

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ที่กฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายอย่างแพร่หลาย ปัจจุบันการดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการใช้แอลกอฮอล์ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ข้อมูลการจัดอันดับบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอาหารและเกษตรแห่งชาติ (2548) ชี้ชัดว่า คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เพิ่มมากขึ้น จากอันดับที่ 50 ของโลก ในปี 2541 มาเป็นอันดับที่ 40 ในปี 2544 ซึ่งในภูมิภาคเอเชียติดอันดับการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดและประเทศไทยเป็นประเทศ ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับ 5 ของโลกและจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังชี้ให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยมีรายงานการสำรวจ พบว่าคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ.2546 มีจำนวน 18.61 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2544 ที่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 15.3 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และมีการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง

ผลจากการสำรวจปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศในปี พ.ศ.2541 พบว่า ผู้ชาย และผู้หญิง มีปัญหาสงสัยจะติดแอลกอฮอล์ขณะที่ผู้ชายร้อยละ 14 และผู้หญิงร้อยละ 5 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) มีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึง 8.5 ลิตรต่อคนต่อปี องค์การอาหารและเกษตรแห่งชาติ (2548) การติดแอลกอฮอล์เป็นปัญหาใหญ่ในผู้ติดสารเสพติด ประชากรมีตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 15.3 ล้านคนหรือร้อยละ 32.6 โดยในจำนวนนี้เป็นหญิง 2.3 ล้านคน และนอกนั้นเป็นเพศชาย จากรายงานสำนักสถิติแห่งชาติ ชี้ให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวน ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยมีรายงานว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2544 จำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2539 ถึงร้อยละ 2.3 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2544) จากข้อมูลดังกล่าว ข้อมูลของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง พบว่า ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 992 ล้านลิตรในปี พ.ศ. 2533 เป็น

1,926 ล้านลิตรในปี พ.ศ. 2544 การดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากรายงาน กรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี พ.ศ. 2540-2544 ประชากรไทยมีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย คนละ 36.4 ลิตรต่อคน เพิ่มขึ้นเป็น 41.6 ลิตรต่อคน จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชและโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์ ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2546 พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์และความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราสูงขึ้นอย่างมาก ในปัจจุบันจากการสำรวจความทุกข์และภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และผลกระทบด้านจิตใจ ที่มักพบได้เสมอในผู้ติดแอลกอฮอล์ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า มีอารมณ์ฉุนเฉียวเปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าวและแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีบุคลิกภาพผิดปกติ (ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พันธฐนภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542) การศึกษาของ เจคอบลิและคณะ (2004) พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงมีอัตราการเกิดความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มักมีอารมณ์ไม่บรรลุนิติภาวะ ก้าวร้าว หรือมีบุคลิกแบบแยกตัว พึ่งพาผู้อื่นสูง มีภาวะซึมเศร้าแฝง วิตกกังวลง่าย ความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เป็นผู้ที่ขี้ขลาดตนเองไม่ได้ อ่อนไหวง่าย จึงปล่อยกายปล่อยใจไปตามอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ปัญหาสังคม จึงหาทางออกด้วยการใช้แอลกอฮอล์ดับทุกข์ (ธงชัย, 2541; มาโนช, 2542; Kaplan & Sadock, 1998) การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ความรับผิดชอบในบทบาทของพ่อแม่หรือ คู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาท หรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้ คู่สมรสมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอารมณ์พื้นฐานที่ผิดปกติและบุคลิก ที่ต่อต้านสังคม (Michale, Denis, Richard, & Phillip อ้างในนพวรรณ อุปคำ, 2548) ข้อมูลปัญหา สัมพันธภาพและสุขภาพจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัญหาสังคมที่มีขนาดปัญหาค่อนข้างใหญ่และซับซ้อน แต่ไม่ค่อยมีการพูดถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากปัจจัยในหมวดใหญ่ๆ ได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในบุคคล ซึ่งเกิดจากตัวบุคคลเองโดยมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องน้อย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ความผิดปกติด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ ความเชื่อ ทักษะการคิดที่ผิดๆ และปัจจัยภายนอกบุคคล เป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมของชุมชน ปัจจัยการผลิต นโยบายของรัฐบาลและการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดปี 2546 พบว่า มีเพียงร้อยละ 46.5 ของผู้ชายไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ระบุว่าตนเองไม่เคยขับขีรถเมื่อรู้สึกมึนเมา ขณะที่ร้อยละ 2.8 บอกว่าตนเองขับขีรถทุกครั้งขณะมึนเมาและที่เหลือน้อยกว่า 50.7 ระบุว่าขับขีรถเมื่อรู้สึกมึนเมาในบางครั้ง ข้อมูลดังกล่าว

แสดงให้เห็นว่าคนไทยเป็นจำนวนมากแม้จะมีความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น แต่ก็ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมเมา (ยงยุทธ ขจรธรรม, พิมพา ขจรธรรม และ บัณฑิต ศรีไพศาล, 2547) การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ก็จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ คือ ลักษณะรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol drinking behavioral) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การดื่มแบบปลอดภัย (low risk drinking) เป็นการดื่มปริมาณน้อยและยังไม่เกิดปัญหา ได้แก่ การดื่มเป็นครั้งคราวเวลาเข้าสังคม, การดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) เป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา ได้แก่การดื่มที่มากเกินไปหรือการดื่มในสถานการณ์ที่อาจเกิดอันตราย, การดื่มแบบมีปัญหา (harmful use) เป็นการดื่มที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การขาดงาน รวมทั้งปัญหาครอบครัว แต่ยังไม่มียลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ และการติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปจนเกิดการติด มีอาการลงแดง (withdrawal symptom) เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง (กรมสุขภาพจิต, 2548) และพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้จะมีการรณรงค์ไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 23.5 (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) จากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผิดปกติเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อบุคคล ในครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า การเสพติดแอลกอฮอล์ทำให้เกิด โรคต่างๆ เช่น ดับแฉ่ง ความดันโลหิตสูง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2548) การดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ส่วนผลกระทบ ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดวิตกกังวล เครียด มีความรู้สึกผิดและมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า จากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพของคนไทย ที่ติดแอลกอฮอล์พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 51.2 มีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ควรได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและร้อยละ 11.9 มีความคิดอยาก ฆ่าตัวตาย การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงถ้าดื่มเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลให้กลายเป็นผู้ติด แอลกอฮอล์ และมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นการที่จะช่วยไม่ให้กลุ่ม ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ดื่มหนัก จนกลายเป็นคนติดมีหลายวิธี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดื่มแอลกอฮอล์อย่างปลอดภัย (alcohol education) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) การบำบัด แบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ซึ่งสามารถบำบัดได้ ทั้งแบบ รายบุคคลและรายกลุ่ม ในการบำบัดแบบสั้นมีจุดอ่อนที่ว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงยังไม่รับรู้ ถึงผลเสียของการดื่ม ยังไม่มีแรงจูงใจ เพื่อให้พวกเขาตระหนักถึง ความรุนแรงของการดื่ม

แอลกอฮอล์ โทษจากการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ และจากการที่ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จะลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มของตนเองจึงต้องใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิต เพื่อบุคคลมีพลัง มีความสุขและมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นั้นมีขั้นตอนการเรียนรู้ที่เกิดจากการคิด วิเคราะห์ จากข้อมูลที่ได้รับต่างๆ ประสบการณ์ตรง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนเกิดความเข้าใจ มีการตัดสินใจอย่างอิสระ สามารถจัดการสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการที่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ประกอบไปด้วย การตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา การรับรู้ ด้านพฤติกรรม 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การที่บุคคลเริ่มมีความตระหนัก มีความอดทน การแสวงหาแหล่งประโยชน์ เป็นแรงขับที่จะเพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิดของบุคคล ที่จะพัฒนาไปเป็นพลังอำนาจ ที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับสถานการณ์จริงได้ เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดการทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดมุมมองใหม่ในแง่มุมต่าง ๆ และเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ก่อนนั้น บุคคลมีความตระหนักในความเข้มแข็งเชื่อมั่น ในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ นั้นที่บุคคลจะมาจากการค้นหาความจริงเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนถึงอาการที่เป็นปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง หลังจากได้คิด วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้มาหลาย ๆ แหล่งและ 4) การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการสร้างพลังให้เกิดขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองในผู้ใส่สารเสพติด ดังเช่น การติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2544) ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการติดยาของ ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้เสพยาแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของแอมเฟตามีนและมีความสามารถในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเห็นคุณค่า ในตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เสพแอมเฟตามีน มีการกลับไปเสพซ้ำน้อยลง (ทัศนีย์ นนทะสร และคณะ, 2544) ซึ่งแอลกอฮอล์ก็เป็น

สารเสพติดชนิดหนึ่งเช่นกัน

การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจในด้านความคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยสนับสนุนจากผู้สอนในการจัดกิจกรรมให้กับผู้เรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกร่วมในคุณค่า มีความสามารถ (Lindberg, et al. อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2544) อาจช่วยให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง มีพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นได้และงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ นิติยา เพ็ญศิริภา (2538) ศึกษาผลของการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 962 คน ผู้นำนักเรียนจำนวน 48 คน ผลการวิจัย พบว่า การสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ มีผลทำให้การนับถือตนเองทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของผู้นำนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล รวมทั้งสามารถป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำนักเรียนได้ แต่ไม่พบความเชื่อในความสามารถด้านทานการสูบบุหรี่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญส่วนในกลุ่มนักเรียนทั่วไปพบว่า ภายหลังการทดลองมีการนับถือตนเอง ความเชื่อในความสามารถด้านทานการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังเช่น ผลการศึกษาของ วอลเลอส์ติน และเบิร์นสไตน์ (Wallertein & Bernstein อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2544) ได้จัดโปรแกรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายในรัฐนิวเม็กซิโก สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรัฐที่ประชาชนด้อยโอกาสทางสังคมและมีการดื่มแอลกอฮอล์กันมาก โดยมุ่งหวังที่จะทำให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีพลังและเป็นอิสระหลุดพ้นจากอิทธิพลต่างๆ สามารถเลือกสิ่งที่ดีสำหรับชีวิตของตนเองร่วมในการก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยมีการฝึกอบรมอาสาสมัครนักเรียนให้รู้สึกว่าตนมีพลัง หลังจากนั้นอาสาสมัครจะจัดกลุ่มสอนนักเรียนรุ่นน้องรวม ทั้งการแก้ปัญหาดังกล่าวของตนและชุมชน ผลของโปรแกรมภายหลังการ

ดำเนินการ 8 เดือน พบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สิ่งเสพติดร่วมกับการขับรถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ดังกล่าวลดลง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งน่าจะแก้พฤติกรรมของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ยับยั้งตนเองไม่ได้ และในกลุ่ม ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงจะมีบุคลิกแบบพึ่งพาผู้อื่นสูง แบบแยกตัว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ไม่มั่นใจตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ปัญหาสังคม จึงหาทางออกด้วยแอลกอฮอล์ ดับทุกข์ (สมควร จุลอักษร, 2548) และงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีน้อย จึงสนใจสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม จัดทำขึ้นโดยอาศัยแนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) ผสมผสานกับกิจกรรมกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงว่า มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่และศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ให้มีพฤติกรรมการดื่มที่เหมาะสมและไม่กลายเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบติด อันจะเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

สมมุติฐานการศึกษา

- 1) คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีคะแนนต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

2) คะแนนของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของกลุ่มมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

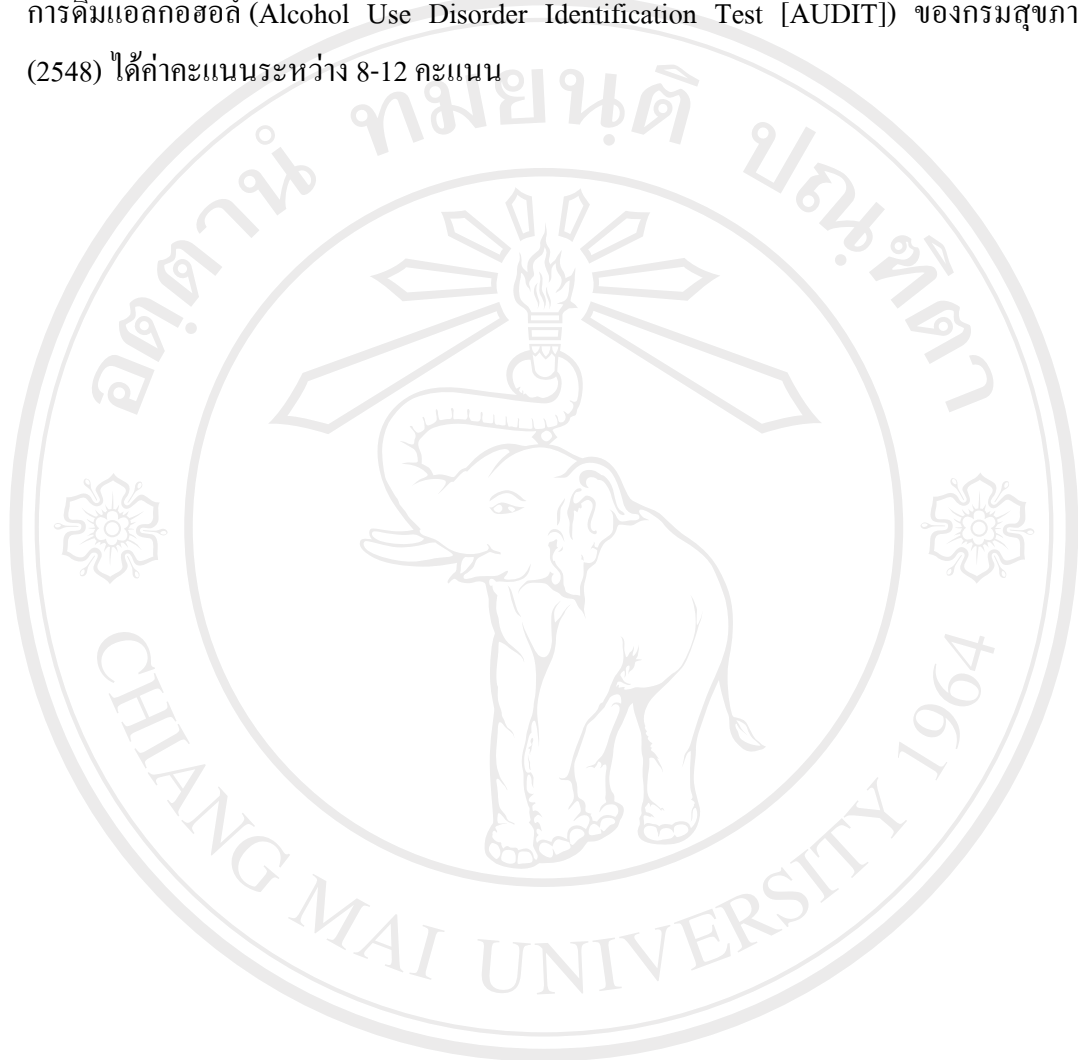
การศึกษาวิชาครั้งนี้เป็นการศึกษาว่า ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ที่มารับการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลจอมทอง เพศชายอายุ 15-59 ปี จำนวน 15 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมเสริมสร้างเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม หมายถึง การกระทำตามแผนการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วยกระบวนการสร้างพลังอำนาจ (process of empowerment) 4 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้งและผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม ได้แก่ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) จำนวน 1 ครั้ง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) จำนวน 1 ครั้ง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) จำนวน 3 ครั้ง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) จำนวน 1 ครั้ง

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การปฏิบัติตนซึ่งเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ดื่มเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปของระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) 2) ระดับเสี่ยงหรืออันตราย (hazardous drinking/harmful use) และ 3) ระดับติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) ของกรมสุขภาพจิต (2548)

ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และเคยดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยง ประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) ของกรมสุขภาพจิต (2548) ได้ค่าคะแนนระหว่าง 8-12 คะแนน



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved