



ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกรการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา

ญาดา จินประชา*, มรรยาท รุจิวิษณุ**, พิทักษ์พล บุญยมาลิก***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกรการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา และความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว ต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ภายหลังจากการรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 60 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา แต่ได้รับเอกสารคู่มือการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา และทั้งสองกลุ่มจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามปกติของทางสถาบันธัญญารักษ์ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกระบวนการสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นการมีส่วนร่วม การอภิปราย กลุ่มการฝึกปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา เพื่อการป้องกันการติดยา แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดยาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดยาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรามีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพราะเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสม และให้ประโยชน์มาก

สรุป รูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยาซ้ำได้มากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการติดยาให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเสพติดกลุ่มอื่นๆ ในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา พฤติกรรมกรการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยติดสุรา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(4): 405-416

* พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** รองศาสตราจารย์ 9 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้อำนวยการ ร.พ.จิตเวชนครพนม ราชนครินทร์ อ.เมือง จ.นครพนม



The Effects of a Mental Health Education Program on Helping Behaviors of Family members to Alcohol Dependence Patients for Relapsed Prevention

*Yada Chinpracha**, *Manyat Ruchiwit RN., PhDx***,
*Pitakpol Boonyamalik M.D., Ph.D****

Abstract

Objective: To study the effects of a Mental Health Education Program on helping behaviors of family members to alcohol dependence patients for relapsed prevention.

Methodology: A quasi - experimental design was conducted. The subjects were 60 family members of alcohol dependence after treatment, divided into two groups by simple random sampling, 30 in the experimental group and 30 in the control group. The experimental group had participated in the Mental Health Education Program continuously for 6 weeks. The control group had not participated in the program. This program applied the theory of the health belief model and health education process together with the group process, participation in the learning process, and group discussion and practice. Pre-test and post-test questionnaires were assessed for data collection for both the experimental and control groups. Percentage, means, standard deviation and t-test for the independent sample and a Chi-square test were used for data analysis.

Results: After the Mental Health Education Program the experimental group had changed their practice to prevent relapse of alcohol dependence to a greater extent than the control group at a significance level of 0.05. Most participants were satisfied and found the program interesting and very useful.

Conclusions: Mental Health Education Program for family members to prevent relapse of alcohol dependence is useful.

Key Words: Mental Health Education Program, Alcohol Dependence Patients Relapsed prevention

J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(4): 405-416

* Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Mental Health and Psychiatric Nursing, Thammasat University.

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Director, Nakhon Panom Rajanakarindra Psychiatric Hospital, Nakhon Panom, Thailand

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุราเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ โดยเฉพาะสุรา มีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรมและเศรษฐกิจไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น จากรายงานการประชุมวิชาการสุราระดับประเทศ ครั้งที่ 1 ประจำปี พ.ศ. 2548 พบว่าแต่ละปีทั่วโลก มีอัตราการตายจากสาเหตุของสุราปีละ 1.8 ล้านคน มีผู้ที่ได้รับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 76.4 ล้านคน เป็นชาย 63.7 ล้านคน เป็นหญิง 12.7 ล้านคน และพบว่าเครื่องดื่มสุราทำให้เกิดโรค ร้อยละ 4 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทยพบว่า ปัญหาสุราทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น จากอันดับที่ 5 มาเป็นอันดับที่ 3 รองจากปัญหาอุบัติเหตุและบุหรี่ยุติธรรม การศึกษาของกรมควบคุมโรค¹ พบว่าสุรามีความเกี่ยวข้องกับการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหารโรคตับ โรคชัก โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท นอกจากนี้สุรายังทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลงไป มีความอ่อนแอ เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบตนเองและครอบครัว ในด้านจิตใจและอารมณ์จะเกิดภาวะซึมเศร้า กังวล พึงชานและเมินง การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดื่มสุราทำให้ความรับผิดชอบในบทบาทของพ่อแม่หรือคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร²

แม้ว่าการดื่มสุราก็ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ยังมีพบว่ามีผู้ดื่มสุราที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และมีแนวโน้มจะมากขึ้นในอนาคต จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคสุราของคนไทย พบว่าเพิ่มมากขึ้นจนติดอันดับ 1 ใน 5 ของโลก ซึ่งใน 1 ปีมีผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้น 2.6 แสนคน หรือจำนวนการดื่มเพิ่มขึ้น 1 เท่าในทุก 3 ปี 4 สอดคล้องกับรายงานจากการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2548 ที่พบว่า ปัจจุบันสุราเป็นยาเสพติดที่มีการนิยมใช้เพิ่ม

มากขึ้น เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายไม่ผิดกฎหมาย จึงมีแนวโน้มของการใช้มากขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าในปี พ.ศ. 2546 หลังจากรัฐบาลได้ประกาศสงครามยาเสพติดและทำให้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีน ยาบ้าลดลง แต่สุราก็กลับมีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ที่สูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2545 จนถึง พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วย 533 ราย 655 ราย 1,148 ราย 1,068 ราย และ 1,090 ราย³ ตามลำดับ

ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์ ส่วนใหญ่จะอยู่รับการบำบัดรักษาโดยเฉลี่ยเป็นเวลา 1 เดือนแล้วจำหน่ายกลับบ้านและนัดมาพบแพทย์เพื่อรับยาและติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี แต่ปัญหาด้านสุขภาพ จากที่สุราไปทำลายส่วนต่างๆ มีผลให้ร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์เหมือนเดิม โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการสมองเสื่อม บกพร่องด้านความจำ เข้าวินิจฉัยและการตัดสินใจแย่งลง รวมทั้งมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการดื่มสุรา อาทิ ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรักรักความผูกพันในครอบครัว ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรักและความเข้าใจต่อกันของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนกลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชนซึ่งมีสุร่าจำหน่ายกันอย่างแพร่หลายในแต่ละชุมชน ปัจจัยเหล่านี้เป็นอิทธิพลจูงใจให้เกิดความอยากดื่ม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเลิกได้แล้วก็ตาม ถ้ามีจิตใจที่ไม่เข้มแข็งพอ การดูแลตนเองจึงไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปดื่มสุร่าซ้ำได้^{4,5} เมื่อเป็นเช่นนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุร่าเพื่อให้เลิกดื่มสุร่าอย่างถาวรที่มักได้ผลดี จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่เห็นความสำคัญหรือไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ถูกต้อง ในทางกลับกันสมาชิกในครอบครัวเองอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดสุร่าซ้ำได้เช่นกัน

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Mental Health Education) เป็นกระบวนการสื่อสาร ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยมีกลวิธีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง นำมากำหนดกิจกรรมของโปรแกรมภายใต้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ พร้อมทั้งสามารถวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมได้⁹ และพบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ และคณะ¹⁰ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพบนความเชื่อว่า สามารถให้ผลในการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา รับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและวิธีการจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำและแรงจูงใจ

ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ

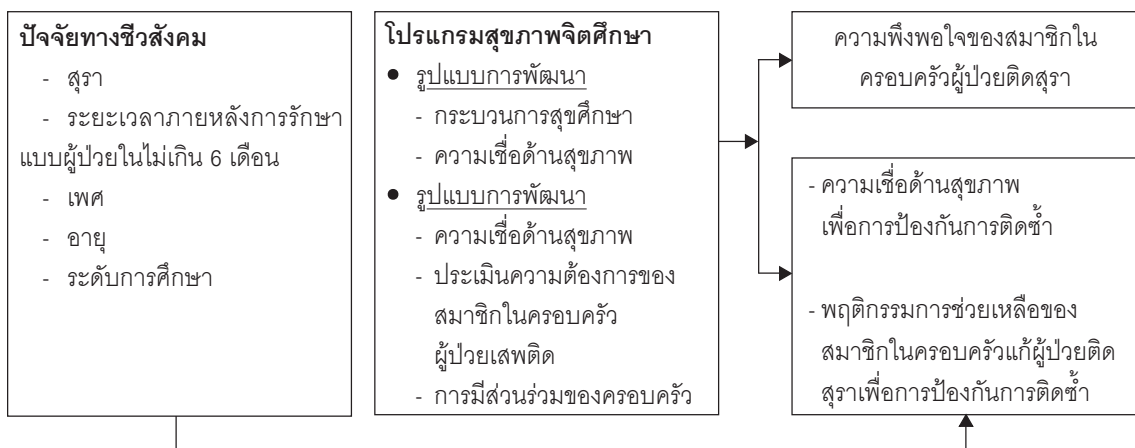
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการสุขภาพศึกษามาใช้โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ และมีกรอบแนวคิดที่มีลักษณะความสัมพันธ์กัน (แผนภูมิที่ 1)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

กรอบแนวคิด



3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา ภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ ไม่เกิน 6 เดือน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและอาศัยอยู่ด้วยกัน ภายหลังการรักษา อายุ 20-60 ปี มีสุขภาพแข็งแรง และได้รับการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้ง ความต้องการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพในการ ป้องกันการติดซ้ำ ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (3.50-5.00) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุม เป็น กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา แต่ได้รับคู่มือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และทั้งสองกลุ่มจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามปกติของสถาบันธัญญารักษ์ การศึกษานี้ได้ผ่านการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของสถาบันธัญญารักษ์และมีจริยธรรม พิธีกรกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

และความต้องการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อ การป้องกันการติดซ้ำ จำนวน 30 ข้อ และแบบประเมิน พฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อ ความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา ต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประเภทกำหนดโครงสร้าง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ระดับลึก

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยค้นคว้า จากตำราเอกสารและคู่มือที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทาง ในการกำหนดเนื้อหากิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ความเชื่อ ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกใน ครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยติดสุราได้ประยุกต์ จากแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และคณะ¹⁰ 2) ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของสุราและกิจกรรมการแก้ไข ปัญหาจากคู่มือโปรแกรมกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยสุรา¹¹ 3) ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการอยาก การจัดการระเบียบ ชีวิตใหม่ การจัดการกับอารมณ์โกรธ การจัดการ ความเครียด การฝึกทักษะในการปฏิเสธยาเสพติด มาประยุกต์ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการช่วยเหลือของ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราจากคู่มือการบำบัด รักษาผู้ติดยาเสพติดระบบจิตราสา¹² และ 4) เทคนิค การฝึกผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscular relaxation training) จาก ตำรา การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต¹³ ได้ให้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราได้ฝึกปฏิบัติและ สามารถนำแนะนำให้กับผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อผ่อนคลาย ความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยวิธีการบรรยาย การสอน ด้วยสื่อวีดิทัศน์ การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำ ด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นการมีส่วนร่วม

การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และความคิดเห็น การเห็นใจและให้กำลังใจกัน ที่นำไปสู่การตัดสินใจ ในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติของตนเอง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การตัดสินจากความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 และนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ข้อที่ค่าที่ (t) ไม่ต่ำกว่า 2.00 รวมทั้งทดสอบความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิก ในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยติดสุรา เท่ากับ 0.889, 0.899 และ 0.966 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 กลุ่มสัมพันธ์ “มารู้จักกันเถอะ” โดยให้สมาชิกทุกคนได้ทำความรู้จักกันและแนะนำชื่อและลักษณะเด่นด้านบวกของสมาชิกแต่ละคน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน ส่งเสริมให้กล้าแสดงออกและนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป และกิจกรรมที่ 2 ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของสุรา เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปและอธิบายเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 รับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดสุราซ้ำและการป้องกันการติดสุราซ้ำ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจถึงตัวกระตุ้นต่างๆ และมีวิธีการจัดการหรือหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของการกลับไปติดสุราซ้ำได้ โดยการจำลองอภิปรายกลุ่ม **กิจกรรมที่ 4** “การแก้ไขปัญหา” โดยการเล่นเกมนลากเส้นผ่านจุด เพื่อให้สมาชิกฝึกเชาว์ปัญญาและช่วยพัฒนาความคิด มีแนวทางการแก้ไขปัญหามาแบบต่างๆ อย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 เทคนิคการฝึกผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยผู้วิจัยบรรยายและให้สมาชิกฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และสามารถนำไปแนะนำให้แก่ผู้ป่วยได้ **กิจกรรมที่ 6** รับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและเกิดความตระหนักในปัญหาการติดสุราซ้ำ โดยจัดอภิปรายกลุ่ม และนำเสนอผลงาน ผู้วิจัยสรุปและอธิบายเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 7 รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์จากการปฏิบัติและมีวิธีการจัดการกับอุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดซ้ำได้ โดยการจำลองอภิปรายกลุ่ม และนำเสนอผลงาน ผู้วิจัยสรุปและอธิบายเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 8 แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วม เปรียบเทียบวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำที่ได้ผลและวิธีการปฏิบัติที่ไม่ได้ผล

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมน้ำสียังใสได้ เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม การเกิดพลังที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ มีการร่วมมือช่วยเหลือและสนับสนุนกัน โดยให้สมาชิกเล่นเกมช่วยกันตักน้ำสะอาดใส่เหยือกที่มีน้ำสีแดง คนละ 1 ช้อน จนน้ำสีแดงในเหยือกเปลี่ยนเป็นน้ำสะอาด ให้สมาชิกสรุปข้อคิดที่ได้จากกิจกรรม หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของสมาชิกในกลุ่มทดลอง โดยทำการสัมภาษณ์ระดับลึก

หลังจากกระบวนการทดลองสิ้นสุดลง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิก

ในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ และแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา จำนวนและร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนให้การทดลอง โดยใช้สถิติค่าไค-สแควร์ (Chi-square test)

3. การประเมินพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ และการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา ใช้สถิติพรรณนาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ระดับลึกเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2551

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี

จำนวนเท่ากันกลุ่มละ 30 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุอยู่ระหว่าง 40 ขึ้นไป-60 ปี จำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 66.7 และ 56.7 และมีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 43.3 และ 36.7 รายได้รวมของครอบครัวมีความพอเพียง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.3 และ 56.7 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว ระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนให้การทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มมี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 และ 3 พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($t = 4.859^*$)

จากตารางที่ 4 และ 5 การเปลี่ยนแปลงของระดับความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดซ้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($t = 6.775^*$)

การสัมภาษณ์ระดับลึกเกี่ยวกับ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาพบว่า ในภาพรวมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ
สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Chi-Square tests		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Value	df	Sig (2-sided)
1. เพศ :							
ชาย	8	26.7	8	26.7	0.000	1	1.000
หญิง	22	73.3	22	73.3			
2. อายุ :							
0 - 40 ปี	10	33.3	13	43.3	0.653	1	0.426
40 ขึ้นไป - 60 ปี	20	66.7	17	56.7			
3. ระดับการศึกษา :							
ประถมศึกษา	12	40.0	10	33.3	0.292	2	0.864
มัธยมศึกษา	11	36.7	12	40.0			
อุดมศึกษา	7	23.3	8	26.7			
4. สถานภาพเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย :							
บิดา / มารดา	7	23.3	6	20.0	3.277	3	0.351
สามี / ภรรยา	9	30.0	11	36.7			
พี่ / น้อง	4	13.3	8	26.7			
บุตร	10	33.3	5	16.7			
5. รายได้รวมของครอบครัว :							
เพียงพอ	19	63.3	17	56.7	0.278	1	0.598
ไม่เพียงพอ	11	36.7	13	43.3			

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เนื่องจาก
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยติดสุรามีความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะ
ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา
เพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ ทำให้เกิดความมั่นใจ
มากขึ้นที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงได้ จึงทำให้
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรามีความรู้เกี่ยวกับการเข้า
ร่วมโปรแกรมนี้มีประโยชน์ และจากการสัมภาษณ์

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา พบว่ามีคำหรือวลี
ที่เกิดขึ้นซ้ำมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ได้รู้วิธีการปฏิบัติ
ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 24 คน
คิดเป็นร้อยละ 80 อันดับที่ 2 ได้รับความรู้เรื่องโทษพิษภัย
ของสุรา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 67 อันดับที่ 3
มีความตั้งใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา
จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดย้ำ ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	\bar{X}	S.D	\bar{D}_1	S.D ₁	\bar{X}	S.D	\bar{D}_2	S.D ₂
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรม								
ก่อนทดลอง	3.2111	0.49063			3.2500	0.42793		
			0.4033	0.38669			0.0022	0.24384
หลังทดลอง	3.6144	0.41483			3.2478	0.33330		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดย้ำ หลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t
	\bar{D}_1	S.D ₁	\bar{D}_2	S.D ₂		
พฤติกรรม	0.4033	0.38669	0.0022	0.24384	58	4.859*

*p < 0.05

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดย้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	\bar{X}	S.D	\bar{D}_1	S.D ₁	\bar{X}	S.D	\bar{D}_2	S.D ₂
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเชื่อด้านสุขภาพ								
ก่อนทดลอง								
			1.0178	0.59253			0.1623	0.35673
หลังทดลอง	3.9211	0.46884			3.1956	0.54024		

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดย้ำของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t
	\bar{D}_1	S.D ₁	\bar{D}_2	S.D ₂		
ความเชื่อด้านสุขภาพ	1.0178	0.59253	0.1622	0.35673	58	6.775*

*p < 0.05

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในวัยกลางคนถึงผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและจะเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ มีความรู้และประสบการณ์ชีวิตที่สามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้¹⁴ จึงเป็นผู้มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยเสพติด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยติดสุราที่มารับ การบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.07 มีอายุอยู่ระหว่าง 35-49 ปี⁵ การศึกษาอยู่ในระดับประถม และมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและมีรายได้รวมที่มีความพอเพียงต่อการใช้จ่ายในครอบครัว จึงมี เวลาให้การดูแลช่วยเหลือและมีความต้องการที่จะมีความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติ เพื่อการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 ที่ว่าพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นผลเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราได้รับกิจกรรมจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ในรูปแบบของการใช้กลวิธีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดกระบวนการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งได้นำการประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรามาเป็นหลักในการจัดกิจกรรม จึงช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราได้รับความรู้เรื่องโทษพิษภัยของสุรา จากการชมวิดีโอที่ค้น ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับฤทธิ์ของสุราต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดื่มสุรา การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ดื่ม ครอบครัว และสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับไปติดซ้ำเกี่ยวกับเรื่องตัวกระตุ้นที่เป็นปัจจัยทำให้มีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และรู้วิธีการปฏิบัติในการดูแลฟื้นฟู

สมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยให้แข็งแรง โดยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากยาหรือจากโรคที่เป็นอยู่ แนะนำและจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และพามาพบแพทย์ตามนัด ช่วยเหลือและฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิเสธ การเผชิญกับโอกาสเสี่ยงของการกลับไปติดสุราซ้ำได้เหมาะสม ให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วย ในการจัดระเบียบชีวิตใหม่ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ปราศจากการใช้ยาเสพติด และการสร้างเป้าหมายชีวิตในอนาคตที่เหมาะสมและเป็นไปได้ การจัดการกับอารมณ์และความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราได้รับการฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการความเครียด รู้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความรู้ที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราต้องการรับรู้และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้จริง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราจะเห็นประโยชน์ และมีวิธีจัดการกับอุปสรรคในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสุรา จึงเกิดความมั่นใจและพึงพอใจที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และจากกระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรารับรู้ว่าเขาได้ประสบปัญหาเพียงลำพัง ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาเหมือนกันและได้ให้ความเห็นใจ เข้าใจกัน ทำให้รู้สึกมีกำลังใจในการปฏิบัติมากขึ้น

ดังนั้นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรามีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพมากขึ้น จะช่วยให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยติดสุรา จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของนนทิยา วิสุทธิภักดี¹⁵ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชายในหอพัก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการดื่มสุรา การรับรู้ประโยชน์

และอุปสรรคของการป้องกันตนเอง จากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ นาคะโยธินสกุล¹⁶ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการศึกษา วิจัยที่เกี่ยวข้องกัน ในต่างประเทศพบว่า การศึกษาของ ฮอล เวนย์ และเนลสัน¹⁷ เรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชา ในวัยผู้ใหญ่ ชาวออสเตรเลีย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งในวัยรุ่นจะมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ จึงมีผลทำให้การใช้กัญชาในช่วงวัยรุ่นมีมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ และการศึกษาของแอนนา¹⁸ เรื่องความรู้ที่จำเป็นในการเลิกสูบบุหรี่ที่ศึกษาจากผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และพยาบาลพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่และการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่อสุขภาพของเด็กจากการสูบบุหรี่ จะมีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่

สรุป

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นโปรแกรมที่มีผลช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำได้มากขึ้น จึงสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเสติดกลุ่มอื่นๆ เพื่อลดปัญหาการกลับไปเสติดซ้ำภายหลังการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลศึกษาด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเสติดประเภทอื่นๆ เช่น สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเสติดยาบ้า

2. ควรมีการติดตามศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ ทั้งในระยะสั้นหลังจากร่วมกิจกรรมแล้ว 1-2 เดือน และระยะยาว 3-6 เดือน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ และสามารถใช้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีในการให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดซ้ำต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชัย คุณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์ และ ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ ที่ให้แนวคิด คำแนะนำปรึกษาในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ทุกขั้นตอน ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และงานส่งเสริมและพัฒนามหาวิชาการกองบริการการศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ทุนวิจัยบัณฑิตศึกษา สนับสนุนในครั้งนี้ นต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้และเจ้าหน้าที่แผนกติดตามการรักษารวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กร วิชาการสารเสติด, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่องวิกฤตปัญหาสุราและนโยบาย กรุงเทพมหานคร; 2548.

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำยุทธศาสตร์; 2548.
3. ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร; 2547.
4. Michael G, Denis G, Richard M, Philip C. Psychiatry. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1996.
5. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. ประสบการณ์และข้อเสนอแนะในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ จัดโดยกรมควบคุมโรค ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร; 2547.
6. สถาบันวิจัยรณรงค์ ศูนย์สารสนเทศ. สถิติรายงานประจำปี 2548-2549. ปทุมธานี; 2549.
7. เกษม ต้นติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร; 2536.
8. สมภพ เรืองตระกูล. ยาเสพติด มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
9. วิชัย โปษยะจินดา, อาภา ศิริวงศ์ ณ ออยุธยา. สุราในสังคมไทย: จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย กรุงเทพมหานคร; 2544.
10. พิทักษ์พล บุญยมาลิก. สุขภาพจิตศึกษา. เอกสารประกอบการบรรยาย คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
11. Becker MH, Maiman LA. Social behaviordeterminants of compliance with health and medical care recommendation: Medical Care 1975; 18:10-2.
12. สถาบันวิจัยรณรงค์ กรมการแพทย์. คู่มือโปรแกรมกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยสุรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546.
13. ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, สวัสดิ์ อึ้งณรงค์กรชัย. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ลิขระเดอ์การพิมพ์; 2545.
14. มรรยาท รุจิวิษญู. การจัดการความเครียดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตภาคประชาชน : การพัฒนานโยบายกรม กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.; 2546.
16. นันทิยา วิสุทธิภักดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.
17. เขียวเรศ นาคะโยธินสกุล. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
18. Hall W, Nelson J. Correlates of the perceived health risks of marijuana use among Australian adults. Drug Alcohol Rev 1996; 15:137-43.
19. Ana G. Smoking Cessation Education Needs as Reported by Current Smokers, Former Smokers and Nurses. Master of Science Nursing Marshall University; 2004; <http://www.marshall.edu/etd/masters/grynwald-ana-2004-msu.pdf> (accessed April 1 2008).