากทางออกที่ผิดโดยการดื่มสุรามากยิ่งขึ้น (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของประวัติการดื่มสุราในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง สามี ภรรยา รวมถึงบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินประวัติการดื่มสุราในครอบครัวได้จากการที่ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และลงในแบบบันทึกไว้ในข้อมูลส่วนบุคคล

#### 4.3 ชนิดของโรคจิตเวชร่วม

Williams & Cohen (2000) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง การมีโรคเกิดขึ้นร่วมกันหรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกัน โดยทั้งสองภาวะมีความสัมพันธ์กันในเชิงเป็นสาเหตุหรือเป็นผลที่ตามมาของทั้งสองภาวะ

Fortinash & Holoday-Worret (2012) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกันของ 2 โรค หรือมากกว่าในช่วงเวลาเดียวกัน

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2548) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง การที่ผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคมากกว่าหนึ่งโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดชีวิต

สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ (2552) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง การเกิดขึ้นพร้อมกันของความเจ็บป่วย 2 โรค หรือมากกว่า เช่น การเกิดร่วมกันของโรคจิตเภทกับการใช้สารเสพติด หรือการติดสุรากับโรคซึมเศร้า

สรุป ชนิดของโรคจิตเวชร่วม หมายถึง การเกิดโรคหรืออาการของโรค 2 โรค ในบุคคลเดียวในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งทั้งสองโรคมีความสัมพันธ์กันโดยไม่สามารถแยกได้ว่าโรคใดโรคหนึ่งเป็นสาเหตุหรือเป็นผลจากอีกโรคหนึ่ง

ภาวะโรคร่วม (Comorbidity) เป็นการมีโรคเกิดขึ้นร่วมกันหรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกัน โดยทั้งสองภาวะมีความสัมพันธ์กันในเชิงเป็นสาเหตุหรือเป็นผลที่ตามมาของทั้งสองภาวะ (Williams & Cohen, 2000) ซึ่งชนิดของโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยเกี่ยวข้องกับระยะการดำเนินของโรครุนแรง ซึ่งทำให้การรักษายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจะรบกวนการรักษา หรือภาวะอาการทางจิต และจำกัดการใช้ยาในการรักษาโรค รวมถึงความร่วมมือในการรักษาและความพร้อมในบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

## ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุรากับชนิดของโรคจิตเวชร่วมนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกันจะพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ดื่มสุราตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปจะมีลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่ดื่ม 1-4 ดื่มมาตรฐาน (วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554) ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคอารมณ์แปรปรวนมักมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมแรงทางบวกจากการดื่ม เช่น ทำให้มีความสุข คลายจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม (Barlow & Durand, 2005) และตอบสนองต่อแรงกดดันในสังคม (Buckner et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคอารมณ์แปรปรวน ใช้สุราเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นโรคที่เกิดจากการใช้สุรา (Alcohol use disorder) (Flensburg-Madeset et al., 2009) และจากการศึกษาของ Gillihan, Farris and Foa, (2011) ที่พบว่าปฏิกริยาของอารมณ์วิตกกังวลกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเหตุการณ์วิกฤติมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการดื่มสุรา และการศึกษาของ Buckner et al. (2008) พบว่าโรคกลัวสังคม (Social anxiety disorder) มีความสัมพันธ์กับความเสียดต่อการมีพฤติกรรมการเสพติดสุรามากกว่าโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ ในขณะที่ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) จะมีลักษณะต้องการพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ มีความยากลำบากในการตัดสินใจ ไม่มั่นใจในความสามารถของตน และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541) จะมีพฤติกรรมการเสพติดสุราได้ง่ายเนื่องจากไม่กล้าปฏิเสธคำชักชวน กลัวไม่ได้รับการยอมรับ และพึ่งการดื่มสุราเพื่อให้สามารถเข้าร่วมสังคมได้ (วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554)

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของ ชนิดของโรคจิตเวชร่วม หมายถึง โรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ติดสุรา ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression), โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) 2) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder), โรคแพนิก (Panic disorder), โรคกลัว (Phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) 3) กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) 4) กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorders) และ 5) การฆ่าตัวตาย (Suicidality)

โดยประเมินชนิดของโรคจิตเวชร่วมจากการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากจิตแพทย์ และเวชระเบียน ประวัติการรักษา และลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

#### 4.4 การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งมีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการเผชิญความเครียดไว้ดังนี้

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็น □ ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ □ ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคลซึ่งสามารถจัดการได้ □ ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อ □ เนื่องและตลอดเวลา โดยแบ่ง □ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็น □ 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวปัญหาเอง (Problem Coping Behavior) หรือปรับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เน้นการใช้อารมณ์ (Emotion Coping Behavior) เป็นการใช้อารมณ์เป็นหลักในการแก้ไขสิ่งทำให้เกิดความเครียด

Ray, Lindop & Gibon (1982) ได้อธิบายว่า การเผชิญความเครียด คือ การจัดและบรรเทาสถานการณ์ที่เป็นปัญหาโดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนสถานการณ์หรือทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือจัดการอารมณ์ที่เป็นแง่ลบเมื่อประสบความเครียด และการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับประเมินปัญหาของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์นั้น การประเมินปัญหาคือขึ้นอยู่กับควบคุมตนเองของบุคคล (Personal Control) ว่าสถานการณ์ความเครียดจะเป็นสิ่งคุกคามอันตรายหรือทำลาย ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดประกอบด้วย การปฏิเสธการควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น การเอาปัญหาออกไป การพึ่งพาผู้อื่น การหลีกเลี่ยงปัญหาและการทำให้เป็นเรื่องเล็ก

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ รวมถึงการหาทางออกเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

**ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม**

การเผชิญความเครียด เป็นพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ ซึ่งสภาพอารมณ์ทางลบ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือเป็นสิ่งเร้าให้เกิดความเสียดต่อการดื่มสุรา (Marlatt, 1996) ผู้

ติดสุรามักมีความอ่อนแอในด้านอารมณ์ ขาดความมั่นใจในตนเองและหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการดื่มสุรา (อัญญาพร นัคสาสาร, 2548) และผู้ป่วยสุรามักมีความอดทนต่อความไม่สมหวังต่ำ มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตได้ เป็นสาเหตุให้กลับไปมีพฤติกรรมการดื่มซ้ำ (Shives, 1994) ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ติดสุราต้องเผชิญจากปัญหาทางด้านครอบครัว เช่น การทะเลาะกันในครอบครัว การหย่าร้าง หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้กระตุ้นอารมณ์ด้านลบและกลับไปดื่มสุราอีก (ประไพ ทายุทธ, 2545) และจากการศึกษาของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่าการเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตสูงจะมีโอกาสในการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยใช้การดื่มสุราเพื่อจัดการกับปัญหาทางใจ เป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการเผชิญความเครียด ของ จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ที่แปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 15 ข้อ และการจัดการกับอารมณ์จำนวน 25 ข้อ โดยเครื่องมือเป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88

#### 4.5 แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

Loundon & Bitta (1988 อ้างถึงใน สุนทรี ศรีโกโสโย, 2549) ให้ความหมายของแรงจูงใจว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่อยู่ภายในตัวที่เป็นพลัง ทำให้ร่างกายมีเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้แล้ว ซึ่งมักจะเป็นเป้าหมายที่มีอยู่ในภาวะสิ่งแวดล้อม

Cox & Klinger (1988) ให้ความหมายของแรงจูงใจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกของบุคคล ในการกระทำหรือปฏิเสธการกระทำ ซึ่งเป็นการตัดสินใจภายใต้พื้นฐานจากปัจจัยด้านสถานการณ์ สภาพอารมณ์ความรู้สึก ผ่านกระบวนการรู้คิดไตร่ตรองโดยใช้เหตุผลถึงผลลัพธ์จากการกระทำ

Cooper (1994) ให้ความหมายของแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การรับรู้หรือการประเมินคุณค่าถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลว่าเป็นไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ และมีแรงผลักดันจากภายในหรือภายนอกร่างกาย ในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ก่อนที่จะตัดสินใจว่าเลือกกระทำหรือไม่กระทำ

สรุปได้ว่า แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดสุราถึงความต้องการที่จะบรรลุป้าหมาย รับรู้ถึงสิ่งทีก่อให้เกิดพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาที่จะช่วยให้หยุดดื่มสุราได้

#### ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

แรงจูงใจในการดื่มสุรา เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการตัดสินใจเลือกที่จะดื่มหรือปฏิเสธการดื่มสุราโดยผ่านกระบวนการรู้คิด การตัดสินใจและการจดจำของบุคคล (จิราวรรณ พรหมชาติ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) และเป็นปัจจัยที่สำคัญอันดับแรกของการดื่มสุรา (Cooper, 1994 อ้างถึงใน Kuntsche, 2007) แรงจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลเป็นแรงจูงใจภายในที่เกิดขึ้นจากความต้องการของตนเองไม่ใช่มาจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีความสำคัญมากกว่าแรงจูงใจภายนอก ผู้เสพติดสุรามีบุคลิกภาพที่พึ่งพิง อารมณ์อ่อนไหว การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรักความเข้าใจต่อกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) โดยลักษณะทั่วไปของผู้เสพติดสุรา จะหมกมุ่นกับการดื่มสุราเพื่อให้เกิดอาการเมเมา และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่มสุรา ซึ่งบางครั้งผู้ติดสุรายังสามารถทำงานได้แม้ว่าจะดื่มสุรา ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (Crumpler, 2005) ซึ่งนอกจากบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ผู้เสพติดสุรามักอยู่ในภาวะซึมเศร้า (เอื้อมเดือน เนตรแฉม, 2541) ถ้าดื่มสุราในปริมาณมากและเวลานานสมองจะถูกทำลาย ทำให้การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความรับผิดชอบต่อตนเองลดลง ส่งผลต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราลดลงด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ของ Polsongkram (2008) มาใช้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการรับรู้ของผู้ติดสุราถึงความต้องการที่จะบรรลุป้าหมาย รับรู้ถึงพลังทีก่อให้เกิดพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาที่จะช่วยให้หยุดดื่มสุราได้ ประเมินได้จากแบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มของ Polsongkram (2008) สามารถนำมาใช้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมได้ โดยมีค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.74

#### 4.6 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของความเชื่อไว้ ดังนี้

Rokeach (1970) ให้ความหมายของความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคล ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบโต้ในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจไม่รู้ตัว

นิศานาค เกด โชค (2545) ให้ความหมายของความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการยอมรับข้อเท็จจริงของบุคคลต่อสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ทำให้เกิดแนวปฏิบัติตามแนวความคิดความเข้าใจนั้น

สรุป ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เจตคติเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคมเมื่อมีการดื่มสุรา การรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของผู้ป่วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตวิทยาอธิบายพฤติกรรมหรือการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติเมื่อเกิดความไม่แน่ใจ โดยมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อในผลที่จะได้จากการกระทำของตน ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ดังนี้ (Becker, 1974)

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกคุกคามต่อชีวิต ซึ่งบุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อการหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสรู้สึกเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการตัดสินใจของบุคคลถึงระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ สามารถพัฒนาได้โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ

3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefit and Barriers to taking action) เป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณค่า หรือประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อปฏิบัติแล้วจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงต่อการปฏิบัติ เช่น สูญเสียค่าใช้จ่าย การมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เช่นทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สบาย หรือสิ่งไม่พึงปรารถนาต่างๆ

4) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือเป็นสิ่งกระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ

5) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Modifying factor) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติของบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร (Demographic variables) ซึ่งแสดงถึง



ความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น และปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychologic variables) เป็นการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

จากการศึกษาของ ฉัฐธิดา นิमितติ (2551) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการดื่มสุรต่ำจะมีพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรต่ำ ซึ่งผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีความคิดและความเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) และจากการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรจน์ (2551) พบว่าเจตคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ติดสุราที่มีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มสุราช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้ ในขณะที่ผู้ติดสุราที่มีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้า ของโยชิน ปอยสูงเนิน (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อดื่มสุรา และการรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการดื่ม เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะการติดสุราร่วมมีความใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษา การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .74

#### 4.7 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลายแนวคิด และเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลว่ามีคนรักเอาใจใส่ รู้สึกภาคภูมิใจ และยอมรับว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1988) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกถึง ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า การ

ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง คำแนะนำ การดูแล การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการประเมินตนเอง

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ หัวหน้า ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน และ ความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ พ่อแม่ คู่สมรส และเพื่อน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมในการได้รับความช่วยเหลือออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย รับฟัง และไว้วางใจ

2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหา

3) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือสิ่งของ เงินทอง และเวลา

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายด้าน ซึ่งเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม และเป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป จากการทบทวนวรรณกรรม พบดังนี้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .93 และ นฤมล คมกล้า (2553) ได้ปรับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ให้เหมาะสมกับวัยรุ่นที่คิดเชื่อเอชไอวี ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้ปรับข้อคำถาม มีจำนวน 16 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .70 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .97 และ .94 ตามลำดับ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ภัทรารกร วิริยวงศ์ (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของสุณี สุวรรณพสุ (2544) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) ที่สร้างขึ้นโดยปรับข้อคำถามให้ตอบสนองความต้องการแรงสนับสนุนในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 37 ข้อ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน คือ

การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร 5 ข้อ การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ 6 ข้อ การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 10 ข้อ และการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า 8 ข้อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .95

ประไพ ทายุทธ (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของศิริรณภา นันทพงษ์ (2542) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ของ Brandt & Weinert (1981) ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนด 11 แหล่ง ได้แก่ บิดามารดา บุตร คู่สมรส ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระ บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ผู้ที่มีปัญหาคล้ายกันและอื่นๆ ซึ่งสามารถเลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่ง และตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

#### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

การได้รับการสนับสนุนในด้านวัตถุสิ่งของ การบริการ การให้ข้อมูล ข่าวสาร การยอมรับ และเห็นคุณค่า รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ทัศนคติในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมาจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชนที่อาศัย (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) เป็นส่วนช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้น (Waliser et al., 2000) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา (สมนึก หลิมศิริโรรัตน์, 2551) และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีผลต่อพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุรา (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของโยธิน ปอยสูงเนิน (2544) โดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะการติดสุราร่วม ซึ่งครอบคลุม

การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งใช้เวลาประเมินไม่มากเหมาะสมกับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .74

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัจฉราพร นัคสาสาร (2549) ได้ศึกษาลักษณะการเสพติดสุราของผู้เสพติดสุราซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านสาเหตุส่วนบุคคล สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้กลับไปมีพฤติกรรมการเสพติดสุรา ในกลุ่มผู้เสพติดสุราซ้ำที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ และกลับเข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการกลับไปเสพติดสุราซ้ำโดยรวมทุกด้านมีความชัดเจนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสาเหตุส่วนบุคคล ได้แก่ อาการอยากสุรา เป็นสาเหตุที่ชัดเจนในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 42.2 ด้านขาดแรงจูงใจเป็นสาเหตุที่ชัดเจนในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 40 และด้านการขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงเป็นสาเหตุที่ชัดเจนในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 81.2 สำหรับสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว ความไม่เข้าใจกันของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความตึงเครียดซึ่งเป็นสาเหตุให้กลับไปดื่มสุราซ้ำร้อยละ 63.3

พิทักษ์ สุริยะใจ (2550) ศึกษาลักษณะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุราที่เคยผ่านการบำบัดรักษา และเข้ารับการรักษาซ้ำ ณ ศูนย์รักษายาเสพติด เชียงใหม่และโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 120 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การแสดงความยินดี การแสดงความห่วงใย การให้กำลังใจ และการให้อภัย ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว ส่วนการสนับสนุนด้านอาชีพ วัตถุประสงค์ของ และการเงิน มีสัดส่วนต่ำกว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อประชาสัมพันธ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

ภาวดี โดท่าโรง (2551) ทำการศึกษาประสพการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา เพื่อศึกษาและอธิบายประสพการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา ที่เคยเข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกสุราโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 12 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ติดสุราอยากเลิกดื่มสุราประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในตน ได้แก่ ความตระหนักใน

ภาวะสุขภาพ การมีวุฒิภาวะมากขึ้น ผลกระทบจากการดื่มสุรามีเป้าหมายในชีวิต และความต้องการเอาชนะคำพูดจากผู้อื่น 2) ปัจจัยจากครอบครัว ได้แก่ การตระหนักในความรู้สึกของคนในครอบครัว คิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราต่อครอบครัว และอยากให้คนในครอบครัวมีความสุข 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความตระหนักในคำพูดของคนในชุมชน คิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราที่พบในชุมชน และการสร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มสุราโดยบุคลากรสาธารณสุขนอกจากนี้ ยังมีปัจจัยสนับสนุนให้เลิกดื่มได้อย่างถาวร ได้แก่ กลัวจะดื่มมากกว่าเดิม อายุคนอื่นหากกลับไปดื่ม และเอาความท้อมาเป็นแรงผลักดันให้เลิก

สมนึก หลิมศิริโรรัตน์ (2551) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ได้แก่ เหตุผลของการบำบัด การมีโรคร่วม เจตคติต่อการดื่มสุรา การสนับสนุนจากครอบครัว และความพึงพอใจในการบริการบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม 2550 จำนวน 157 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 94.9 มีอายุระหว่าง 20-50 ปี ระยะเวลาในการดื่มสุรามากกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางกายและผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เจตคติต่อการดื่มสุรา และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยได้ร้อยละ 32.3

อรรณญา แพ้จ้อย และนรณัญญา ศรีบูรพา (2552) ได้ศึกษาภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราเพื่อสำรวจความชุกของภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาการติดสุราแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่เป็นผู้ป่วยสุราที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้คือเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini international neuropsychiatric structure interview: M.I.N.I - Thai Version 5.0.0) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษามีความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 60.0 โดยโรคจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรกได้แก่ 5 มีความคิดฆ่าตัวตาย (Lifetime suicidality) มีภาวะแมนี (Lifetime manic episode), โรคซึมเศร้า (Current major depressive disorder), โรควิตกกังวลทั่วไป (Current generalized anxiety disorder) และบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Lifetime antisocial personality disorder) ร้อยละ 27.5, 18.3, 15.8, 15.0, 7.5 และ 7.5 ของกลุ่มศึกษาทั้งหมดตามลำดับโดยโรคจิต

เวชในปัจจุบัน (Current) ที่มีอัตราการเกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่นมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder), การฆ่าตัวตาย (Suicidality) และ โรคจิต (psychotic disorder) ร้อยละ 9.2

วิชชุดา ยะสินธุ์ (2554) ศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา เพื่อศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากับลักษณะพยาธิสภาพทางจิต ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 200 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบ MCMI-III ผลการศึกษา พบลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติ ร้อยละ 55.5 ลักษณะบุคลิกภาพที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) ร้อยละ 24.0, มองโลกในแง่ร้าย (Negativistic) ร้อยละ 16.5 และ มีภาวะซึมเศร้า (Depressive) ร้อยละ 13.0 ในกลุ่มอาการของโรคจิตเวชพบระดับความรุนแรงของอาการร้อยละ 80.5 โดยกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety) ร้อยละ 63.0, ดื่มสุรา (Alcohol dependence) ร้อยละ 62.0 ความผิดปกติทางจิต (dysthymia) ร้อยละ 12.0 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกันมีลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกัน

Echeburu et al. (2007) ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสพติดสุรา โดยศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 150 คน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จำนวน 120 คน และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 103 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบ MCMI-II ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ติดสุรามีบุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 44.3 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีบุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 21.7 และกลุ่มประชาชนทั่วไปพบมีบุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 6.8

Polsonkram (2008) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปดื่มสุร่าของผู้ป่วยสุรา ณ สถาบันธัญญารักษ์ ในผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุร่าได้และผู้ป่วยที่กลับไปดื่มสุร่า โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการรักษาสุรามาแล้วมากกว่า 1 ครั้งและกลับมาดื่มสุร่า และกลุ่มที่เคยบำบัดรักษาสุร่าแล้วหยุดดื่มได้ตั้งแต่ 1 ปี กลุ่มละ 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปดื่มสุร่าในกลุ่มที่หยุดดื่มสุร่าดีกว่ากลุ่มที่กลับไปดื่มสุร่า ในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจในการหยุดดื่ม การตอบรับต่อการบำบัดรักษา ด้านครอบครัว และสังคม ได้แก่ การยอมรับและการช่วยเหลือของคนในครอบครัว การรวมกลุ่มทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ร้านจำหน่ายสุร่าใกล้บ้าน

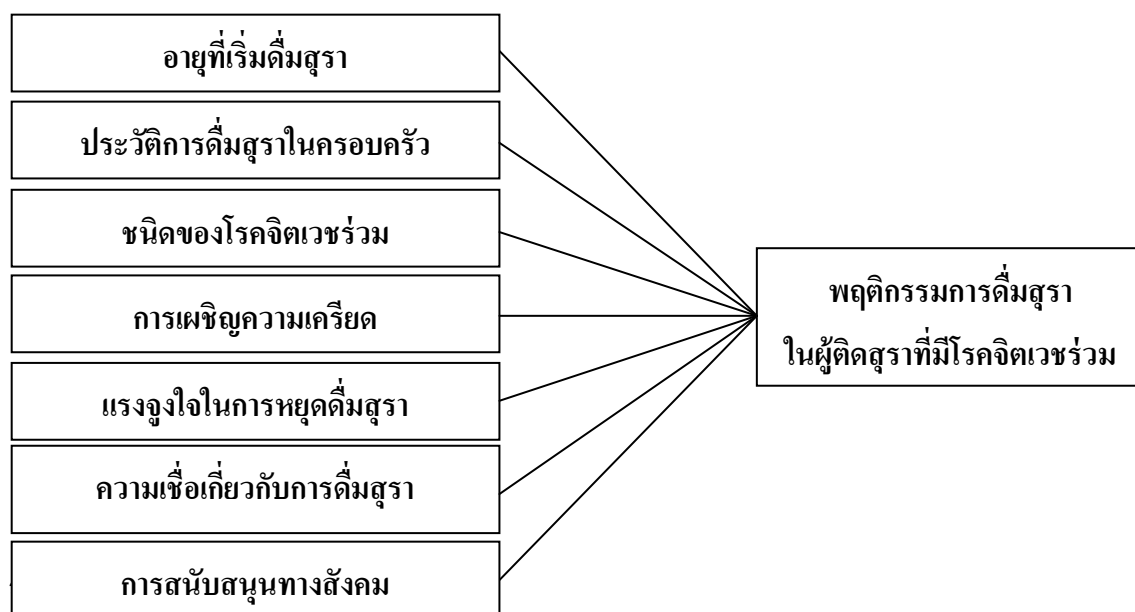
Daragon Na Ayuttaya (2009) ทำการศึกษามูลเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะการติดสุราร่วม ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อศึกษามูลเหตุที่มีอิทธิพลต่อการเสพสุราซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะการติดสุราร่วม ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวนทั้งสิ้น 39 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใหญ่เป็นเพศชาย (79.5%) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ปัจจัยด้านภาวะวิกฤติในชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพสุราซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือผู้ที่มีภาวะวิกฤติในชีวิตในระดับสูงจะมีโอกาสในการเสพสุราซ้ำมากกว่าผู้ที่มีภาวะวิกฤติในชีวิตในระดับปานกลางและต่ำ

Cranford et al. (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดร่วมกันของพฤติกรรมการดื่มสุรากับโรคซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ดื่มสุรา (Alcohol use) และผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ที่มีอายุตั้ง 18 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาและโคลัมเบีย ผลการศึกษาโรคซึมเศร้าร่วมในกลุ่มผู้ติดสุราเพศชายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันดื่มที่สุรา พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ทั้งเพศชายและหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดื่มของผู้ดื่มสุรา (Alcohol use)

Young-Wolff et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรากับพฤติกรรมการจัดการปัญหาด้วยการดื่มสุรา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรมหรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินการจัดการอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 19-59 ปี จำนวน 7,130 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 28 ในเพศชาย และร้อยละ 16 ในเพศหญิง ซึ่งอายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากแบบจำลองคู่แข่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุราและพฤติกรรมการจัดการปัญหาด้วยการดื่มสุราร่วมกันอธิบายคุณลักษณะของปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการที่ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจะสามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้จำเป็นต้องทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม แสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้





### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD - 10) มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 9) + 50 = 140 \text{ คน}$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 20 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 168 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

- 2) สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้
- 3) ถามตอบรู้เรื่อง มีการรับรู้ดี
- 4) ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประสาทหลอน ประเมินจากแบบประเมินอาการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal scale: AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 4
- 5) ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น อาการหลงผิด มีความคิดสับสน ก้าวร้าว
- 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) มีขั้นตอนคือ สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จาก 5 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) โดยเลือกสุ่มมา 3 สังกัด จาก 5 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิที่มีคลินิกจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถีและคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

3. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน จากการสำรวจกลุ่มประชากรที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้ป่วย ในปี 2554 ดังนี้

ตารางที่ 1 สัดส่วนจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	จำนวนผู้ป่วย 356 คน	จำนวน 98 คน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย 102 คน	จำนวน 40 คน
โรงพยาบาลราชวิถี	จำนวนผู้ป่วย 71 คน	จำนวน 30 คน
รวม	จำนวน 529 คน	จำนวน 168 คน

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งหมด คือ 168 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลราชวิถี ในเดือนสิงหาคม พ. ศ. 2555 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น.

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในเดือนกันยายน พ. ศ. 2555 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น.

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ. ศ. 2555 ทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00 น.

5. ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548) ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา ซึ่งมีลักษณะคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ การตอบคำถาม ผู้ตอบสามารถเลือกตามระดับการดื่มหรือพฤติกรรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. การดื่มแบบเสี่ยง ประเมินปริมาณที่ดื่มประจำและความถี่ในการดื่มหนัก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 3

2. การดื่มแบบติด ประเมินความสามารถในการควบคุมการดื่มหนัก ปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การดื่มเพื่อถอนในตอนเช้า จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5 และ 6

3. การดื่มแบบอันตราย ประเมินความความรู้สึกคิดหลังจากดื่มสุรา การจำเหตุการณ์ช่วงที่เมาสุรา การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา และการมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราของตน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9 และ 10

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0 คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	เท่ากับ	1 คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	2 คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	3 คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยคิดค่าคะแนนรวมที่ได้ มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

มีคะแนนระหว่าง	0-7 คะแนน	หมายถึง	มีระดับเสี่ยงน้อย
มีคะแนนระหว่าง	8-12 คะแนน	หมายถึง	มีระดับเสี่ยงหรืออันตราย
มีคะแนนมากกว่า	13 คะแนน	หมายถึง	มีระดับติด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อริย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

**ส่วนที่ 3** แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ที่แปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ เนื้อหาของแบบประเมินครอบคลุมเกี่ยวกับวิธีจัดการความเครียด แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 36, 38 และ 40
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 37 และ 39

โดยเครื่องมือเป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88 มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	เท่ากับ	0 คะแนน
ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง	เท่ากับ	1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ	เท่ากับ	3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะแสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีคะแนน 0 คะแนน (0-0.99) หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่ดี

มีคะแนน 1 คะแนน (1-1.99) หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดพอใช้

มีคะแนน 2-3 คะแนน (2-3) หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดดี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดการเผชิญความเครียดนี้ ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบว่าแบบวัดการเผชิญความเครียดนี้สามารถวัดความตรงตามค่านิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จาก การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิต และจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการเผชิญความเครียด โดยรวมได้เท่ากับ 1.0 โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความ

สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยตัดข้อความบางข้อออกเนื่องจากมีความหมายที่ซ้ำซ้อนกัน ได้แก่ข้อ 5 และข้อ 34 และปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การปรับข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบวัดการเผชิญความเครียด

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
13. ถกปัญหากับผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์หรือสิ่งที ก่อให้เกิดความเครียดเช่นเดียวกันมาก่อน	13. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์หรือ สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเช่นเดียวกันมาก่อน
17. พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ	17. พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ
ปราศจากอคติ และครบถ้วนรอบด้าน	ปราศจากอคติ
20. สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	20. ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์
22. พยายามหนีจากเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิด ความเครียดที่เป็นอยู่	22. พยายามหนีจากเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิด ความเครียด
23. กำหนดคนอื่นว่าเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาหรือ เหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด	23. กำหนดคนอื่นว่าเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาหรือ ก่อให้เกิดความเครียด
29. การปลอบใจหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทใน ครอบครัวหรือเพื่อน	29. หากคนปลอบใจหรือขอความช่วยเหลือจาก ญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน
30. ทำสมาธิ ใช้โยคะ หรือฝึกพลังจิตให้สงบ	30. ทำสมาธิ หรือฝึกจิตใจให้สงบ

**ความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มี คุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหา ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมตานี, 2554) ซึ่ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ของ Polsongkram (2008) ประกอบด้วย ข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความปรารถนา หรือพลังทีก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการหยุดดื่มสุรา จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่มีลักษณะทางด้านบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย

เท่ากับ

1 คะแนน

ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีคะแนนระหว่าง 5-8 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการหยุดเสพยาสูราต่ำ

มีคะแนนระหว่าง 9-12 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการหยุดเสพยาสูราปานกลาง

มีคะแนนระหว่าง 13-15 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการหยุดเสพยาสูราสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรานี้ ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบว่าแบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรานี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราษฎร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVD) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราได้เท่ากับ 0.8 โดยผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยใช้คำว่าบำบัดแทนคำว่ารักษาในข้อคำถามทุกข้อ และปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจข้อคำถามง่ายขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

#### ตารางที่ 3 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1.คุณภาพชีวิตของท่านจะดีขึ้นหากตัดสินใจรับการรักษา	1.สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของท่านจะดีขึ้นหากตัดสินใจรับการบำบัด
3.ท่านตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพราะมีการจัดโครงการเลิกสุรา และให้ความสำคัญกับผู้ที่ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้	3.ท่านตัดสินใจเข้ารับการบำบัดเพราะมีการจัดโครงการเลิกสุรา และให้ความสำคัญกับผู้พยายามเลิกดื่มสุรา

**ความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของโยชิน ปอยสูงเนิน (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อเสพยาจำนวน 7 ข้อ และการรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการเสพยาจำนวน 3 ข้อ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5 และ 6 ข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7, 8, 9 และ 10 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .74 ลักษณะคำตอบของข้อคำถาม แบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากระดับของค่าของผลรวมของคะแนนการรับรู้ในแต่ละด้าน ทั้ง 2 ด้านที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ (Pender, 1996) ดังนี้

- คะแนนระหว่าง 10-16 หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราระดับต่ำ
- คะแนนระหว่าง 17-33 หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราระดับปานกลาง
- คะแนนระหว่าง 34-50 หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราระดับสูง

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรานี้ ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบว่าแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรานี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาล



ปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรรุ่ง, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราได้เท่ากับ 0.9 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจข้อคำถามง่ายขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
3. เมื่อดื่มสุรามากๆทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้	3. เมื่อดื่มสุรามากๆทำให้เกิดอาการหูแว่ว หรือ ประสาทหลอนได้
6. การไม่ดื่มสุราทำให้เพื่อนไม่คบ	6. การไม่ดื่มสุราทำให้ขาดเพื่อน
7. การดื่มสุราช่วยให้ลดความเครียด	7. การดื่มสุราช่วยให้คลายความเครียด
10. ผู้ป่วยที่ดื่มสุราจะได้รับการยอมรับจากเพื่อน ที่ดื่มสุรามากกว่าเพื่อนที่ไม่ดื่ม	10. คนที่ดื่มสุราจะได้รับการยอมรับจากเพื่อนที่ ดื่มสุรามากกว่าเพื่อนที่ไม่ดื่ม

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของ โยชิน ปอยสูงเนิน(2544) โดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และการบริการ 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 ข้อ เป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .74 มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
มาก	เท่ากับ	4 คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยคิดค่าคะแนนรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม แล้วประเมินคะแนนรวมตามเกณฑ์การพิจารณาคะแนน (Pender, 1996) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 33	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 33-45	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า 45	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบว่าแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยสุราอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้คำว่า “ท่าน” แทนคำว่า “ผู้ป่วย” และใช้คำว่า “บุคคลรอบข้าง” แทนคำว่า “บุคคลต่างๆ” ในข้อคำถามทุกข้อ

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหา

ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถี ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2555 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในวันที่ 20 สิงหาคม 2555 และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในวันที่ 4 ตุลาคม 2555

3. ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเข้าพบและนัดหมายหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า 1 วัน ก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า

3.2 ช่วงที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าไปช่วยคัดกรองและซักประวัติผู้ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช เพื่อสร้างสัมพันธภาพและเชิญชวนให้ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

ขอความร่วมมือในการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์จากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด โดยชุดที่ 1 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองจากข้อมูลเวชระเบียนและใช้คำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สำหรับชุดที่ 2-5 ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบทั้ง 168 ฉบับ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ซึ่งการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมงานวิจัยเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลพบผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีอาการทางจิตกำเริบ คือ หูแว่ว หวาดระแวง จำนวน 2 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งต่อให้พยาบาลประจำตึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้รักษาได้ทันที และพบว่าเมื่อแต่งกายด้วยชุดฟอร์มพยาบาลจะได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลกับพยาบาล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิด

ข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลในอนาคต และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วม
2. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ได้แก่ การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบค่า  $r$  โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553)

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.0 - 0.19 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.2 - 0.39 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.4 - 0.59 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.6 - 0.79 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.8 - 1.0 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำนวน 168 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 98 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน และ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตรงประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 2 ศึกษาการเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6-11

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12-14

### ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=168 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	19	11.3
ชาย	149	88.7
<b>อายุ ( <math>\bar{X} = 44.77, SD. = 9.88</math>)</b>		
น้อยกว่า 30 ปี	14	8.3
31 -50 ปี	94	56.0
มากกว่า 50 ปี	60	35.7
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	43	25.6
คู่	96	57.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	29	17.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.6
ประถมศึกษา	41	24.4
มัธยมศึกษา	69	41.1
อนุปริญญา	30	17.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	14.3
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.8
<b>อาชีพ</b>		
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	69	41.1
พนักงานบริษัท	21	12.5



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=168 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	29	17.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	10.7
อื่นๆ (ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว)	31	18.5
ศาสนา		
พุทธ	166	98.8
คริสต์	2	1.2
อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก (ปี) ( $\bar{X} = 19.72$ , SD. = 5.42)		
Median ( Min-Max)= 18 (11-45)		
<20 ปี	118	70.2
21- 30 ปี	43	25.6
>30 ปี	7	4.2
ระยะเวลาที่ดื่มสุรา (ปี) ( $\bar{X} = 24.58$ , SD. = 10.18)		
Median ( Min-Max)= 25 (2-44)		
ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว		
มี	102	60.7
ไม่มี	66	39.3
ชนิดของโรคจิตเวชร่วม		
กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์	54	32.1
กลุ่มโรควิตกกังวล	51	30.4
กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ	14	8.3
กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิต	36	21.4
กลุ่มภาวะฆ่าตัวตาย	13	7.7

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 88.7 มีอายุเฉลี่ย 44.77 ปีส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่

จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 และนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8 โดยนับถือศาสนาคริสต์เพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 เริ่มดื่มสุรารั้งแรกอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 11-45 ปี อายุเฉลี่ย 19.72 ปี ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุรารั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยมีระยะเวลาที่ดื่มสุรานาน 2 – 44 ปี มีระยะเวลาที่ดื่มสุราเฉลี่ย 24.58 ปี และส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัวจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 และมีโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มโรควิตกกังวลในระดับใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และ 30.4 ตามลำดับ

## ตอนที่ 2 ศึกษาการเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ผลการศึกษา การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6-11

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมดื่มสุรา (n= 168 คน)

ระดับพฤติกรรม การดื่มสุรา	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.
ระดับเสี่ยงน้อย	0 - 7	40	23.81	5.90	14.21
ระดับเสี่ยง	8 - 12	36	21.43	9.82	15.42
ระดับติด	13 - 40	92	54.76	28.61	7.14
รวม		168	100	19.15	11.81

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติด คิดเป็นร้อยละ 54.76

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียด (n= 168 คน)

ระดับความสามารถในการเผชิญความเครียด	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.
ระดับไม่ดี	0.00 – 0.99	15	8.93	0.73	0.23
ระดับพอใช้	1.00 – 1.99	126	75.00	1.52	0.26
ระดับดี	2.00 – 3.00	27	16.07	2.17	0.15
รวม		168	100	1.55	0.43

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือระดับดี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 16.07 และระดับไม่ดี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8.93 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และระดับการเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม (n= 168 คน)

การเผชิญความเครียด	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านการจัดการกับปัญหา	1.70	0.61	พอใช้
ด้านการจัดการกับอารมณ์	1.41	0.39	พอใช้
รวม	1.55	0.43	พอใช้

จากตารางที่ 8 พบว่า ความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 1.55$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 1.70$ ) และความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 1.41$ )

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตามระดับคะแนน แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา (n= 168 คน)

ระดับแรงจูงใจ ในการหยุดดื่มสุรา	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.
ระดับต่ำ	5 – 8	9	5.36	5.84	0.22
ระดับปานกลาง	9 – 12	34	20.24	10.90	0.15
ระดับสูง	13 – 15	125	74.40	14.15	0.23
รวม		168	100	12.56	0.45

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราสูง คิดเป็นร้อยละ 74.40

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตามระดับคะแนน ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา (n= 168 คน)

ระดับความเชื่อ เกี่ยวกับการดื่มสุรา	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.
ระดับต่ำ	10 – 16	0	0	-	-
ระดับปานกลาง	17 – 33	121	72.02	29.05	0.26
ระดับสูง	34 – 50	47	27.98	36.92	0.27
รวม		168	100	31.33	0.45

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.02

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตามระดับคะแนน การสนับสนุนทางสังคม (n= 168 คน)

ระดับการสนับสนุน ทางสังคม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.
ระดับต่ำ	10 – 32	28	16.67	18.94	0.34
ระดับปานกลาง	33 – 45	108	64.29	38.73	0.36
ระดับสูง	46 – 50	32	19.05	47.60	0.15
รวม		168	100	38.81	0.65

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.29

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12-14

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการดื่มสุราในครอบครัว กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square)

ระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา	ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว		
	มี	ไม่มี	รวม
ระดับเสี่ยงน้อย	9 (22.5%)	31 (77.5%)	40 (100%)
ระดับเสี่ยง	12 (33.3%)	24 (66.7%)	36 (100%)
ระดับติด	81 (88.0%)	11 (12.0%)	92 (100%)
รวม	102 (60.7%)	66 (39.3%)	168 (100%)

$X^2 (df_2) = 64.61 (p = .000)$

จากตารางที่ 12 พบว่าประวัติการดื่มสุราในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $X^2 (df_2) = 64.61$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว 81 คน จาก 102 คน คิดเป็นร้อยละ 88 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว 55 คน จาก 66 คน มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยและระดับเสี่ยง

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square)

ระดับพฤติกรรม การดื่มสุรา	ชนิดของโรคจิตเวชร่วม					รวม
	กลุ่มโรค ความผิดปกติ ทางอารมณ์	กลุ่มโรค วิตกกังวล	กลุ่มที่มี ปัญหาทาง บุคลิกภาพ	กลุ่มโรค ความผิดปกติ ทางจิต	กลุ่มภาวะ ฆ่าตัวตาย	
ระดับเสี่ยงน้อย	8 (20.0%)	18 (45.0%)	8 (20.0%)	4 (10.0%)	2 (5.0%)	40 (100%)
ระดับเสี่ยง	4 (11.1%)	21 (58.3%)	4 (11.1%)	5 (13.9%)	2 (5.6%)	36 (100%)
ระดับติด	42 (45.7%)	12 (13.0%)	2 (2.2%)	27 (29.3%)	9 (9.8%)	92 (100%)
รวม	54 (32.1%)	51 (30.4%)	14 (8.3%)	36 (21.4%)	13 (7.7%)	168 (100%)

$X^2 (df_8) = 51.45 (p = .000)$

จากตารางที่ 13 พบว่าชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $X^2 (df_8) = 51.45$ ) โดยพบว่าชนิดของโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ 42 คน จาก 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 และชนิดของโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิต 27 คน จาก 36 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติด ในขณะที่ชนิดของโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ และกลุ่มภาวะฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในทุกระดับใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก	-.430	.001*	ปานกลาง
การเผชิญความเครียด	-.253	.048*	ต่ำ
แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา	-.018	.821	ไม่สัมพันธ์
ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา	.031	.687	ไม่สัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	-.698	.000*	สูง

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 14 พบว่า

1. อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r = -.253$ ) อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = -.430$ ) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ( $r = -.253$ ) กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

2. แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา และความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

#### สมมติฐานทางการวิจัย

1. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD - 10) มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ถามตอบรู้เรื่อง มีการรับรู้ดี ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประสาทหลอน

ประเมินจากแบบประเมินอาการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal scale: AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 4 และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการสุ่มได้ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 98 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วม

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548) ใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา ซึ่งมีลักษณะคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบวัดการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เนื้อหาของแบบประเมินครอบคลุมเกี่ยวกับวิถีจัดการความเครียด แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 36 และ 38
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34 และ 37

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางด้านบวกทั้งหมด

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5 และ 6 ข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7, 8, 9 และ 10

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ การเป็น

ส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และการบริการ 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 ข้อ

### คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินส่วนที่ 3, 4, 5 และ 6 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยติดสุราจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินส่วนที่ 3, 4, 5 และ 6 เท่ากับ 1.0, 0.8, 0.9 และ 1.0 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินส่วนที่ 3, 4, 5 และ 6 เท่ากับ .81 .70 .71 และ .89 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถี ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2555 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในวันที่ 20 สิงหาคม 2555 และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในวันที่ 4 ตุลาคม 2555

3. ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเข้าพบและนัดหมายหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า 1 วัน ก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

3.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด โดยชุดที่ 1 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองจากข้อมูลเวชระเบียนและใช้คำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สำหรับชุดที่ 2-5 ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบทั้ง 168 ฉบับ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว โดยหา ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวช ร่วม ด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และ ชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก การเผชิญความเครียด แรงงูใจ ในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยรวม และรายด้าน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน เป็นเพศชาย จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 88.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.77 ปี (SD. = 9.88) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8 ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 โดยเริ่มดื่มสุราครั้งแรกในช่วงอายุ ตั้งแต่ 11-45 ปี อายุที่เริ่มดื่มสุราเฉลี่ย 19.72 ปี (SD. = 5.42) และระยะเวลาที่ดื่มสุรานาน 2 – 44 ปี

ระยะเวลาที่ดื่มสุราเฉลี่ย 24.58 ปี (SD. = 10.18) ส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60.7 และพบว่าส่วนใหญ่มีโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มโรควิตกกังวลในระดับใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และ 30.4 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.15 (SD.= 11.81) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 54.76 ความสามารถในการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 (SD.= 0.43) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ระดับแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.56 (SD.= 0.45) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.33 (SD.= 0.45) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 72.02 การสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.81 (SD.= 0.65) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมพบว่า

3.1 อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.430$ ,  $p\text{-value} = .001$ )

3.2 ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.253$ ,  $p\text{-value} = .048$ ) โดยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .348$ ,  $p\text{-value} = .001$ )

3.5 แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.6 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.7 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.698$ ,  $p\text{-value} = .000$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยเป็นลำดับดังนี้

#### พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอยู่ในระดับติดถึงร้อยละ 54.76 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรส โดยบุคคลที่มีครอบครัวแล้วย่อมมีภาระหน้าที่มากมายที่อาจก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าบุคคลโสด และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นอาจนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมด้วยการมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนกระทั่งกลายเป็นผู้ติดสุรา (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงแบบแผนการดื่มจากข้อคำถาม “คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร” พบว่าผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่ดื่มสุรา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD. = 1.02$ ) ในด้านปริมาณการดื่มสุราจากข้อคำถาม “เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน” พบว่าผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่ดื่มสุราปริมาณ 5-6 ดื่มมาตรฐาน ( $\bar{X} = 2.52$ ,  $SD. = 1.49$ ) โดยปัจจัยด้านปริมาณการดื่มและแบบแผนการดื่มเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆมากกว่า 60 โรค (Room et al., 2005) ซึ่งพฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตราย อาจส่งผลให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องทางจิตเวช และทำให้อาการทางจิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุรารุนแรงมากขึ้น ซึ่งโรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อย คือ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล และการใช้สารเสพติด (Cargiulo, 2007) และจากการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ (2554) พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานพบมีพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่มีปริมาณการดื่ม 1-4 ดื่มมาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2547) ได้จัดประเภทของการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม โดยกำหนดจากปริมาณการดื่มที่เรียกว่า ดื่มมาตรฐาน และผลที่เกิดจากการดื่มมาพิจารณาได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่ดื่มเลย (Abstinence) 2) กลุ่มที่ดื่มบ้างแต่ไม่เป็นอันตรายหรือแบบมีความ

เสี่ยงต่ำ (Non-hazardous/low-risk drinking) 3) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบมีปัญหา (Hazardous drinking /Risky drinking / harmful use) และ 4) กลุ่มที่ติดสุรา (Alcohol dependence) โดยจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดื่มสุราเกิน 5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง เป็นประจำมากกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ที่มีปริมาณการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง และมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานในผู้ชาย และการมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่เกินกว่า 29 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเท่า (Johnson & Ait-Daoud, 2005)

จากผลการศึกษาที่พบว่าการเพิ่มขึ้นของปัญหาโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมการดื่มสุรา จึงเป็นข้อบ่งชี้ให้พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความต้องการการดูแลเฉพาะด้าน และเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

#### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

**อายุที่เริ่มดื่มสุรา** จากการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ( $r = -.430$ ) กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และจากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุ 12-20 ปี มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับติดสุราสูงถึงร้อยละ 87 อภิปรายได้ว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อย จะมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับติดสุรา ซึ่งการเริ่มดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชมากขึ้น (Malone et al, 2001) การเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยกว่า 17 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ซึ่งอายุของการเริ่มดื่มสุราเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุรามีพฤติกรรมการดื่มแบบติด (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) และผู้ที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้มีโอกาสติดสุราได้รวดเร็ว เร็วรั้ง และมีการกลับมา ติดซ้ำได้สูง (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hingson et al. (2010) ที่พบว่าการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยติดต่อกันจนกลายเป็นผู้ติดสุราที่อายุน้อย ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการเสพติดสุราแบบเร็วรั้งและมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยทำให้ระยะเวลาในการดื่มสุรายาวนานขึ้นส่งผลให้เกิดการเสพติดสุรา



รุนแรงขึ้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราดังแต่อายุยังน้อยติดต่อกันเป็นระยะเวลา นานทำให้เกิดการติดสุรา และการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ (2554) ที่พบว่า การดื่มสุรา 10 ปีขึ้นไปพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 1 - 9 ปี ดังนั้นจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาค้างนี้ได้ว่า อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

**ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว** จากการศึกษาพบว่า ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว 81 คน จาก 102 คน คิดเป็นร้อยละ 88 มีพฤติกรรม การดื่มสุราอยู่ในระดับติด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว 55 คน จาก 66 คน มีพฤติกรรม การดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยและระดับเสี่ยง ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสร้าง ค่านิยม เจตคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพ จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว และการที่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา จะพบว่ามีอัตราการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 18.20 (นิศานาด โขกเกิด, 2545) โดยร้อยละ 50 ของผู้มีพฤติกรรม การดื่มสุราแบบติดมาจากครอบครัวที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งติดสุรา (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา และมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน จะส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรม การดื่มสุราเพิ่มขึ้น และส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ติดสุรา ทำให้เพิ่มอัตราการดื่ม และการกลับมาดื่มใหม่ หลังจากที่ได้พยายามหยุดพฤติกรรม การดื่มสุราไปแล้ว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) และจากผล การศึกษาพบว่าบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 42 สอดคล้องกับงานวิจัยฉวีวรรณ ปัญจนุศย์ (2544) ที่พบว่าอัตราการเป็นโรคติดสุราจะเพิ่มสูงขึ้นถ้ามีญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตติดสุรา ซึ่งการที่บุคคลใกล้ชิดมีพฤติกรรม การดื่มสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเลียนแบบ ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติ ค่านิยมที่มีต่อพฤติกรรม การดื่มสุรา โดยเด็กชายจะมีแนวโน้มในการดื่มสุราตามบิดา มารดา มากกว่าเด็กหญิง เนื่องจากเกิดกระบวนการ เรียนรู้ และซึมซับพฤติกรรมนั้นโดยไม่รู้ตัว (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) และจากการศึกษาของ เสาวณี วิกัน (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ เคารพศรัทธา หรือเพื่อนชักชวนให้ดื่ม โดยปัจจัยด้านครอบครัวคือการมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา

มีผลต่อการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุรา (Polsonkram, 2008) และการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุรา เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ (Pilowsky et al., 2009) ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยสุรามีบุคลิกภาพอ่อนแอ ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น กับเอือมเดือน เนตรแหม (2541) เมื่อบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดชักชวนให้ดื่มสุราจึงมักไม่กล้าปฏิเสธ

**ชนิดของโรคจิตเวชร่วม** จากการศึกษาพบว่า ชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $X^2$  (df) = 51.45) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับติดสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มความผิดปกติทางจิต คิดเป็นร้อยละ 45.7 และ 29.3 ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีลักษณะอารมณ์ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้และรู้สึกทุกข์ทรมาน เช่น อาการเศร้า รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีปมด้อย ต่ำหนีดัวเอง วิตกกังวล มีความคับแค้นใจ มองโลกในแง่ร้ายและเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ทำให้การคิด การพูดและพฤติกรรมผิดปกติตามไปด้วย ซึ่งอารมณ์ที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น (สุชาติ พหลภักย์, 2542) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยคิด ตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการดื่มสุราทำให้กล้าแสดงออก กล้าพูดและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ Malone et al. (2001) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกันกับความรุนแรงของการดื่มสุรา ปริมาณการดื่ม และระยะเวลาที่ดื่มสุรา พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) มีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับติดสูงสุด การศึกษาของ Kessler et al. (1997) ที่พบว่าผู้ป่วยสุราที่ดื่มสุรา 5-6 ครั้งขึ้นไปเป็นประจำมีประวัติภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders) การศึกษาของ วิหุฑดา ยะสินธ์ และคณะ (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราร้อยละ 80.5 พบกลุ่มอาการทางจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการดื่ม 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปพบมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ มากกว่ากลุ่มที่มีปริมาณการดื่ม 1 - 4 ดื่มมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 10 ปีขึ้นไปพบกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ มากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 1 - 9 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของการดื่มสุราทุกวันหรือเกือบทุกวัน

จะพบลักษณะบุคลิกภาพประเภทซึมเศร้าและกลุ่มอาการวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่ตื่นน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ และจากการศึกษาของ Gillihan et al. (2011) ที่พบว่าปฏิกิริยาของอารมณ์วิตกกังวลกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเหตุการณ์วิกฤติมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการดื่มสุรา รวมถึงการศึกษาของ Buckner et al. (2008) ที่พบว่าโรคกลัวสังคม (Social anxiety disorder) มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการมีพฤติกรรมการเสพติดสุรามากกว่าโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีความเกี่ยวข้องทั้งกับโรคและอาการทางจิต โดยบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชร่วมจะเพิ่มปริมาณการดื่มสุรามากขึ้น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) และการมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับติด ก่อให้เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวนและภาวะวิตกกังวล ซึ่งจะนำไปสู่โรคจิตได้ง่าย (Bridget & Frederick, 2004)

**การเผชิญความเครียด** จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ( $r = -.253$ ) กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .348$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ โดยการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อคลายความเครียด เนื่องจากผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจะมีสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อาการเศร้า วิตกกังวล มีความคับแค้นใจ รู้สึกมีปมด้อย นอนไม่หลับ และมีความยุ่งยากในการเผชิญกับสังคม มีกระบวนการคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ ส่งผลทำให้การตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราจะช่วยให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกกล้าพูดและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) และช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้มีจิตใจเบื่อกับาน ซึ่งสาเหตุให้มีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasking and Oei (2007) ที่พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ซึ่งผู้ที่เป็นโรคติดสุราร้อยละ 51.20 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง เมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น จะใช้การดื่มสุราเป็นการจัดการกับปัญหาทางใจ ซึ่งเป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ โดยใช้วิธีดื่มสุราเพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ปริทรรศศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) และการศึกษาของ Hasking et al. (2011) ที่พบว่าวิธีการเผชิญความเครียด

แบบหลักเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยคาดหวังว่าการดื่มสุราช่วยให้ความมั่นใจ และลดความตึงเครียด

**แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา** จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเกิดเนื่องจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงคะแนนแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราอยู่ในระดับสูงถึง 125 คน ทำให้ไม่มีการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาในแต่ละระดับของแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแล้วส่งผลให้แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในทางสถิติ และจากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี ร้อยละ 56 ซึ่งอยู่ในวัยทำงานและมีอาชีพรับราชการหรือทำงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุดร้อยละ 41.1 (ตารางที่ 5) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมองว่าสุรายังมีประโยชน์สำหรับตนเอง ช่วยให้ทำงานได้เนื่องจากการดื่มสุราช่วยลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้การดื่มสุรา ช่วยป้องกันอาการขาดสุราที่เกิดจากการหยุดดื่มด้วย เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ดังผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “รู้ว่ากินแล้วมันไม่ดี อยากเลิกให้ได้ พยายามเลิกมาหลายครั้งแต่พอหยุดกินแล้วมันไม่มีแรงทำงานไม่ไหว” รวมถึงทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุราของคนไทยปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปโดยถือว่าการดื่มสุราเป็นการดื่มเพื่อการสังสรรค์ และคิดว่าสุรามีความจำเป็นในงานเลี้ยงที่จัดขึ้นในชุมชน ซึ่งการร่วมดื่มสุราเป็นการแสดงถึงความเป็นสมาชิกกลุ่มเดียวกัน (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคยังคงมีพฤติกรรมการดื่มในระดับที่เป็นอันตรายถึงระดับติด ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีลักษณะทั่วไปของผู้ติดสุรา หมกมุ่นกับการดื่มสุราเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่มสุรา ซึ่งบางครั้งผู้ติดสุรายังสามารถทำงานได้แม้ว่าจะดื่มสุรา ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (Crumpler, 2005) ผู้ติดสุรามักจะปฏิเสธปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องที่มองผลเสีย ปฏิเสธการรักษาคิดว่าตนเองยังควบคุมการใช้สุราได้ ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่ช่วยลดความรู้สึกลึกซึ้งในจิตใจให้ลดลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2546) และพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่พบในผู้เป็นโรคจิตเรื้อรัง ซึ่งมีความวิตกกังวลสูง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยส่งผลให้มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราลดลง (ไพฑูริย์ แสงพุ่ม และธนระริชต์ นามผลดี, 2550) กับการศึกษาของ Polsongkram (2008) ที่พบว่าแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุรา โดยใน

ผู้ป่วยสุราในกลุ่มที่หยุดดื่มสุรา มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ และการศึกษาของนิมิต แก้วคง และคณะ (2548) ที่ศึกษาผลการทำกลุ่มจิตบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา พบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ ร้อยละ 58.82 เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมุ่งมั่นตั้งใจสูง และเชื่อว่าการบำบัดจะช่วยทำให้เลิกดื่มสุราได้

**ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา** จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเกิดจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราอยู่ในระดับปานกลางถึง 125 คน ทำให้ไม่มีการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาในแต่ละระดับของความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแล้วส่งผลให้ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในทางสถิติ และการที่ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมบางส่วนมีความกลัวและไม่กล้าหยุดดื่มสุราเองเพราะมีประสบการณ์ทุกข์ทรมานทางร่างกายจากการขาดสุรา ทั้งที่รับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโทษมากกว่าผลดีกับสุขภาพ ประกอบกับในปัจจุบันปัญหาทางด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อสภาพจิตใจซึ่งก่อให้เกิดความเครียด (จงกล เลิศเชิธรดำรงและคณะ, 2553) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อคลายความกังวลและลดความตึงเครียดจากปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา พบว่าร้อยละ 51.20 ของผู้ติดสุรา มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น จะใช้การดื่มสุราเป็นการจัดการกับปัญหาทางใจ เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์ หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธิดา นิมิตดี (2551) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการดื่มสุราต่ำจะมีพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราต่ำ การศึกษาของ Engels et al. (2005) ซึ่งพบว่าความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับประโยชน์ของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรธรัตน์ (2551) พบว่าเจตคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ติดสุราที่มีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasking et al. (2011) ที่พบว่าความคาดหวังในเชิงลบของการดื่มสุรามีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

**การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ( $r = -.698$ ) กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับที่เสี่ยงน้อย และจากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ทำให้มีผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าสาเหตุหนึ่งของตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวร้องให้เข้ารักษาตัว ทั่วๆ ที่ผู้ติดสุราไม่ต้องการเลิกดื่มสุรา เพราะคิดว่าการดื่มของตนไม่ได้ทำให้เกิดปัญหา และการศึกษาของชนิตา บุญญาภาส (2547) ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเรื่องการรับฟังปัญหาและปลอบใจ เมื่อผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราก็มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.40 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ส่วนใหญ่มีบุคลิกอ่อนแอ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง จึงใช้การดื่มสุราช่วยลดความเครียดก่อให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นถึงระดับติด ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคคลได้รับจากบุคคลรอบข้าง โดยการเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา ช่วยให้ความเครียดลดลง และรู้สึกมั่นคงมากขึ้น (House, 1981) ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราลงได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชนที่อาศัย ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) และเป็นส่วนช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้น (Waliser et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรจน์ (2551) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีผลต่อพฤติกรรมหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุรา (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม สามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ซึ่งการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพต่ำ ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม สร้างสถานการณ์จำลอง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติการเผชิญความเครียดด้วยการใช้วิธีการจัดการกับปัญหาให้ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง

2. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรวมถึงบุคคลทั่วไปถึงความสำคัญของเริ่มการดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชในอนาคต

3. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ดังนั้นพยาบาลควรสร้างความตระหนักแก่บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม และให้การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดกำลังใจ สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราและดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

4. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการซักประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และการจัดกิจกรรมที่เน้นส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อลดการดื่มสุรา

5. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ดังนั้นพยาบาลต้องคำนึงถึงกลุ่มโรคร่วม โดยเฉพาะกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงที่สุด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเฉพาะกลุ่มให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำผลการวิจัย โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ ชนิดของจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ไปศึกษาในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

2. ควรมีการนำผลการวิจัย ไปศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร. (2554). **สถิติผลการปฏิบัติงาน**

**ปีงบประมาณ 2553-2554**. หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์  
วชิระพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร.

จกกล เลิศเชียรดำรง วุฒิพันธุ์ วงษ์มิ่งกล หทัยชนก สุมาลี ประเวศ ต้นติพิวัฒน์สกุล วัฒนชัย จรุง  
วรรณะ พีระมน นิงสานนท์ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2553).

**วิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย**. รายงานการวิจัย.  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

จิรรัตน์ ไกรวงษ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2552). **คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม**

**สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา**. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.

จิราวรรณ พรหมชาติ และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2553). **แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์**. วารสาร

**พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 22(1-3): 1-10.

ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ. (2544). **การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดสุรา ในสมจิตร วงษ์ป่า (บรรณาธิการ), ตำราการ**

**พยาบาลยาเสพติด**. นนทบุรี: บิยอนด์พับลิชชิง.

ชนิตา บุญญาภาส. (2547). **การดูแลผู้ที่ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิจัมพร อ่อนละออ . (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรเพศชาย**

**วัยผู้ใหญ่ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐริดา นิมิตดี. (2551). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มา**

**ใช้บริการในคลินิกอดสุรา**. **พยาบาลสาร** 35(3): 154-164.

ครุณี ภู่อว. (2547). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้ชุด 2 รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา**

**สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์**. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิง.

- คอกกรัก พิทาคำ. (2549). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2544). **ยืมผู้การเรียนรู้อาสาสมัคร**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. (2545). **จิตวิทยาการศึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2545). **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2547). **สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร.
- เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา มาลัย เฉลิมชัยนุกูล และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์. (2545). Substance use disorder : ความเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 33(2): 70-92.
- นฤมล คมกล้า. (2553). **ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). **การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา คชภักดี และคณะ. (2546). **การพัฒนาดัชนีความอยู่ดีมีสุขด้านชีวิตครอบครัวสำหรับประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิกา นิธยาณ. (2530). **การปรับตัวและบุคลิกภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินต์ติ้ง เฮ้าส์.
- นิตานาถ โชคเกิด. (2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). **ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราษฎร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2549). **รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549**. กรุงเทพมหานคร: โชคา สตูดิโอ ครีเอชัน แอนด์ พลับลิชซิ่ง.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาทภรณ์ แก้วมุงคุณ และกมลลา วัฒนาพร. (2553). **รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- บรรจง สืบสมาน. (2536). **โรคจิตตสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง ใน เกมม ต้นติผลาชีวะ (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปนัดดา ชีระเชื้อ. (2551). **ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา. พยาบาลสาร 35(3): 142-153.**
- ประกิจ โพธิาสน์. (2541). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น จ. พระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประไพ ทายุทธ. (2545). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ประวิดิ ชัยยะเกิด. (2549). **ความคาดหวังในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ปริทรรศ สิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปริทรรศ สิลปะกิจ, พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2542). **รายงานการวิจัยเรื่องความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ปิยกมล ทองงาม. (2544). **ปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพสารเสพติดกลับมาเสพยาของผู้ที่เข้ารับการรักษา ศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่. ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12(3): 177-188.
- พิชัย แสงชัยชาญ. (2547). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. **เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ**. ณ โรงพยาบาลสวนปรุง. (เอกสารอัดสำเนา).
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิเชษฐ อดมรัตน์. (2548). **การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย**. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัชรินทร์ ชมเดช. (2548). **พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานที่ประสบอุบัติเหตุจราจร ที่มารับบริการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิทักษ์ สุริยะใจ. (2548). **สาเหตุการติดสุราและเข้ารับการรักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่**. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). **การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา**. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์. (2554). **การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. **วารสารสวนปรุง** 27(1): 15-28.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์**. เชียงใหม่: ไอเอ็มเอโอแอกไนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). **แนวเวชปฏิบัติ การให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช**. เชียงใหม่: ไอแอมออเกโนเซอร์ แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, หทัยชนก บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกไสย. (2549). **แนวเวชปฏิบัติ การให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนะรัชต์ นามผลดี. (2550). **ปฏิกะเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด**. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, กรุงเทพมหานคร.
- ภาวดี โตท่าโรง. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร** 2(2): 45-61.
- ภัทรภร วีรียงค์. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2549). **กลุ่มอาการถอนสุรา: ความรู้พื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์: ฐานข้อมูลเพื่อการจัดการปัญหาสุรา**.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พงศษาคัญณากร. (2542). โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด. ใน มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช (บรรณาธิการ). **ตำราจิตเวชศาสตร์ : Textbook of Psychiatry**. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2551). **การศึกษาผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์**. 15(1): 57-75.

- โยธิน ปอยสูงเนิน. (2544). ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมกาการเสพยาบ้ากลับซ้ำของนักเรียนที่เข้ารับการรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- วิษุตา ยะสินธุ์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และเชิรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2554). ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56(2): 167-178.
- วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงศ์ ณ อรุณยา. (2545). สุราในสังคมไทย โครงการการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตรการทางเลือกป้องกันและแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรวรรณ เล็กสกุลไชย และจินตนา เทพทรงสัจจะ. (2545). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 11(6): 812-818.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2553). รายงานสถิติประจำปี 2552-2553. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2554). รายงานสถิติประจำปี 2552-2554. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานสถิติผู้ป่วยนอก. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี.
- โรงพยาบาลรามาชิตี. (2554). รายงานสถิติประจำปี 2553-2554. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลรามาชิตี.
- โรงพยาบาลศิริราช. (2553). รายงานสถิติประจำปี 2552-2553. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศิริราช.
- ศิริกานัน นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริเชษฐ สัจจะมาน. (2548). การทบทวนองค์ความรู้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. (2546). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสุรา**. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. (2553). **ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา**. เชียงใหม่. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. **สถิติแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: [http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1451&Itemid=61](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=61) [2554, มกราคม 20]
- สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์. (2552). **ศัพท์ทางจิตเวช**. (หนังสือชุดจุฬาฯ พจนานุกรม เล่มที่ 14). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมนึก หลิมศิริโรจน์. (2551). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 53(2):143-150.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). **ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2545). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนธิ สมัครการ. (2538). **ระบบครอบครัวและเครือข่ายของไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สาวตรี อัยณรงค์กรชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: Review of Alcohol Screening**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สาวตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาจากแอลกอฮอล์**. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). **รายงานวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา**. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.

- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ปรยุคต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาพจิต, กรม. (2547). องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์พับลิชชิง.
- สุภาพจิต, กรม. (2548). คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภาพจิต, กรม. (2549). การให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์.
- สุภาพจิต, กรม. (2552). คู่มือการให้บริการผู้มีการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช. นครราชสีมา: โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนครินทร์.
- สุชาติ พหลภคย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สุนทร ศรีโกไสย. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 49: 25-35.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ ชูดีดำรง. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สุภาภรณ์ สมพาน. (2546). การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ. ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย.



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สรุปรายงานการป่วย ประจำปี พ.ศ.2552**. [ออนไลน์].(2552).

แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/illness/index.htm> [2554, กรกฎาคม 29]

เสาวณี วิกัน. (2548). **ประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรอนงค์ สารระทำ และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาจิตเวช**. **โครงการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ**: 161-177.

อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้.

อรัญญา แพ้จู้ และนรัญญา ศรีบูรพา. (2552). **ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 54(1): 63-74.

อวิศดา จันทร์แสนตอ. (2541). **ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมภาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.

อัจฉราพร นัคสาสาร. (2548). **สาเหตุของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่**. การค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัญชลี ดำรงไชย. (2549). **การให้คำปรึกษาครอบครัว Family Counseling**. ใน พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (บรรณาธิการ), **แนวปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหา**

สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวชเวช. เชียงใหม่: ไอเอ็มเออเกโนเซอร์แอนด์  
แอดเวอร์ไทซิง.

เอี่ยมเดือน เนตรแวม. (2541). ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพยาเสพติดสุราเรื้อรัง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

### ภาษาอังกฤษ

Abrams, D.B. and Niaura, R.S. (1987). **Social learning theory**. In: Blane, H., Leonard, K. (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. Guilford Press: New York.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. (4<sup>th</sup> ed.). Text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2005). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. (5<sup>th</sup> ed.). [Text revision]. Washington, DC: Author.

Bagby, R.M., Ryder, A.G., Cristi, C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 27: 250-257.

Barlow, D. H. and Durand, V. M. (2005). **Abnormal psychology an integrative approach**. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Becker, M. H. (1974). **In the Health Belief Model and Personal Health Behavior**. New Jersey: Charies B. Slack.

Bowden-Jones, O., Iqbal, M. Z., Tyrer, P., Seivewright, N., Cooper, S. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*. 99: 1306-1314.

- Boyd, M. (2012). **Psychiatric nursing: contemporary practice**. (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Brandt, P. A. and Weinert, C. (1981). The Pro – a social support measure. **Nursing Research**. 30(5): 277-280.
- Bridget, F. G., Frederick, S. S., & Deborah, A. D. (2004). Prevalence and co- occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. **Archives of General Psychiatry**. 61: 807-816.
- Buckner, J.D., Eggleston, A.M., Schmidt, N.B., (2006). Social anxiety and problematic alcohol consumption: the mediating role of drinking motives and situations. **Behav. Ther.** 37: 381–391.
- Buckner, J.D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J., Schauch, R. C., Lewinsohn, P.M. (2008). Sepecificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. **Journal Psychiatric Research**. 42: 230-239.
- Cargiulo, T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. **American Society of Health-System Pharmacists**. 64(Supplement): 5-11.
- Clar, K. **Drug and alcohol abuse**. [Online]. (2003). Available from: [http:// forums. govteen.com/ archive/ index.php/ t -13585.html](http://forums.govteen.com/archive/index.php/t-13585.html) [2011, December 12]
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of lift stress. **Psychosomatic Medicine**. 38(5): 300-314.
- Community Health Sciences. **Primary Care Electronic Library (PCEL) - MeSH Directory: Drinking Behavior**. [Online]. (2006). Available from: [http:// pcel@sgul.ac.uk](http://pcel@sgul.ac.uk). [2011, May 11]
- Cook, C. W. and Hansaker, P. L. (2001). **Management and Organization Behavior**. (3<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Cooper, M. I. (1994). Motivation of alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor-model. **Psychological Assessment**. 6: 117-128.
- Cox, M., Kilnger, E. (1988). A motivational model of alcohol consumption. **Journal of Abnormal Psychology**. 97: 168-180.

- Craig, R. J. (1999). Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. **Journal of personality assessment**. 72: 390-406.
- Cranford, J. A., Nolen-Hoeksema, S., Zucker, R. A. (2011). Alcohol involvement as of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Drug & Alcohol Dependence**. 117(2-3): 145-151.
- Crumpler, J. (2005). Development of an Alcohol Withdrawal Protocol. **Journal of Nursing Care Quality**, 20(4): 297-301.
- Daragon Na Ayuttaya, P. (2009). **Factors Influencing Alcohol Dependence Relapse Behavior in Psychiatric Patients with Comorbid Alcohol Dependence at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric**. The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- DeVellis, R. F. (1999). **Scale development: Theory and applications**. Newbury Park: Sage.
- Dillman, D. A. (2000). Mail and internet survey. **The tailored design method**. (2<sup>nd</sup> ed). New York: John Wiley & Sons.
- Echeburu, A. E., Medina De, R. B. and Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. **Alcohol & Alcoholism**. 42(6): 618–622.
- Edenberg, H.J. **The collaborative study on the genetics of alcoholism: An update**. [Online]. (2003). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-3/214-218.html>. [2011, December 2]
- Engels, C. R., Wiers, R., Lemmers, L., and Overbeek, G. (2005). Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy and drinking patterns. **Journal Drug Education**. 35(2): 147-166.
- Flensburg-Madeset T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbaek M. (2009). Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. **Compr Psychiatry**. 50: 307-314.
- Fortinash, K. M. and Holoday-Worret, P. A. (2012). **Psychiatric-mental health nursing**. (5<sup>th</sup> ed.). Mosby: affiliate of Elsevier.

- Gelder, M., Mayou, R., and Comen, P. (2001). The misuse of alcohol and drug. In Micheal, G., Richard, M., and Philip, C. (Eds.), **Textbook of psychiatry**. (5<sup>th</sup> ed.). Arthens: Oxford University Press.
- Gillihan, S. J., Farris, S. G. and Foa, E. B. (2011). The Effect of Anxiety Sensitivity on Alcohol Consumption Among Individuals With Comorbid Alcohol Dependence and Posttraumatic Stress Disorder. **Psychology of Addiction Behaviors**. 25(4): 721-726.
- Glanz, J., Grant, B., Monteiro, M., Tabakoff, B. (2002). WHO/ISBRA study on state and trait markers of alcohol use and dependence: analysis of demographic, behavioral, physiologic, and drinking variables that contribute to dependence and seeking treatment. **Alcoholism**. 26(7): 1047-61.
- Goldstein, B. I., Diamantouros, A., Schaffer, A., et al. (2006). Pharmacotherapy of alcoholism in patients with co-morbid psychiatric disorder. **Drugs**. 66: 1229-1237.
- Goodner, B. (1994). Alcohol: Care of the psychiatric patient. **Concepts of Psychiatric Nursing**. Texas: Skidmore-Roth.
- Green, L. W. and Kreuter, M. W. (1991). **Health promotion planning and education approach** (2<sup>nd</sup> ed.). Toronto: Maryfild.
- Hasking, P. A. and Oei, T. P. S. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. **Addictive Behaviors**. 32: 99–113.
- Hasking, P. A., Lyvers, M., Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behavior. **Addictive Behaviors**. 36: 479–487.
- Hingson R. W., Heeren T., Winter M. R. (2006). Age of Alcohol-Dependence Onset: Associations with Severity of Dependence and Seeking Treatment. **Pediatrics**. 118: 755-763.
- House, J. S. (1981). **Work stress and social support**. London: Addisonwesley.
- House, J. S. Labdis, K. R. and Umberson, D. (1988). Social support and health. **Science**, 241(29): 540-544.

- Holdcraft, L. C., Iacono, W. G., McGue, M. K. (1998). Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a community-based sample. **Journal Study Alcohol**. 59(2): 222-6.
- Jacobson, D. E. (1986). **Type and timing of social support**. Journal of Health Medical Care. 15: 47-58.
- Johnson, B. S. (1997). **Psychiatric mental health nursing adaptation and growth**. (4<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Jones, J. S., Fitzpatrick, J. J. and Rogers, V. I. (1944). **Psychiatric-mental health nursing : an interpersonal approach to professional practice**. New York: Springer.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. and Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**. 51: 8–19.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., Anthony, L. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. **Arch. Gen. Psychiatry**. 54: 313-321.
- Komro, A. K., and Toomey, L. T. **Strategies to prevent underage drinking**. [Online]. (2000). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/5-14.html>. [2011, December 18]
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Engels, R. and Gmel, G. (2007). Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescence. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**. 68: 76-85.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer.
- Lehman, A.F., Myers, C.P., Dixon, L.B., and Johnson, J.L. (1996). Detection of substance use disorders among psychiatric patients. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 184: 228-233.

- Lemeshow, S. H., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. W. (1990). **Adequacy of sample size in health studies**. New York: John Wiley & Sons.
- Malone, S. M., Iacono, W. G., McGue, M. (2001). Event-related potentials and comorbidity in alcohol-dependent adult males. **Psychophysiology**. 38: 367–376.
- Mann, K., Hintz, T., and Jung, M. (2004). Does psychiatric comorbidity in alcoholdependent patients affect treatment outcome?. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. 254: 172-181.
- Marlatt, G. A. (1985). **Situational determinants of relapse and skill-training interventions**. In: Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (Eds.), *Relapse Prevention*. Guilford Press: New York.
- Marlatt, G. A.(1996). Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. **Addiction** 91 (Supplement): 37-49.
- Marlatt, G.A. and Gordon, J. R. (1980). **Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change**. In: Davidson, P.O., Davidson, S.M. (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Brunner/Mazel: New York.
- Martin, R. A., MacKinnon, S. M., Johnson, J. E., Myers, M. G., Cook, T. A. R., Rohsenow, D. J. (2011). The Alcohol Relapse Situation Appraisal Questionnaire: Development and Validation. **Drug and Alcohol Dependence**. 116: 45–51.
- Mayo Clinic. **Mental illness: Risk factors**. [Online]. (2010). Available from: <http://www.Mayoclinic.com/health/mental-illness/DSO1104/DSECTION=risk-factor>. [2012, January 18]
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J. and Tonigan, J .S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. **Addiction**. 91: 155-171.
- Modesto-Lowe, V and Kranzier, H. R. (1999). Diagnosis and Treatment of Alcohol Dependence patients with Comorbid psychiatric Disorder. **Alcohol Research and health**. 23(2): 144-149.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. **Alcohol liver disease**. [Online]. (2005). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm>. [2011, December 18]
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. **Early Drinking Linked to Higher Lifetime Alcoholism Risk**. [Online]. (2006). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm>. [2011, December 18]
- Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M. and Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia. A family study. **Archives of General Psychiatry**. 43: 227-232.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. **American Journal of Public Health**. 99: 258-63.
- Polit, D. F. and Hungler, B. P. (2006). **Nursing research: Principle and methods**. (6<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Polsongkram, W. (2008). **Factors Effecting Relapse in Alcohol Dependence Patients in Thanyaruk Institute, Thailand**. The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Preuss, U. W., Koller, G. Barnow, S., Eikmeier, M., Soyka, M. (2006). Suicidal Behavior in Alcohol-Dependent Subjects: The Role of Personality Disorders. **Alcohol Clin Exp Res**. 30(5): 866-877.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. **Alcohol Clin Exp Res**. 26: 471-477.
- Ray, C., Lindop, J., and Gibson, S. (1982). The concept of coping. **Psychological Medicine**. 35(12): 385-395.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **Journal of American Medical Association**. 264: 2511-2518.
- Robert, C. Sterling .(2007). **A Retrospective Case Control Study of Alcohol Relapse and Spiritual Growth**. The American Journal on Additions, 16: 56-61.



- Room, R., Babor, T., and Rehm, J. (2005). Alcohol and Public Health: A Review *Lancet* 365.  
**Alcohol and Public Health**. 5: 519-30.
- Ross, E.H. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey . **Drug and Alcohol Dependence**.39: 111-128.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2005). **Synopsis of psychiatry: behavior sciences/ clinical psychiatry** (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott William &Wilkins.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G. and Osborn, R. N. (2000). **Organizational Behavior**. (7<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. **Alcohol and Alcoholism**. 36: 219-223.
- Schuckit, M. A.(2005). Alcohol-related disorders. In B. J. Sadock and V. A. Sadock (Eds), **Kaplan & Sadock' s Comprehensive textbook of psychiatry** (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott William &Wilkins.
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 113: 13-22.
- Shives, L. R. (1994). **Basic concepts of psychiatric-health nursing**. (3<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Skinner, H. A & Allen, B. A. (1982). Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation. **Journal of Abnormal Psychology** .91(3): 199-209.
- Stuart, G. W. (2009). **Principles and practice of psychiatric nursing** (9<sup>th</sup> ed.). Mosby: affiliate of Elsevier.
- Stuart, G. W. and Laraia, M. T. (2005). **Principles and practice of psychiatric nursing** (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott William &Wilkins.
- Suanders, J. B. (2004). **Alcohol use, Hazardous use and dependence**. Center of Drug and Alcohol Studies, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Queensland, Australia.

- Suokas, J., Suominen, K., Lonnqvist, J. (2005). Chronic alcohol problems among suicide attempters-post-mortem findings of a 14-year follow-up. **Nordic Journal of Psychiatry**. 59(1):45-50.
- Suzuki, K., Takeda, A., & Matsushita, S. **Factor promoting Japanese adolescent problem drinking in a cohort study over 5 years**. [Online]. (2005). Available from: <http://www.ncbi.nlm.gov/sites/entrez=pubmed&Cmd=ShowDatailView&Ter>. [2010, September 10]
- Thorndike, B. M. (1978). **Correlation procedure for research**. New York: Gardner Press. 183-184.
- Waliser, M. N., Martin, S. L., Tessaro, I., Campbell, M. K. and Cross, A. W. (2000). Social support and psychological function among high-risk mother: The impact of the baby love maternal outreach worker program. **Public Health Nursing**. 17(4): 280-291.
- Wang, J., El-Guebaly, N. (2004). Sociodemographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the General Population. **Can J Psychiatry**. 49(1): 37-44.
- White, R.H., and Jackson, K. **Social and psychological influences on emerging adult drinking behavior**. . [Online]. (2005). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/182-190.html>. [2011, December 18]
- Williams, R. and Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards: A model task for clinical governance?. **Psychiatry Bulletin**. 24: 43-46.
- World Health Organization [WHO]. **The 12 - month prevalence and trends DSM - IV alcohol abuse and dependence**. [Online]. (2003). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh29-2/79-93.htm>. [2011, December 18]
- World Health Organization [WHO]. **General description of the drinking patterns data**. [Online]. (2005). Available from: [http://www.who.int/whosis/alcohol/alcohol/\\_patterns\\_general.cfm?path=w](http://www.who.int/whosis/alcohol/alcohol/_patterns_general.cfm?path=w). [2011, December 18]

World Health Organization [WHO]. **Mental health and substance abuse**. [Online]. (2007).

Available from: [http://www.searo.who.int/ EN/ Section 1174/ Section 1199/ Section 2278 \\_12023. htm](http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section1199/Section2278_12023.htm). [ 2011, December 11]

Young, R. M. and Oei, T. P. (2000). The predictive utility of drinking refusal self-efficacy and alcohol expectancy: A diary-based study of tension reduction. **Addiction Behaviors**. 25(3): 415-42.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงสมลักษณ์ กาญจนางศ์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี
นางเพ็ญรี คันธสายบัว	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประจำกลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พันตรีหญิงฉัตรพร ยศนิรันดร์กุล	พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข  
เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๑๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเปรมฤทัย ไชยชะกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงสมลักษณ์ กาญจนางศ์กุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิงสมลักษณ์ กาญจนางศ์กุล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152  
นางสาวเปรมฤทัย ไชยชะกิจ โทร. 086-7579-157



ที่ ศธ 0512.11/0908



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเปรมฤทัย ไชยสะเกษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152  
นางสาวเปรมฤทัย ไชยสะเกษ โทร. 086-7579-157

ที่ ศธ 0512.11/๐๑๐8



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเปรมฤทัย ไชยชะกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1. นางเพชร คันธสายบัว     | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประจำกลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด |
| 2. นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล   |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ที่นิสิต

นางเพชร คันธสายบัว และนางสาวสาวิตรี แสงสว่าง  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152  
นางสาวเปรมฤทัย ไชยชะกิจ โทร. 086-7579-157

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย  
หนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

## เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (Patient Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย ที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการ วิจัย ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ชื่อผู้วิจัย นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และเป็นแนวทางการค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ตามตอบรู้เรื่อง มีการรับรู้ดี ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประสาทหลอน และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้รวมทั้งสิ้นประมาณ 144 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 2 ปี

### ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจจิตเวช ท่านจะได้รับเชิญให้อยู่ในห้องส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบท่าน เพื่อแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แจ้งสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้อ่านรายละเอียดและลงนามอนุญาตในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวท่าน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือกับท่านในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยจัดให้ท่านนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจ

ของแพทย์ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยขออธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด และรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ เมื่อการตอบแบบสอบถามสิ้นสุดลง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ครบถ้วน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถามภายหลังจาก กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยง หรืออันตรายแต่อย่างใด

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่าน โดยท่านจะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลตาม วิชาการมาตรฐาน ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายแต่อย่างใด หากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ ได้ที่โรงพยาบาลราชวิถี (ตึกอายุรกรรม 6ก) เลขที่ 2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขต ราชเทวี กทม.10400 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 023548108 ต่อ 3633 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0867579157 ตลอด 24 ชั่วโมง และหากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือ ผู้วิจัยไปปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชั้น M อาคารเฉลิมพระ เกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02)3548108-37 ต่อ 2803

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดย รวดเร็วไม่ปิดบัง โดยข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่นๆของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับไม่ เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

### หนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form)

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม  
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

วันที่ให้ความยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ก่อนที่ลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่  
ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน  
ข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมใน  
โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และการบอกเลิกการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึง  
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของ  
สรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยเฉพาะต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาแก้ไข  
ภาวะที่เกิดขึ้นเหมือนกับผู้ป่วยโดยทั่วไปจากรพ.ตามมาตรฐานที่ดีที่สุด  
โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขอแสดงเจตนาไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

(.....)

วันที่ .....

วันที่ .....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ง  
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

### การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการเผชิญความเครียด

$$CVI = \frac{40}{40} = 1.0$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

$$CVI = \frac{4}{5} = 0.8$$

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

$$CVI = \frac{9}{10} = 0.9$$

4. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ 1.0

$$CVI = \frac{10}{10} = 1.0$$



ภาคผนวก จ

สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
AUDIT1	14.1667	128.0057	.5280	.9155
AUDIT2	14.9667	113.9644	.7188	.9052
AUDIT3	15.2000	112.1655	.8024	.9001
AUDIT4	15.8000	112.3034	.7221	.9051
AUDIT5	15.9000	109.1276	.8694	.8957
AUDIT6	16.0000	114.4828	.6464	.9101
AUDIT7	16.2000	121.1310	.6728	.9085
AUDIT8	16.2333	118.0471	.7162	.9058
AUDIT9	15.8667	110.5333	.7772	.9015
AUDIT10	15.0667	123.4437	.4553	.9204

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.9156	10

## แบบวัดการเผชิญความเครียด

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ST1	29.7333	80.9609	.3291	.7607
ST2	30.5000	83.7069	.2017	.7675
ST3	30.3667	82.5851	.1681	.7716
ST4	29.4667	73.9816	.5965	.7401
ST5	29.5000	74.1207	.5807	.7411
ST6	29.8333	84.6264	.0580	.7798
ST7	29.3000	85.8034	.0310	.7778
ST8	30.0000	86.4138	.0370	.7898
ST9	29.7333	77.1678	.4182	.7537
ST10	30.6000	81.2828	.2939	.7627
ST11	30.3667	80.7230	.2632	.7650
ST12	30.2333	79.2195	.4135	.7553
ST13	30.3667	82.3092	.2107	.7680
ST14	29.6667	81.0575	.2384	.7669
ST15	30.4000	80.7310	.2677	.7646
ST16	29.5000	76.8103	.4705	.7502
ST17	29.3000	75.8034	.5486	.7450
ST18	29.2333	73.3575	.7539	.7323
ST19	29.4333	72.1851	.6842	.7327
ST20	29.7000	80.5621	.2510	.7662
ST21	27.1333	87.7747	.5397	.8169
ST22	27.0000	86.2069	.5496	.8159
ST23	28.0000	93.6552	.3336	.8276
ST24	26.9667	89.4816	.4455	.8222
ST25	27.6000	92.9379	.3029	.8298

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ST26	27.1000	90.7828	.3965	.8249
ST27	27.5667	91.6333	.3271	.8291
ST28	27.8000	93.8207	.2652	.8317
ST29	27.4667	97.0161	.1264	.8380
ST30	28.1667	96.5575	.1847	.8340
ST31	26.9000	89.6103	.5194	.8186
ST32	26.9000	90.9897	.4279	.8231
ST33	26.7667	88.2540	.6142	.8142
ST34	27.0333	87.3437	.6359	.8126
ST35	26.7667	89.0126	.4351	.8229
ST36	27.0667	88.7540	.5754	.8159
ST37	26.7333	88.4092	.5152	.8183
ST38	26.6333	91.9644	.4347	.8231

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.8316	38

แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MO1	10.3333	3.1954	.3534	.6861
MO2	10.4000	3.0759	.2599	.7069
MO3	10.7333	1.8575	.6837	.6449
MO4	10.9000	2.5759	.1772	.7068
MO5	10.4333	2.4609	.5428	.6733

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.7135	5

แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
BE1	27.1333	22.3954	.3928	.6749
BE2	29.1667	23.3161	.1163	.7237
BE3	27.4667	23.6368	.1621	.7103
BE4	30.2333	29.4954	-.5027	.7161
BE5	27.4000	23.4897	.1448	.6146
BE6	29.5000	24.7414	-.0403	.6609
BE7	29.1333	16.1885	.7154	.6502
BE8	28.9333	17.0989	.6055	.6879
BE9	28.8000	17.4069	.7418	.6647
BE10	28.4333	18.0471	.5262	.6160

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.7178	10

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SOC1	30.0333	68.1713	.7134	.9211
SOC2	31.6333	69.5506	.4982	.9323
SOC3	30.0000	69.9310	.5569	.9284
SOC4	30.2000	64.3724	.8421	.9140
SOC5	30.2000	66.4414	.7667	.9183
SOC6	30.2333	62.5989	.8525	.9129
SOC7	30.1667	63.9368	.8416	.9139
SOC8	30.2333	61.7713	.8776	.9113
SOC9	30.2333	63.4264	.8508	.9132
SOC10	29.7667	71.1506	.4313	.9353

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.9278	10

ภาคผนวก ฉ  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



### ตัวอย่างแบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม  
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

#### คำชี้แจง

- แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 78 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้
 

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียด	จำนวน 38 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา	จำนวน 10 ข้อ
- โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
- กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุลลงไป  
ในแบบสอบถามชุดนี้
- ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาว เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6ก

โรงพยาบาลราชวิถี

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

#### 1. เพศ

[ ] 1. หญิง

[ ] 2. ชาย

#### 2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี

#### 3. สถานภาพสมรส

[ ] 1. โสด

[ ] 4. หย่าร้าง

[ ] 2. คู่

[ ] 5. แยกกันอยู่

[ ] 3. หม้าย

#### 4. ระดับการศึกษาสูงสุด

[ ] 1. ไม่ได้เข้ารับการศึกษ

[ ] 4. อนุปริญญา

[ ] 2. ประถมศึกษา

[ ] 5. ปริญญาตรี

[ ] 3. มัธยมศึกษา

[ ] 6. สูงกว่าปริญญาตรี

#### 5. อาชีพ

[ ] 1. ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ

[ ] 4. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[ ] 2. พนักงานบริษัท

[ ] 5. อื่นๆ ระบุ.....

[ ] 3. รับจ้าง

#### 6. ศาสนา

[ ] 1. พุทธ

[ ] 3. อิสลาม

[ ] 2. คริสต์

[ ] 4. อื่นๆ ระบุ.....

#### 7. เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุ.....ปี

#### 8. ระยะเวลาที่ดื่มมานาน.....ปี

#### 9. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว

[ ] มี 'ได้แก่' .....

[ ] ไม่มี

#### 10. ชนิดของโรคจิตเวชร่วม.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของท่าน คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-3 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว - เวลาที่คุณดื่มสุราโดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดั้มมาตรฐาน	3-4 ดั้มมาตรฐาน	5-6 ดั้มมาตรฐาน	7-9 ดั้มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดั้มมาตรฐานขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลิโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระจบอง/ ½- ¾ ขวด	2-3 กระจบอง/ 1-1.5ขวด	3.5-4 กระจบอง/ 2 ขวด	4.5-7 กระจบอง/ 3-4 ขวด	7 กระจบอง/4 ขวดขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โจง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	¼ แบน	½ แบน	¾ แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระจบองขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ข้อความ	0	1	2	3	4
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำอะไรบางอย่างบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา
10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยเป็นห่วงต่อการดื่มสุราของคุณ	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านใช้การเผชิญความเครียดอย่างไรต่อเหตุการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียด โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

- ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย หรือท่านไม่เคยใช้วิธีนั้นในการจัดการความเครียด
- นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นนานๆครั้งในการจัดการความเครียด
- เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านครั้งหนึ่ง หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้งในการจัดการความเครียด
- บ่อยๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นบ่อยๆในการจัดการความเครียด

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆครั้ง
1. กังวลใจ				
2. ร้องไห้				
3. ระบายความเครียดด้วยการออกแรง หรือออกกำลังกาย				
4. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
38. ยอมรับสิ่งที่ตีรองลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ				

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราของท่าน ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1.สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของท่านจะดีขึ้นหากตัดสินใจรับการบำบัด			
-			
-			
-			
5.การเสพติดสุราทำให้ชีวิตล้มเหลว ท่านจึงต้องการเลิกสุรา ซึ่งการบำบัดจะช่วยให้คุณเลิกสุราได้			

### ส่วนที่ 5 คือ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มสุรา และผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดดื่มสุรา ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยพอสมควรในข้อความของประโยคนั้นๆ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. สุราเป็นอันตรายทำให้ร่างกายและสมองเสื่อมโทรม					
2. การดื่มสุราเป็นครั้งคราวไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
10. คนที่ดื่มสุราจะได้รับการยอมรับจากเพื่อนที่ดื่มสุรามากกว่าคนที่ไม่ดื่ม					

### ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆที่ท่านได้รับ ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ
- มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากในข้อความของประโยคนั้นๆ
- ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยพอสมควรในข้อความของประโยคนั้นๆ
- น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ
- น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่อย่างดี เพื่อให้เลิกดื่มสุรา					
2.บุคคลรอบข้างรับฟังปัญหาและปลอบใจเมื่อท่าน กลับมาดื่มสุราอีก					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
10.บุคคลรอบข้างพูดเตือนและแนะนำว่าสุราทำลาย สุขภาพถ้าเลิกดื่มได้จะทำให้มีสุขภาพดี					



ภาคผนวก ช  
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 55130  
เอกสารเลขที่ 126 /2555

ชื่อโครงการ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม”

(ภาษาอังกฤษ) “SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY.”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ  
ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2555
2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2555
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2555
4. แบบวัดการเผชิญความเครียด ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2555
5. แบบสอบถาม/แบบประเมิน ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2555

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2555 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็น  
ระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....  
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)  
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(นางวารุณี จินารัตน์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๐  
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๓



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Selected Factors Related to Alcohol Consumption Behavior in Alcohol Dependence with Psychiatric Comorbidity

เลขที่โครงการ : ๐๕๗/๕๕

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ

สังกัดหน่วยงาน : สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง:

- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๑ แบบสอบถามส่วนบุคคล Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๒ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๓ แบบวัดการเผชิญความเครียด Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๔ แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๕ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๖ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Version 2.1 วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... 

(แพทย์หญิงสุนรมมาลย์ มนต์ศิริวิทยา)

รองประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๐/๐๘/๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๑๙/๐๘/๒๕๕๖

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอลดกรรรม ชั้น ๒)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

๑๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๖๖๔-๓๗๐๔๔

RL 01\_2555

ที่ IRB/RTA .../2555



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก  
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q014h/55

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม  
[SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR IN  
ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: น.ส.เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: แผนกผู้ป่วยนอกกึ่งจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

- (1) แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยครั้งแรก Version 2 วันที่ 28 ส.ค. 2555
- (2) โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย Version 3 วันที่ 28 ก.ย. 2555
- (3) ประวัติผู้วิจัย Version 3 วันที่ 28 ก.ย. 2555
- (4) แบบสอบถาม Version 3 วันที่ 28 ก.ย. 2555
- (5) เอกสารชี้แจงข้อมูล Version 3 วันที่ 28 ก.ย. 2555
- (6) หนังสือแสดงความยินยอม Version 3 วันที่ 28 ก.ย. 2555

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย  
กรมแพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปรัชญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 4 ตุลาคม 2555

วันสิ้นสุดการรับรอง: 3 ตุลาคม 2556

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

.....  
พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพัฒน์  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

.....  
พันเอกสพล อนันต์น้ำเจริญ  
เลขานุการและอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ เกิดวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เมื่อปีการศึกษา 2546 และเข้าศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6ก โรงพยาบาลราชวิถี