

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม*

SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOR

IN ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, พย.บ. (Premruthai Chaihanit, RN, BNS.)**

เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธิ์, Ph.D. (Pennapa Dangdomyouth, RN, Ph.D.) ***

Abstract

Objective: The purposes 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.

Methods: A descriptive study was conducted. The subjects were 168 patients, who were receiving service at the outpatients 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. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and Pearson's

product moment correlation.

Results:

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 negatively and 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.

Keywords: Alcohol consumption behavior, Alcohol dependence, Psychiatric comorbidity

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสวนคดี สาขากายภาพบำบัดและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

***Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ใน ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 168 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา

1. ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุราโดยรวมอยู่ในระดับติดสุรา
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวและ

ชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา และความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ความสำคัญของปัญหา

การดื่มสุรากับโรคทางจิตเวช เป็นปัญหาที่พบร่วมกันได้บ่อย (Modesto-Lowe & Kranzier, 1999) ซึ่งการเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยพบว่าความรุนแรงของการเสพติดสุราเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดพยาธิสภาพทางจิต (Skinner & Allen, 1982) จากการสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากงานสถิติและเวชระเบียน พบว่าในปี พ.ศ.2552 ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราร่วมกับมีโรคทางจิตเวชสูงถึง 3.8 เท่า (บัณฑิตสรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และกมลวิวัฒนาพร, 2553) จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยปี พ.ศ.2546 ในชุมชนทุกภาคของประเทศ จากกลุ่มตัวอย่าง 11,700 ราย พบโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุรา มีความชุกมากที่สุดถึงร้อยละ 28.5 (พรเทพศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) และพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ติดสุรามีอัตราการเกิดโรคจิตเวชร่วมด้วย (อรัญญา แพจุ้ย และนรัญญา ศรีบุรพา, 2552) ซึ่งจากการสำรวจโรงพยาบาลตติยภูมิ

ในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยจำนวน 86 และ 102 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2552-2554 โรงพยาบาลราชวิถี มีผู้ป่วยจำนวน 61, 86 และ 71 ราย และจากสถิติของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า มีผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 340, 412 และ 356 ราย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดเชื้อเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยปัจจัยด้านปริมาณการดื่มและแบบแผนการดื่มเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 60 โรค (Room et al., 2005) การดื่มสุราและการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกัน และมีสาเหตุการดื่มที่แตกต่างกัน (วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ, 2554) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะมีลักษณะของกลุ่มอาการที่เฉพาะ คือ มีความผิดปกติของการรับรู้ การรู้คิด อารมณ์ การแสดงอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรม หรือมีอาการแสดงร่วมกัน โดยกลุ่มอาการที่แสดงออกจะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคทางจิตเวชที่เป็น และเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูญเสียไป และเมื่อเกิดโรคจิตเวชจะส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทาง

อารมณ์ จะพบว่ามีความผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้และรู้สึกทุกข์ทรมาน เช่น อาการเศร้า รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีปมด้อย ต่ำหนีดัวเอง วิตกกังวล มีความคับแค้นใจ มองโลกในแง่ร้ายและเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ทำให้การคิด การพูดและพฤติกรรมผิดปกติตามไปด้วย ซึ่งอารมณ์ที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น (สุชาติ พหลภักย์, 2542) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต จะมีลักษณะความผิดปกติของกระบวนการรู้คิด การรับรู้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ ตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการดื่มสุราทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ออกกำลังกาย และรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) และช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้มีจิตใจเบิกบาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2544) และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้ความรุนแรงของโรคมักขึ้น (Cargiulo, 2007) จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา (Pilowsky et al., 2009) การไม่สามารถบังคับใจตัวเองจากการมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ครอบครัวไม่ใกล้ชิด และการที่ผู้ป่วยเข้าสังคมกับเพื่อน (ภาวดี ไตท่าโรง, 2551) การขาดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา และการมีความเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึก

หายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; สมนึก หลิมศิริรัตน์, 2551) การเผชิญความเครียดหรือภาวะวิกฤติในชีวิต (Daragon Na Ayuttaya, 2009) ปังจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม (Polsongklam, 2008) การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดื่มสุรา และอิทธิพลของบุคคลในครอบครัวต่อการดื่มสุรา (เสาวณี วิกน, 2548) การที่มีคนในครอบครัวดื่มสุรา (ปิยกมล ทองงาม, 2544; Pilowsky et al., 2009) รวมถึงการขาดแรงสนับสนุนและเอาใจใส่จากครอบครัว (อัจฉราพร นัคสาสาร, 2548) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา

การศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล (ปิยกมล ทองงาม, 2544; อัจฉราพร นัคสาสาร, 2548; Polsongkram, 2008; Daragon Na Ayuttaya, 2009; ภาวดี โตทำโรง, 2551 และ วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ต้องเผชิญปัญหา รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการดื่มสุราที่ทำให้ผู้ติดสุรากลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบและรุนแรงขึ้น ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในช่วงที่ผู้ป่วยกลับออกไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง จะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหา ความต้องการและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

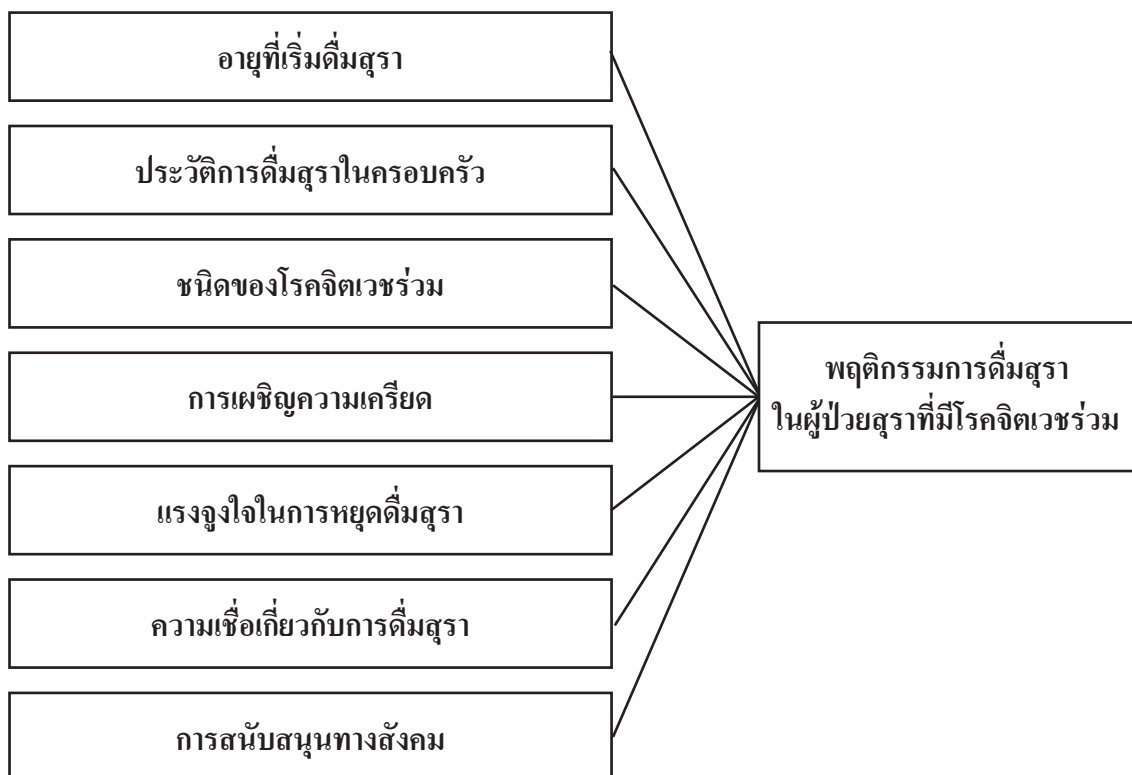
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา แสดงให้เห็นว่าอายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพติดสุรา โดยการเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดสุรา ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตเวชร่วม (Pilowsky et al., 2009) และการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุราเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ปิยกมล ทองงาม, 2544; Pilowsky et al., 2009) ชนิดของโรคจิตเวชร่วมพบว่าโรคกลัวสังคม (Social anxiety disorder) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการเสพติดสุรา มากกว่าโรควิตกกังวลชนิดอื่น (Buckner et al., 2008) ในการเผชิญความเครียด พบว่าผู้ติดสุรามักมีความอ่อนแอในด้านอารมณ์ ขาดความมั่นใจในตนเองและหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการดื่มสุรา (อัจฉราพร นัคสาสาร, 2548) ผู้ติดสุรา

ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง มีความวิตกกังวลสูง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราลดลง (ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนะรัชต์ นามพลดี, 2550) และพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีความคิดและความเชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของ

ผู้ติดสุรา โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา (สมนึก หลิมศิริโรจน์, 2551) นั่นคือตัวแปรคัดสรรที่น่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสนับสนุนทางสังคมแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานทางการวิจัย

1. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมตาม ICD 10 มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมตาม ICD 10 มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประสาทหลอน ประเมินจากแบบประเมินอาการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol

Withdrawal scale: AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 4 ไม่มีอาการหลงผิด มีความคิดสับสน ก้าวร้าว และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) และเพิ่มข้อมูลอีก 20% ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ได้กลุ่มตัวอย่าง 168 คน โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 สุ่มสังกัดต่าง ๆ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จากโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิที่มีคลินิกจิตเวช และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548) ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา คำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.87 การแปลผลแบ่งเป็น ไม่เคยเลย เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า 2-4 ครั้งต่อเดือน 2-3 ครั้งต่อเดือน และ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหา จำนวน 14 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 24 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ของ Polsongkram (2008) ประกอบด้วยข้อ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางด้านบวกทั้งหมด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เท่ากับ 0.8 และตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .7

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคมเมื่อเสพสุรา และการรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการเสพสุรา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เท่ากับ .9 และตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .71

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทาง

สังคม ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และการบริการ 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเข้าพบและนัดหมายหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 168 คน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วม วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ได้แก่ การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่ง

เรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยรวมอยู่ในระดับติดสุรา (mean = 19.15, SD = 11.81) (ตารางที่ 1)
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวและชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา และความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม (ตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จำแนกตามระดับคะแนน พฤติกรรมดื่มสุรา (n = 168 คน)

ระดับพฤติกรรม การดื่มสุรา	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	mean	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

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการดื่มสุราในครอบครัว กับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้ สถิติไค-สแควร์

ระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา	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%)
$\chi^2(df_2) = 64.61$ (p = .000)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคจิตเวชร่วมกับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้สถิติไค-สแควร์

ระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา	ชนิดของโรคจิตเวชร่วม					รวม
	กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์	กลุ่มโรควิตกกังวล	กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ	กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิต	กลุ่มภาวะฆ่าตัวตาย	
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%)

$\chi^2(df_8) = 51.45 (p = .000)$

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก การเผชิญความเครียด แรงงูใจในการหยุดดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัยอิสระ	พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม		
	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

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอยู่ในระดับติดสุราร้อยละ 54.76 โดยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอยู่ในระดับเสี่ยงหรือเป็นอันตราย และพบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบเป็นโรคร่วมกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์ ดื่มสุรา 5-6 คมมาตรฐานต่อครั้ง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งปริมาณการดื่มและแบบแผนการดื่มเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 60 โรค (Room et al., 2005) โดยโรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อย คือ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล และการใช้สารเสพติด (Cargiulo, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่า 5 คมมาตรฐานพบว่ามีพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่มีปริมาณการดื่ม 1-4 คมมาตรฐาน และการดื่มสุราที่เกินกว่า 29 คมมาตรฐานต่อสัปดาห์ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเท่า (Johnson & Ait-Daoud, 2005)

2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.430$) กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุ 12-20 ปี ซึ่งการเริ่มดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชมากขึ้น (Malone et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hingson et al. (2011) ที่พบว่า การเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยติดต่อกัน จะนำไปสู่พฤติกรรมการเสพติดสุรา

แบบเรื้อรังและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธุ์ และคณะ (2554) ที่พบว่า การดื่มสุรา 10 ปีขึ้นไปพบพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่ดื่มสุรา 1-9 ปี

3. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 42 ซึ่งร้อยละ 50 ของผู้มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติดมาจากครอบครัวที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งติดสุรา (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) สอดคล้องกับงานวิจัยของฉวีวรรณ ปัญจนุสย์ (2544) พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสติดสุราด้วยถึงร้อยละ 60 โดยอัตราการเป็นโรคจะเพิ่มสูงขึ้นถ้ามีญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตติดสุราและการศึกษาของ เสาวณี วิกัน (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่เคารพศรัทธา หรือเพื่อนชักชวนให้ดื่ม โดยการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุราเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรา (Pilowsky et al., 2009)

4. ชนิดของโรคจิตเวชร่วม ชนิดของโรคจิตเวชร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งจากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kessler et al. (1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยสุราที่ดื่มสุรา 5-6 ครั้งขึ้นไปเป็นประจำมีประวัติภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และการเสพติดสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช สอดคล้องกับศึกษาของ Gillihan et al. (2011) ที่

พบว่า ปฏิกริยาของอารมณ์วิตกกังวลกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเหตุการณ์วิกฤติ มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการดื่มสุรา และการศึกษาของ Buckner et al. (2008) ที่พบว่าโรคกลัวสังคม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการเสพติดสุรามากกว่าโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ

5. การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.253$) กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ โดยการดื่มสุราเพื่อคลายความเครียด เนื่องจากผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจะมีสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อาการเศร้า วิตกกังวลนอนไม่หลับ มีความยุ่งยากในการเผชิญกับสังคม ซึ่งการดื่มสุราทำให้กล้าแสดงออกและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasking and Oei (2007) ที่พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา โดยผู้ติดสุราร้อยละ 51.20 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง เมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น จะใช้การดื่มสุราเป็นการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์โดยการดื่มสุรา เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasking et al. (2011) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา

6. แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มี

โรคจิตเวชร่วม ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมองว่าสุรายังมีประโยชน์สำหรับตนเอง ช่วยให้ทำงานได้ เนื่องจากการดื่มสุราช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Polsongkram (2008) ที่พบว่าแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา โดยในผู้ติดสุราในกลุ่มที่หยุดดื่มสุรา มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีลักษณะทั่วไปของผู้ติดสุรา ที่หมกมุ่นกับการดื่มสุรา และยังสามารถทำงานได้แม้ว่าจะดื่มสุรา ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (Crumpler, 2005) และผู้ติดสุราส่วนใหญ่พบในผู้เป็นโรคจิตเรื้อรัง มีความวิตกกังวลสูง ไม่มีความมั่นใจในตนเองและอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

7. ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธิดา นิมนต์ดี (2551) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา แต่การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมบางส่วนมีความกลัว และไม่กล้าหยุดดื่มสุราเอง เพราะมีประสบการณ์ทุกข์ทรมานทางร่างกายจากการขาดสุรา ประกอบกับในปัจจุบันปัญหาทางด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อสภาพจิตใจซึ่งก่อให้เกิดความเครียด (จงกล เลิศเชียรดำรงและคณะ, 2553) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อ

คลายความกังวลและลดความตึงเครียดจากปัญหาดังกล่าว

8. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.698$) กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ทำให้มีผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชน ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ภาควิชาใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก หลิมศิริรัตน์ (2551) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ซึ่งการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพต่ำ ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม สร้างสถานการณ์จำลอง โดยเน้นการเผชิญความเครียดด้วยการใช้วิธีการจัดการกับปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง

2. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรวมถึงบุคคลทั่วไปถึงความสำคัญของการเริ่มการดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชในอนาคต

3. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ดังนั้นพยาบาลควรสร้างความตระหนักแก่บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม และให้การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดกำลังใจ สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราและดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

4. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ดังนั้นพยาบาลจึงควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เน้นส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อลดการดื่มสุรา

5. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดสุรา ดังนั้นพยาบาลต้องคำนึงถึงกลุ่มโรคร่วมโดยเฉพาะกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงที่สุด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเฉพาะกลุ่มให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำผลการวิจัย โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ ชนิดของจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมไปศึกษาลักษณะความสัมพันธ์เชิงทำนายของพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

2. ควรมีการนำผลการวิจัย ไปศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). *คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- จกมล เลิศเรียรดำรง, วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, หทัยชนก สุมาลี, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, วัฒนชัย จรูญวรรณะ, พีระมน นิงสานนท์, พินทุสร เหมพิสุทธิ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2553). *วิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย*. รายงานการวิจัย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ. (2544). การพยาบาล

ผู้เสพติดสุรา. ใน สมจิตร วงษ์ป่า (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลยาเสพติด*. นนทบุรี: บียอนด์พับลิชชิง.

ณัฐธิดา นิมิตติ. (2551). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกอดสุรา. *พยาบาลสาร*, 35(3), 154-164.

บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และกมล วัฒนาพร. (2553). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

ปิยกุล ทองงาม. (2544). *ปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลับมาเสพติดซ้ำของผู้ที่เข้ารับการบำบัด ณ ศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่*. ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177-188.

พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา*. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาวดี โดท่าโรง. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 45-61.

- วิชชุดา ยะสินธุ์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และธีรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2554). ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 167-178.
- สมนึก หลิมศิริรัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วย ที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 143-150.
- อรัญญา แพทย์ และนรัชญา ศรีบูรพา. (2552). ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 63-74.
- อัคราพร นัคสาสาร. (2548). สาเหตุของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาขารณสุข-ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขารณสุข-ศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J., Schauch, R. C., & Lewinsohn, P.M. (2008). Specificity 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.
- 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.
- Flensburg-Madeset, T., Mortensen, E.L., 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. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 307-314.
- Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A. (2012). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Mosby: affiliate of Elsevier.
- Gillihan, S. J., Farris, S. G., & 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.
- Hasking, P. A., & 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.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- 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.
- Modesto-Lowe, V., & Kranzier, H. R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol dependence patients with comorbid psychiatric Disorder. *Alcohol Research and health*, 23(2), 144-149.
- 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.
- 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. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 30(5), 866-877.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health: A review lancet 365. *Alcohol and Public Health*, 5, 519-30.
- Skinner, H. A., & Allen, B. A. (1982). Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(3), 199-209.
- 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.
- Wang, J., & El-Guebaly, N. (2004). Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 37-44.