

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์หรือสุราในประเทศไทย นับวันจะยังเป็นปัญหา และทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสารเสพติดที่หาซื้อง่าย กฎหมายและสังคมยอมรับจึงมีการ จำหน่ายอย่างแพร่หลาย จากสถิติการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดภาค กลางโรงพยาบาลรัฐสุราษฎร์ธานีปีงบประมาณ 2545 ถึงปีงบประมาณ 2549 พบว่า จำนวนผู้ติดสุราที่มา เข้ารับการบำบัดในคลินิกอดสุรา มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปีตามลำดับ คือจาก ร้อยละ 8.86 เป็นร้อยละ 18.49 ร้อยละ 38.08 ร้อยละ 23.03 และร้อยละ 27.65 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (สถาบันรัฐสุราษฎร์ ธานี กรมการแพทย์, 2549) ในปีงบประมาณ 2549 จำนวนผู้ติดสุราที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ สถาบันยาเสพติดสุราษฎร์ธานีจัดอยู่ในอันดับที่ 2 รองจากผู้ติดยาแอมเฟตามีน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การดื่มสุรายังเป็นปัญหาที่พบได้มากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีสร้างความสูญเสีย ให้กับสังคมและผู้เสพทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่าสารเสพติดประเภทอื่น ดังเช่นข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยดื่มสุราถึง 16.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.7 ปริมาณการดื่ม เพิ่มขึ้น 3 เท่าตัวในเวลา 14 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2545) ในปัจจุบันการ ติดสุราหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) เป็นโรคที่พบในชายมากกว่าหญิงในอัตราส่วน 4 : 1 อายุที่ดื่มกันมากจะอยู่ในระหว่าง 25-59 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2545) ซึ่งจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคมมากขึ้น

การดื่มสุรามีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตัวผู้เสพเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ นอกจากนี้มีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัตรเมื่อสมาชิกในครอบครัวติดสุรา หรือเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา ย่อมมีผลกระทบต่อ สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของครอบครัว กล่าวคือ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2002) พบว่า การติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และมีการดื่มสุราในครอบครัว รายได้ของครอบครัวจึงหมดไปกับการซื้อสุรา ครอบครัวที่มีสมาชิกที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดสุราจะมีผลกระทบทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของ

ตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การคิดสุรายังก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง เด็กขาดความอบอุ่นไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีปัญหาความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว เกิดปัญหาการหย่าร้าง (WHO, 1996; Ruth & Judith, 2000; Rossow, 2000) ภรรยาต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจในครอบครัว ครอบครัวจะต้องขาดหรือสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ดื่มสุรามีความสามารถในการทำงานลดลง (สุวิทย์ โพธิ์ราช, 2542) ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535; Michael, Denis, Richard, & Phillip, 1996) ทำให้ต้องขาดงาน อีกทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่สามีซื้อสุรามาดื่ม ภรรยาต้องปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น ทำให้รู้สึกคับข้องใจในบทบาท (ปณินท์ สกุลทอง, 2531) เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Kelly & Murusia, 2003) ขัดขวางการทำหน้าที่ตามปกติของครอบครัว (Brown, 1988; Montgomery & Johnson, 1992) ดังเช่นการศึกษาของสมัทนา แก้วมา (2545) และมิลเลอร์และคาบาคอฟ (Miller & Kabacoff, 1986) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีดื่มสุรา พบว่า ครอบครัวที่มีสามีติดสุรามีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้น้อยกว่าครอบครัวที่สามีไม่ติดสุรา นอกจากนี้เด็กที่มีพ่อแม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสมาธิสั้น ใจคิวต่ำ มีปัญหาทางอารมณ์ (ปณินท์ สกุลทอง, 2531) ถูกทารุณกรรม มีอาการติดสุราตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Wedding, 1999) และสามารถทำนายการดื่มสุราของบุตรได้ในอนาคตพบว่าบุตรชายที่บิดาติดสุรามีความเสี่ยงที่จะเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อย (Turner, Larimer, & Sarason, 2000; Dawson, 2000)

จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะรูปแบบการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากครอบครัวถือเป็นบันไดขั้นต้นแห่งการพัฒนามนุษย์และการสร้างสังคมให้มีความสุข การรณรงค์แก้ปัญหาสังคมที่กระทำอยู่ในปัจจุบันไม่อาจสำเร็จได้หากปราศจากการเสริมสร้างครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง และมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2540) การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลตั้งแต่การทำให้บุคคลเริ่มดื่มสุรา และดื่มอย่างต่อเนื่องตลอดจนการหันกลับมาดื่มสุราซ้ำ เนื่องจากขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ขาดความรักความอบอุ่น สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดี นอกจากนี้การทำหน้าที่ของครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือด้านการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ที่เข้าบำบัดอีกด้วย

การทำหน้าที่ของครอบครัวของสมาชิกแต่ละคน มีผลต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของสมาชิก การทำหน้าที่ของ

ครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร มีการสื่อสารที่ชัดเจนเปิดเผย มีความยืดหยุ่น สมาชิกแต่ละคนแสดงบทบาท หน้าที่ของตนได้เหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ และมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยที่การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นข้อบ่งชี้ถึงความสามารถของครอบครัวในการปรับตัวได้ประการหนึ่ง ซึ่งเอ็พสทิน, บัลด์วิน และบิชอป (Epstein, Baldwin & Bishop, n.d. cited in Epstein, Bishop, & Levin, 1978; Epstein, Bishop, & Baldwin, 1984) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Function: MMFF) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา (Problem Solving) 2) ด้านการสื่อสาร (Communication) 3) ด้านบทบาท (Role) 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) และ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) ซึ่งในแต่ละด้านนี้มีความเกี่ยวข้องกันเสมอ

การศึกษการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการติดยา ได้แก่ การศึกษาของ สุมัธมา แก้วมา (2545) พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกติดยามีการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแสดงบทบาท ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปได้น้อยกว่าครอบครัวที่สมาชิกไม่ติดยา จากการศึกษาของ แมกเคย์, ไมสโต และคณะ (McKay, Maisto et al., 1993) พบว่าผู้ติดยาและคู่สมรสรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวตรงกันในส่วนของการตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การแก้ปัญหา บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในด้านการควบคุมพฤติกรรม และความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ มีการรับรู้ที่ตรงกันเล็กน้อยหรือไม่ตรงกัน

มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางในต่างประเทศที่พยายามจัดทำโปรแกรมเกี่ยวกับการเลิกติดยาโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ออสเตอร์แมนและกรูบิค (Osterman & Grubic, 2000) พบว่า การบำบัดผู้ที่ติดยาในระยะพักฟื้นที่มีคู่สมรสเข้าร่วมกลุ่มบำบัดภายหลังมีระดับความคิดเห็นของการทำหน้าที่ครอบครัวแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสเข้าร่วมการบำบัด นอกจากนี้ แม็กกี, ลองกาบรอค, เบรทโทดและคณะ (McKay, Longabaugh, Beattie et al., 1993) พบว่า ความรู้สึกของทั้งผู้บำบัดและญาติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ครอบครัวภายหลังการรักษาดีกว่าการรักษาโดยปราศจากสมาชิกครอบครัว และจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยในประเทศ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวบำบัดในผู้ติดยาโดยรักษาร่วมกับผู้ติดยาเสพติดอื่น ซึ่งการบำบัดผู้ติดยาควรมีรูปแบบเฉพาะ นอกจากนั้นยังไม่มีการศึกษาติดตามผลของครอบครัวบำบัดต่อการทำหน้าที่ครอบครัว และยังไม่พบงานวิจัยที่ให้การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสมาชิกติดยา

ถึงแม้จะมีวิธีการบำบัดผู้ที่ติดสุราในปัจจุบันที่กระทำอยู่จะเป็นการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และจิตใจ ส่วนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจะใช้รูปแบบที่เน้นการช่วยเหลือให้ครบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งเรียกว่า เมทริกซ์โปรแกรม (กรมสุขภาพจิต, 2544) เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับบำบัดผู้ติดสารแอมเฟตามีนนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ที่ติดสุรา

จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการรักษาผู้ที่ติดสุรานั้นยังไม่มีรูปแบบที่เฉพาะสำหรับการบำบัดผู้ที่ต้องการเลิกดื่มสุรา จากที่กล่าวมาข้างต้นครอบครัวเป็นส่วนสำคัญเป็นทั้งสาเหตุที่ทำให้บุคคลเริ่มดื่มสุรา ตลอดจนกลับไปดื่มสุราซ้ำ และครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างความแข็งแกร่งให้แก่สมาชิกในครอบครัว ดังนั้นในการที่จะบำบัดผู้ที่ติดสุราให้เลิกดื่มสุราต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีของผู้ติดสุราและครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและพยายามให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เรียนรู้วิธีการให้การสนับสนุน ให้กำลังใจที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าบำบัดมีกำลังใจและพยายามเลิกดื่มสุรา จากการที่สถานบริการที่ให้การรักษายู่ในปัจจุบันให้การรักษาไปตามอาการของผู้ติดสุรา แม้จะมีกิจกรรมเสริมเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจอยู่บ้าง แต่ก็ไม่สามารถเยียวยาได้สมบูรณ์ เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวก็อาจหวนคืนกลับมาพึ่งติดสุราอีกเหมือนเดิม นั่นเป็นเพราะว่ากลไกของครอบครัวไม่ได้รับการบำบัดด้วยตนเอง ดังนั้นการบำบัดผู้ติดสุราควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ในด้านหนึ่งถือว่าครอบครัวมีความผิดปกติด้วยเช่นกัน คือ ปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการใช้สุราอย่างไม่เหมาะสม หรือการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างมาก ในขณะเดียวกันการเลิกสุราต้องอาศัยกำลังใจและการเอาใจใส่จากครอบครัวด้วยเช่นกัน ดังนั้นการพูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก

สำหรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) ไม่มีการศึกษาในประเทศไทยผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรณีของการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว และตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุรา การศึกษานี้จึงได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวขึ้นโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ คือ กิจกรรมด้านตัวผู้บำบัดและกิจกรรมด้านครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ครอบครัว การสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Conversation) การให้ผู้บำบัดและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเลิกดื่มสุรา และเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุราของสมาชิก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังคาดหวังว่าโปรแกรมนี้จะเป็โปรแกรมทดสอบการนาร่อง อันจะช่วยกระตุ้นเตือนให้พยาบาลหรือบุคลากร

ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้บริหาร ได้ให้ความสำคัญและนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพของครอบครัวที่มีสามีติดสุราให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวที่มีสามีติดสุรา

สมมติฐานการวิจัย

ครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่า ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ติดสุราหรือพยาบาลครอบครัวสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว ไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราและครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวของผู้ติดสุราสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลช่วยเหลือครอบครัว เพื่อพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของครอบครัว
2. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีสามีติดสุราไปกำหนดหรือใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการพัฒนางานด้านการบำบัดผู้ติดสุรา
3. ด้านการศึกษา เป็นการพัฒนาการศึกษาด้านการพยาบาลครอบครัวที่นำรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวตามแนวคิดของคัลการี (The Calgary Family Intervention Model: CFIM) มาให้การพยาบาลครอบครัว
4. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวกับการโปรแกรมและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้ติดสุรา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยถึงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีสามีติดสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการสอน แนะนำตามปกติจากพยาบาล โดยศึกษาในครอบครัวที่มีสามีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมืองจะเจียงเทร่า จำนวน 20 ครอบครัว ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2550

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว
2. ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดสุราในด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ครอบครัว หมายถึง ภรรยาที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรืออาศัยอยู่ร่วมกันฉันท์สามี ภรรยา ของสามีที่ติดสุรา
2. สามีที่ติดสุรา หมายถึง สามีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา
3. การทำหน้าที่ครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงอยู่ได้ของครอบครัว ประเมินโดยการรับรู้ของภรรยาที่มีสามีติดสุราเกี่ยวกับรูปแบบที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ประกอบด้วย
 - 3.1 ด้านการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถหรือวิธีการที่ครอบครัวใช้ในการแก้ปัญหาประกอบด้วย การแยกแยะประเด็นปัญหา การสื่อสารให้เข้าใจกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผนแก้ไขปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก การติดตามแก้ไขปัญหาลงจนการประเมินความสำเร็จของวิธีการแก้ไขปัญห
 - 3.2 ด้านการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และกันโดยพิจารณาถึงความชัดเจนของเนื้อหาและข่าวสารนั้นถูกส่งไปยังบุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง
 - 3.3 ด้านบทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่ครอบครัวกำหนดขึ้นสำหรับการดำเนินการกิจต่างๆ ของครอบครัว โดยพิจารณาถึงความชัดเจนและความยุติธรรมในการมอบหมายภาระกิจให้สมาชิกตามความเหมาะสม ความพึงพอใจและความรับผิดชอบของสมาชิกในการปฏิบัติภาระกิจดังกล่าวและวิธีการดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในภาระกิจของตน

3.4 ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถหรือวิธีการของสมาชิก ครอบครัวที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวนั้นมีหลายรูปแบบทั้งอารมณ์เชิงบวก เช่น อบอุ่น รัก สุข สนุกสนาน เป็นต้น และอารมณ์เชิงลบ เช่น กลัว โกรธ เศร้า ผิดหวัง เป็นต้น

3.5 ด้านความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิก ครอบครัวแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน

3.6 ด้านการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง แบบแผนหรือวิธีการที่ครอบครัวควบคุม หรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิกเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

3.7 ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป หมายถึง พฤติกรรมในภาพรวมทั้งหมดของสมาชิกใน ครอบครัวที่แสดงถึงการมีความสุขหรือไม่มีความสุขของครอบครัว

4. โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่จัดให้แก่ครอบครัวที่ สามีติดสุราเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) (Wright & Leahey, 2000) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

4.1 การให้ความรู้ โดยการให้ลูกศึกษาเป็นรายบุคคล และครอบครัว ตามเนื้อหาใน แผนการสอน สอนเนื้อหาเกี่ยวกับสุรา การทำหน้าที่ครอบครัว

4.2 การปฏิบัติกิจกรรม การสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Conversation) เพื่อ ส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทำหน้าที่ของครอบครัวของสมาชิกแต่ละคน มีผลต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของสมาชิก เป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวปฏิบัติเพื่อความ สมดุล สุขของครอบครัว หรือคุณภาพชีวิตครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะ โครงสร้างของ ครอบครัวและคุณภาพการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมี ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร มีการสื่อสารที่ชัดเจนเปิดเผย สมาชิกแต่ละคนแสดงบทบาทของตนได้ เหมาะสม และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวที่ ผ่านมาพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัวมักเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารในครอบครัว (ถิรนนท์ อนุวัชรวิวงศ์, 2543)

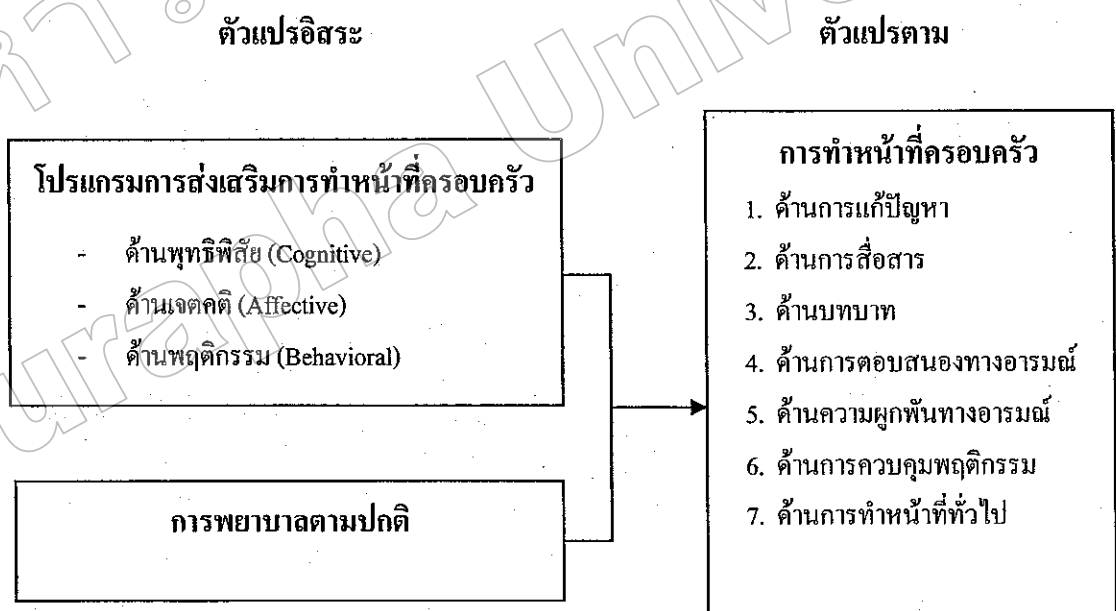
ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการที่จะป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวติดสารเสพติด การที่คนในครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตดีเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ย่อมเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมาก่อน สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันซึ่งประกอบด้วย ความพึงพอใจ และการปฏิบัติต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวบนพื้นฐานของความรักความเข้าใจและความสามัคคี แต่ถ้าปฏิบัติต่อกันในลักษณะขัดแย้งจะทำให้ครอบครัวขาดความสงบสุข (พรฤดี นิธิรัตน์, 2540) ทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากอยู่บ้านหรือไปพึ่งพาสารเสพติดได้ จากการศึกษาทบทวนเกี่ยวกับการทำหน้าที่ครอบครัว และผลกระทบจากการที่มีสมาชิกติดสุราโดยสรุปพบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุราการทำหน้าที่ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านบทบาท และด้านการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่าครอบครัวที่สามีไม่ติดสุรา (สุมัทธนา แก้วมา, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Kelly & Murusia, 2003) เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง เด็กขาดความอบอุ่นไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีปัญหาความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว เกิดปัญหาการหย่าร้าง (WHO, 1996; Ruth & Judith, 2000; Rossow, 2000)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุรา ในการอธิบายโดยใช้แนวความคิดของ Calgary Family Intervention Model (CFIM) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดขึ้นจะต้องสอดคล้องกับความเชื่อของการทำหน้าที่ของครอบครัวและบริบทของครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริม (Promotion) แก้ไข ปรับปรุง (Improving) และการคงไว้ (Sustaining) ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ครอบครัวใน 3 ด้าน คือ ครอบครัวนั้นรับรู้ และมีความคิดอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Cognitive Domian), ครอบครัวรู้สึก และแสดงอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการหรือมีความตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหายังไร (Affective Domian) และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อปัญหานั้น (Behavioral Domian) สำหรับการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน แต่บางครั้งอาจเน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเนื่องจากเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ เสมอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับความผูกพันระหว่างพยาบาลกับครอบครัว

ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว อันประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 2 อย่างคือ การให้ความรู้และการสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Conversation) เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุรา ทั้งนี้มีความคาดหวังว่าโปรแกรมนีจะช่วยสร้างพลังความเข้มแข็ง เสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพได้ยั่งยืน

ในทุกด้าน ทั้งด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) เจตคติ (Affective) และพฤติกรรม (Behavioral) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้สมาชิกของครอบครัวค้นพบแนวทางที่จะแก้ปัญหาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานของ Calgary Family Intervention Model (CFIM) สำหรับการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจะวัดโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวของจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ที่สร้างโดยอุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (Epstien et al., 1984) ซึ่งมีการปฏิบัติหน้าที่ใน 7 ด้าน คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

จากแนวคิดดังกล่าวอาจกล่าวได้ว่าการที่ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ รับรู้ความรู้สึกของกันละกัน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ครอบครัวได้มากขึ้น จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย