

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง การเสริมสร้างพลังอำนาจและสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการในอำเภอจอมทอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ครอบคลุมเนื้อหาที่ทำการศึกษาดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดื่มแอลกอฮอล์
5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มกิจกรรมบำบัด
6. แนวทางในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
7. สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการในอำเภอจอมทอง

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การปฏิบัติตนซึ่งเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ดื่ม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา ในรูปของระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) 2) ระดับเสี่ยงหรือเป็นอันตราย (hazardous drinking/harmful use) และ 3) ระดับติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ประเมิน โดยแบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) ของกรมสุขภาพจิต (2548)

1) พฤติกรรมการดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและสังคมรอบข้างซึ่งมีลักษณะ

การดื่มดั่งนี้ คือ การดื่มที่ไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเปรียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง หรือ เหล้า 40 ดีกรี 1 เป็ก (1 เป็ก มีปริมาตรเท่ากับ 50 มิลลิลิตร) หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป็กและมีวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลยอย่างน้อย 2 วัน ต่อสัปดาห์หรือการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณไม่เกิน 21 มาตรฐานต่อสัปดาห์ในผู้ชายหรือ 14 ดั้มมาตรฐานต่อสัปดาห์ในผู้หญิง การดื่มในลักษณะนี้อาจเรียกว่า การดื่มอย่างปลอดภัย (safe-limit drinking)

2) พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ ในลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยที่องค์การอนามัยโลกได้จัดไว้ว่าเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่ง การกำหนดปริมาณลักษณะของการดื่มแบบเสี่ยง จะใช้การกำหนดระดับปริมาณแอลกอฮอล์ที่เฉลี่ยที่คนไม่ควรดื่มเกินต่อสัปดาห์หรือต่อครั้ง (threshold values) ซึ่งเป็นระดับที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของสุขภาพของผู้ดื่มซึ่งลักษณะผู้ดื่มแบบเสี่ยง คือ การดื่มมากกว่า 2 ดั้มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิงซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ ชนิดแรง 3 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป็ก หรือการดื่มมากกว่า 4 ดั้มมาตรฐานแต่ไม่เกิน 6 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้ชายซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 3 เป็ก นอกจากนี้การดื่มแบบหัวราน้ำ (binge drinking) ก็ถือเป็นการดื่มแบบเสี่ยงด้วยและพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสภาพร่างกายหรือจิตใจ ภาวะนี้กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกและสามารถให้คำจำกัดความโดยอาศัยตามหลักเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันซึ่งประกอบด้วย 1) มีหลักฐานชัดเจนว่า แอลกอฮอล์ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ 2) ลักษณะของอันตรายสามารถถูกตรวจพบได้ 3) ต้องดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือนหรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและ 4) ต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยการติดแอลกอฮอล์ซึ่งลักษณะการดื่มแบบอันตราย คือ ดื่มมากกว่า 4 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบกับเบียร์ ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป็กขึ้นไป หรือการดื่มมากกว่า 6 ดั้มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีหรือ 3 เป็ก ขึ้นไป

3) การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ผู้ที่ดื่มจนติดนั้น มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบ ในหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติด จนเมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตาม จึงเกิดอาการถอนพิษ (Withdrawal symptom) ขึ้น การวินิจฉัยจะต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย สามในเจ็ด ข้อต่อไปนี้

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (tolerance)

2. มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (withdrawal)
3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (impaired control)
4. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ (cut down)
5. หมกมุ่นการดื่มหรือหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (time spent drinking)
6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ (neglect of activity)
7. ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (drinking despite problems)

ด้วยแอลกอฮอล์ ถือเป็น tranquilizer (สารกล่อมประสาท) ตัวหนึ่ง หากดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ แต่ถ้าบุคคลที่ดื่มมีอาการเครียดหรือวิตกกังวลมากขึ้น ก็จะมีผลทนต่อการดื่ม (tolerance) ทำให้มีการดื่มในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าความเครียดอยู่ในระดับที่สูงจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณในการดื่มมากขึ้นในระดับที่เป็นการระงับประสาท (sedative) หรือทำให้ง่วงหลับ (hypnotic) ได้ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537) ประกอบกับการโฆษณาในรูปแบบต่างๆ ที่มีการแอบแฝงการแข่งขันทางการตลาดของแต่ละบริษัท การดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็น การเข้าสังคม การแสดงความ เป็นชายชาติ จึงทำให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะที่เสี่ยงมากขึ้น

ระดับของการดื่มแอลกอฮอล์

ระดับของการดื่มแอลกอฮอล์ กรมสุขภาพจิต, 2548 ได้ให้ความหมายไว้ว่า ลักษณะรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol drinking behavioral) แบ่งเป็น 4 ระดับคือ

1) การดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเป็นแอลกอฮอล์ 40 ดีกรีไม่เกิน 2 กัง (60ซีซี) เบียร์ประมาณ 1.5-2 กระป๋อง ไวน์ประมาณ 2 แก้วและมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ การได้ยกเว้นในผู้สูงอายุสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาใด ๆ ก็ตามอาจมีผลต่อแอลกอฮอล์ไม่ควรดื่มเลยหรือดื่มน้อยกว่านี้

2) การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking หรือ Risky drinking) หมายถึง การดื่มในปริมาณ หรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยง ที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม ทั้งต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น แม้ว่าผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตาม ถ้าเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณ คือ

ในผู้หญิง คือ การดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/4 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)

ในผู้ชาย คือ การดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/2 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง)

นอกจากนี้รวมทั้งการดื่มเล็กน้อย แต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การตั้งครก มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาใดๆ ที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์รวมทั้งการดื่มแบบ “binge drinking” คือ การดื่มหนักมากติดต่อกันแบบเม้าห้วนน้ำด้วย

3) การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful use) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4) การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ผู้ที่ดื่มจนติดนั้น มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบ ในหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำ จนไม่ทราบว่าตนเองติด จนเมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตาม จึงเกิดอาการถอนพิษ (Withdrawal symptom)

ในการศึกษานี้ใช้ความหมายของกรมสุขภาพจิต พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง หมายถึง การดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยง ที่จะเกิดผลเสีย ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมทั้งต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น แม้ว่าผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตามรวมทั้งการดื่มเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การตั้งครก มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาใดๆ ที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์รวมทั้งการดื่มแบบ “binge drinking” คือ การดื่มหนักมากติดต่อกันแบบเม้าห้วนน้ำ

ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงหรือเป็นอันตรายติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า “ติดแอลกอฮอล์” ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตและส่งผลกระทบไปยังครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของตนเองและประเทศชาติตามมา การดื่มแอลกอฮอล์ เกิดจากปัจจัยที่สำคัญคือจากปัจจัยภายในตนเองของบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของครอบครัวและสังคม ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติที่มีต่อแอลกอฮอล์และการที่ไม่สามารถควบคุม

ตนเองได้นั้นก็จะเพิ่มปริมาณในการดื่ม ความถี่ในการดื่ม ซึ่งนำไปสู่การดื่มที่อันตรายซึ่งกลายเป็นการดื่มแบบติดได้

การดื่มในผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ ลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาการดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม ความถี่ของการดื่มและผลกระทบของการดื่ม เนื่องจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดแตกต่างกัน ดังนั้น จึงใช้หน่วยเทียบเคียงเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน (standard drinking)

การดื่มแบบเสี่ยง (harmful drinking) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสภาพร่างกายหรือจิตใจภาวะนี้ กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกและสามารถให้คำจำกัดความโดยอาศัยตามหลักเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งประกอบด้วย 1) มีหลักฐานชัดเจนว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ 2) ลักษณะของอันตรายสามารถถูกตรวจพบได้ 3) ต้องดื่มแอลกอฮอล์ ติดต่อกันอย่างอย่างน้อย 1 เดือน หรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 4) ต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยการติดแอลกอฮอล์ ซึ่งลักษณะการดื่มแบบอันตรายคือ ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบกับเบียร์ ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊กขึ้นไปหรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี หรือ 3 เป๊กขึ้นไป

โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่าของการดื่มแอลกอฮอล์ว่า “หนึ่งดื่มมาตรฐาน” (พันชันภา กิตติรัตนไพบูลย์, และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ไว้ดังนี้

“หนึ่งดื่มมาตรฐาน” (standard drinking) หมายถึง เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จะได้ดังนี้

เหล้าวิสกี้หรือเหล้าขาว (alcohol 40%) ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก(30 ซีซี.)หรือ 2 ฝา หรือ 1 ถัง

เบียร์ชนิดอ่อน (alcohol 2-2.9 %) ประมาณ 1. กระป๋อง หรือ 3/4 ขวด

เบียร์ชนิดกลาง (alcohol 3-3.9 %) เช่น ไฮเนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ 1/2 ขวด

เบียร์ชนิดแรง (alcohol 4-5 %) เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ลิโอ ช้างคาร์ลเบอร์ก ประมาณ 3/4 กระป๋อง หรือ 1/4 ขวด

ไวน์ธรรมชาติ (alcohol 12.5 %) ประมาณ 1 แก้ว (100 ซีซี)

ไวน์ชนิดแรง (alcohol 20.5 %) ประมาณ 1 /2 แก้ว (60 ซีซี)

ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์นอกจากจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจผู้ที่ดื่ม โดยตรงแล้ว ยังมีผลต่อ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อร่างกาย ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังขึ้นอยู่กับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด (นิศานาถ โชคเกิด, 2544) การดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดโรคต่างๆ มากกว่า 75 โรค (ประกิจ รอดประเสริฐ, 2543) ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มักเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรมากที่สุด รองลงมาคือ อุบัติเหตุในบ้านและสถานประกอบการทำให้เสียชีวิตและทุพพลภาพจำนวนมาก (อดิสรณ์ หลาขุไทย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา และ วิชัย โปษยะจินดา, 2544) ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยค่อยๆ เพิ่มระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด ภายใน 2 ชั่วโมง พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร่างกายจะขาดการควบคุมเคลื่อนไหว (muscle incoordination) ปฏิกริยาตอบสนองและการตัดสินใจช้าลง การเห็นภาพไม่คมชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่ควรทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักร หรือขับขี่ยานต่างๆ เพราะอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ แต่หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 300-500 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (hypoglycemia) มีอาการง่วง มึนงง ระบบหายใจถูกกด (respiratory repression) เป็นผลให้หายใจไม่ออกอาจตายได้ (นิศานาถ โชคเกิด, 2544) การดื่มแอลกอฮอล์ในระยะเวลานานจะมีผลกระทบต่อหน้าที่ของสมองส่วนคิด การเรียนรู้และความจำลดลง โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะทำให้เกิดอาการหลงๆ ลืมๆ โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท ทำให้กล้ามเนื้อผิดปกติ ทำให้เดินเซ (Ataxia) เป็นโรคที่สูญเสียความจำในระยะเวลาด้านๆ หรือมีอาการความจำขาดช่วง (Aterograde amnesia) คือ ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้ (นิศานาถ โชคเกิด, 2544) และจากการศึกษาของ สุกุมมาแสงเดือนฉาย (2547) พบว่า ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทางกายเกี่ยวกับกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า เป็นตะคริว แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อร่างกายแบบเรื้อรังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่รับผลกระทบมากที่สุด คือ ตับ โดยทั่วไปแล้วแอลกอฮอล์สามารถชักนำให้เกิดพยาธิสภาพของตับ คือ ภาวะสะสมไขมันในตับ (fatty liver) โรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 50-90 ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นโรคตับแข็ง นำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งในที่สุด เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะเกิดภาวะล้มเหลวของเซลล์ตับ อาการแสดง ได้แก่ อ่อนเพลีย ผอมลง

เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำๆ มีอาการดีซ่าน (jaundice) เกิดอาการทางสมองจากโรคตับวายเรื้อรัง (chronic hepatic encephalopathy) ภาวะท้องมาน (ascites) มีอาการท้องโตขึ้นเรื่อยๆ ส่วนอื่นเล็กน้อยประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยตับแข็งอาจเกิดการตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมด้วย (bleeding esophageal-gastric varices) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ป่วยและเสียชีวิตได้ (นิตานาถ โชคเกิด, 2544)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน เช่น ขาดงานบ่อย ถูกตำหนิและให้เหตุผลของการดื่มซ้ำเพราะสภาพแวดล้อมและปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง เกิดโรคหลายชนิด นิตานาถ โชคเกิด (2544) ผู้เสพแอลกอฮอล์ จะมียารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวลและมีความรู้สึกผิด สอดคล้องกับการศึกษาของ อวิศา จันทรแสนตอ, 2541) สตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากและตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ที่มีความสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ การถูกทารุณในบ้านหรือการถูกข่มขืน จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ.2542 พบว่าคนไทยในระดับภาคร้อยละ 10.2 ในระดับจังหวัดร้อยละ 31.8 มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตเป็นอันดับที่ 1 (จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง มีอัตราการเกิดความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มักมียารมณ์ไม่บรรลุนิติภาวะ ก้าวร้าวหรือมีบุคลิกแบบ แยกตัว พึ่งพาผู้อื่นสูง มีภาวะซึมเศร้าแฝง วิตกกังวลง่าย ความสำนึกในคุณค่าตนต่ำ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เป็นผู้ที่ยับยั้งตนเองไม่ได้ อ่อนไหวง่าย จึงปล่อยกายปล่อยใจไปตามอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ปัญหาสังคม จึงหาทางออกด้วยการใช้ แอลกอฮอล์ดับทุกข์ (ธงชัย, 2541; มาโนช, 2542; Kaplan & Sadock, 1998)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่ได้รับผลกระทบจากบุคคลในครอบครัวเสพติดแอลกอฮอล์โดยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อมพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์บางรายขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2531; Gelder, Gath, Mayou & Comen, 1996; Rossow, 2000) การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้นุตรเกิดความสับสนหรือไม่แน่ใจในสถานการณ์ในบ้านหรือมีความมั่นใจในตนเองต่ำ รู้สึกไม่มั่นคงในความรักของบิดามารดา มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เด็กกลุ่มนี้จะพัฒนามาเป็น ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือบุคลิกที่ผิดปกติ (Gelder, Gath, Mayou, & Comen, 1996) (Tarte, Kirisci, & Clark, 1996; Dawson, 2000) การดื่มแอลกอฮอล์จัดทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรบ่อย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (2547) พบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ของอุบัติเหตุจราจร

เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยอันดับ 3 ของคนไทยรองจากเพศสัมพันธ์และบุหรี่ เป็นสาเหตุของ ความรุนแรงในครอบครัวและแอลกอฮอล์ยังเชื่อมโยงไปสู่ปัญหายาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ การก่ออาชญากรรมและเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับการตาย จากโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับ โรคชก โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท นอกจากนี้ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล โดยคนไทยใช้เงินซื้อแอลกอฮอล์เฉลี่ยครั้งละ 100-300 บาทหรือเฉลี่ย ปีละ 4.68 หมื่นล้านบาท (กรมควบคุมโรคอ้างใน สุกุม่า แสงเดือนฉาย, 2545)

โดยสรุปแล้ว ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากและมีพฤติกรรมการดื่มแบบเลี้ยงรวมถึงผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะ ที่เรียกว่า “ติดแอลกอฮอล์” ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลกระทบไปยังครอบครัว สังคมเศรษฐกิจของตนเองและประเทศชาติตามมา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ ปัจจัยทางด้านบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านบุคคล

1.1 เพศ เพศชายจะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายสามารถดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยที่สังคมไม่ถือว่าผิด แต่ถ้าเป็นเพศหญิงจะถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (รุ่งวิทย์ ภาสเมืองงาม, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา (2544) พบว่า พวกที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเกือบทุกวัน ส่วนมากเป็นผู้ชาย และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของประภัศร สุวรรณบงกช (2548) ที่พบว่า เพศชายร้อยละ 95.2 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงชีวิต เพศ มีผลต่อการติดแอลกอฮอล์ พบว่า เพศชายมากกว่าหญิง 2.8:1 (Hill et al , อ้างถึงใน ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรธน์ เล็กสกุลไทย และจินตนา เทพทรงวัจจ (2545) ที่พบว่า ชายมีแนวโน้มที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าหญิง เพราะชายแพ้น้อยกว่าหญิง เมื่อดื่มในปริมาณที่เท่ากัน หญิงจะมีเอธานอลในเลือดสูงกว่าชาย เนื่องจากความสามารถในการกำจัด เอธานอล ดีไฮโดรจีเนส (ADH) ที่กระเพาะอาหาร ในชายสูงกว่าหญิง อัตราการย่อยสลายเอธานอลในกระเพาะอาหารของชายเท่ากับ 2.2 กรัม/ชั่วโมง หญิงเท่ากับ 0.9 กรัม/ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ชายเมาช้ากว่าผู้หญิงและ

สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดาและอาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา (2544) พบว่า พวกที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเกือบทุกวัน ส่วนมากเป็นผู้ชายและสอดคล้องกับการศึกษาของประกิจ โพธิอาสน์ (2541) ที่ศึกษาในเรื่องพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทยพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

1.2 ประสพการณ์ส่วนบุคคล จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าบางคนดื่มเพราะมีโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น เทศกาลขึ้นปีใหม่ สงกรานต์ ลอยกระทง เป็นบางครั้ง บางคนดื่มเป็นประจำ จนพัฒนาการ ดื่มกลายเป็นผู้ติดจากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลผลักดันให้ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา (2544) ที่ว่า ผู้ชายในชนบทที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีพฤติกรรมการดื่มที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นที่ดื่มอย่างชัดเจน คือ มักดื่มเป็นกลุ่มแบบ ตั้งวงกับเพื่อนบ้านและดื่มระยะหลังจากงาน ใช้สถานที่บ้านของตน ตั้งวงดื่มแอลกอฮอล์ขาว โดยไม่ผสมกับเครื่องดื่มชนิดอื่น ทำให้มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์และใช้เวลาดื่มนานตั้งแต่ช่วงเย็นไปถึงค่ำ ในผลการศึกษายังพบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดังที่กล่าวมานั้น มีแนวโน้ม ให้เห็นถึงอันตราย อันที่จะเกิดกับผู้ที่ดื่มในปริมาณที่มากและผู้ดื่มก็มีแนวคิดที่ว่า เลิกดื่มไม่ได้ เพราะจำเป็นต้องสมาคมกับเพื่อนฝูงสังคมส่วนการศึกษาของสมาคมจิตแพทย์ของสหรัฐอเมริกาและจากการศึกษาเครื่องมือที่ใช้ค้นหาปัญหาหรือภาวะผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น Michigan Alcoholism Screening Test (MASR), CAGE และ Alcohol use Disorder Identification Test (AUDIT) จะมีส่วนของการสอบถามพฤติกรรมในช่วงเวลาที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม ความถี่ของการดื่ม ผลกระทบที่ได้จากการดื่ม แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเป็นผู้ดื่มและผู้ติดแอลกอฮอล์ได้

1.3 อายุ อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก เมื่อวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 24 ปี (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอดิสรณ์ หลายชูไทย และคณะ (2544) ที่พบว่า แนวโน้มของการดื่มแอลกอฮอล์จะเริ่มดื่มอายุน้อยลงของ กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล (2542) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวะชายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเดินไปในทางที่ผิด โดยพบว่าร้อยละ 81.5 จะดื่มมากขึ้นซึ่งแตกต่างจากการศึกษา Glof up and Newsport (อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดแอลกอฮอล์ โดยพบว่า อายุ 49 ปีขึ้นไป อัตราการติดแอลกอฮอล์จะลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนอายุน้อยและมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกิจ โพธิอาสน์ (2541) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดื่ม

1.4 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ จะมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือประกาศนียบัตร วิชาชีพ (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2542) ซึ่งใกล้เคียงกันกับ ผลการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2547) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.

1.5 สถานภาพ พบว่าคนที่ยังโสดและไม่มีบุตร จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าคนที่มีการสมรส (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2542)

1.6 รายได้ และอาชีพ จากการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดแอลกอฮอล์ พบว่า คนที่มีสถานะการเงินไม่พอกิน พอใช้และคนที่มีอาชีพ กรรมกร รับจ้าง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดแอลกอฮอล์ (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2542) และจากผลการศึกษาของ ไพนุลย์ ดวงจันทร์ (2541) พบว่า ระดับรายได้ และลักษณะอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ กล่าวคือ ถ้ารายได้ต่อหัวประชากร สูง จะมีการบริโภคแอลกอฮอล์มากขึ้น เพราะมีอำนาจในการซื้อมากขึ้น ส่วนในด้านอาชีพนั้นมีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง โดยผู้ที่ทำอาชีพข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ จะมีอัตราการดื่มบ่อยครั้งกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

1.7 บุคลิกภาพ ส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มักมีอารมณ์ไม่บรรลุนิติภาวะ ก้าวร้าว หรือมีบุคลิกแบบแยกตัว ฟังพาสื่ออื่นสูง มีภาวะซึมเศร้าแฝง วิตกกังวลง่าย ความสำนึกในคุณค่าตนต่ำ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เป็นผู้ที่ขยับตัวเองไม่ได้ อ่อนไหวง่าย จึงปล่อยกายปล่อยใจไปตามอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ปัญหาสังคม จึงหาทางออกด้วยการใช้ แอลกอฮอล์ดับทุกข์ (ธงชัย, 2541; มาโนช, 2542; Kaplan & Sadock, 1998 อ้างใน สมควร จุลอักษร, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุพงษ์ จิตะสมบัติ (2535) พบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบการพึ่งพา (dependence) จะมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะต้องการพึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งอื่นทางจิตใจ ลักษณะ antisocial ในวัยเด็ก และ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ impulsivity คือ มีปัญหาในการหักห้ามใจต่อการกระตุ้นทางอารมณ์และความต้องการ ส่วนลักษณะทางบุคลิกภาพแบบ neurotism ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอาการบางอย่างของโรคประสาท จะพบว่า ภาวะตึงเครียดจะกระตุ้นให้เกิดความต้องการในการดื่มแอลกอฮอล์ในคนกลุ่มนี้และการขาดพ่อแม่ในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับปัญหาเรื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่อีกด้วยและในเรื่องของบุคลิกภาพนี้ ทางกรมแพทยสาขจิตเวชศาสตร์ สรุปว่า ประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็ก เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมบุคลิกภาพรวมทั้งลักษณะบางส่วนของบุคลิกภาพ (trait) ภาณุพงษ์ จิตะสมบัติ (2535)

1.8 ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติที่มีต่อแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2547) ในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ คิดว่าคนที่ติดไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด หรือค่านิยมการดื่มเพื่อให้กล้าทำบางสิ่งบางอย่าง ดังคำกล่าวที่ได้ยินในหมู่ผู้ดื่มว่า “กินเหล้า

ข้อมใจ” นอกจากนี้ยังเห็นว่า แอลกอฮอล์ช่วยให้มีเพื่อนฝูงในสังคม นำไปสู่การพึ่งพาอาศัย การช่วยเหลือเกื้อหนุนกันในสังคม และการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้กินข้าวได้ ช่วยให้มีผลึกเข้าสู่เร็วขึ้น จากการศึกษาจึงเห็นได้ว่า หญิงหลังคลอดนั้นนิยมดื่มยาของเหล้า (วิชัย โปษยจินดา และอาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา, 2544) ด้วยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ดื่มมีอารมณ์ความรู้สึกที่คลั่งคลั่งวิตกกังวล เฉพาะหน้าให้ช่วยแก้ปัญหาโรคนอนไม่หลับ ดังเช่น การศึกษาของ (สมิต วัฒนัญญกร และคณะ, 2545) หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตก็จะดื่มแอลกอฮอล์ เพราะว่า แอลกอฮอล์ช่วยลด ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูบุตร จากการทำงาน การสูญเสีย บางรายดื่มเพื่อความ เจ็บปวดหรือช่วยให้ นอนหลับ (อวิศา จันทร์แสนตอ, 2541) และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังแสดงถึง ค่านิยมความเป็นคนทันสมัยของนักเรียนชาย ส่วนนักเรียนหญิงนิยมดื่มเพราะเชื่อว่า ดื่มแล้วไม่เมา เช่นเดียวกันกับการศึกษาของไพบุลย์ ดวงจันทร์ (2541) อธิบายไว้ว่า ปัจจุบันแอลกอฮอล์ถูกจัดให้มี สถานภาพเท่ากับน้ำ น้ำผลไม้และน้ำอัดลม จึงทำให้การดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องปกติ โดยทั่วไปสามารถดื่มได้และมีการเลือกบริโภคตามความนิยม เช่น เพศหญิงดื่มแอลกอฮอล์ที่มีรส หวานมีแอลกอฮอล์ระดับต่างๆ เช่น ไวน์ ส่วนเพศชายจะดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณของแอลกอฮอล์ ในระดับสูงกว่าและยังบ่งบอกถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ดื่มได้ด้วย เช่น แอลกอฮอล์ ขาว เป็นแอลกอฮอล์ของชนชั้นล่าง ที่มีระดับทางเศรษฐกิจต่ำ แต่แอลกอฮอล์ต่างประเทศและ แอลกอฮอล์สีเป็นแอลกอฮอล์ของชนชั้นสูงหรือมีระดับทางเศรษฐกิจดี (ไพบุลย์ ดวงจันทร์, 2541; วิชัย โปษยจินดาและอาภา ศิริวงษ์ ณ อยุธยา, 2544; พิษณุ อุดมมะเวทิน และชัยข ขามรัตน์, 2544) ส่วนสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มครั้งแรกและการคงเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง นั้นมีจำนวนมาก ที่เกี่ยวเนื่องกับค่านิยมที่ใช้แอลกอฮอล์เป็นสื่อสัมพันธ์ทางสังคมโดยเห็นว่า การ ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันมีความหมายถึง การเป็นสมาชิกกลุ่มของสังคมเดียวกัน มีระดับ ความสัมพันธ์ที่เป็นกันเองจริงใจต่อกัน (ไพบุลย์ ดวงจันทร์, 2541) และยังมีความเชื่อว่า แอลกอฮอล์เป็นยาบำรุงสุขภาพ ทำให้เลือดลมไหลเวียนดี ทำให้มีกำลังวังชา (พิษณุ อุดมมะเวทิน และชัยข ขามรัตน์, 2544 อ้างใน สุกุม่า แสงเดือนฉาย, 2545)

2. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ครอบครัว ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อการเป็นผู้ดื่ม ผู้ติดแอลกอฮอล์

เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวจะเป็นกรอบการดำเนินชีวิต ของสมาชิกใน ครอบครัวด้วย จากการศึกษาของ (Johnson, 1986) พบว่า เด็กที่เกิดในครอบครัวที่ติดแอลกอฮอล์มี ความเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์สูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิศานาถ โชคเกิด (2545) ที่พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์หรือมีกลุ่มเพื่อนใกล้ชิดดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลต่อการปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์น้อยและเช่นเดียวกับ การศึกษาของ

อวัสดา จันทรแสนตอ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการติดสารเสพติดของสตรี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 7 ราย พบว่าสตรีทั้ง 7 ราย มีบิดาเสพติดแอลกอฮอล์ สตรี 2 รายมีมารดาเสพติดแอลกอฮอล์และสตรีจำนวน 4 ราย มีพี่หรือน้องเสพติดแอลกอฮอล์ ซึ่งการที่อาศัยอยู่กับบุคคลใกล้ชิดและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นสาเหตุปัจจัยให้ เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและยังพบว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อทัศนคติค่านิยมที่มีต่อแอลกอฮอล์

2.2 เพื่อน เพื่อนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญซึ่งพบว่า บุคคลที่ร่วมดื่มมากที่สุด คือ เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนเป็นผู้ชักชวนมากที่สุด (ประภัสสร สุวรรณบงกช, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เทพหนู (2544) ที่พบว่าอิทธิพลกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มแอลกอฮอล์คือ กลุ่มที่มีอิทธิพลเพื่อนสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 21.78 เท่า

2.3 ราคาและการหาได้ง่ายของแอลกอฮอล์ ราคาและการหาได้ง่ายของแอลกอฮอล์ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การเข้าถึงแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์แบบเมาหัวราน้ำ ซึ่งเด็กวัยรุ่นในกลุ่มนี้จะบอกว่าการเข้าถึงแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่หาง่ายมาก นอกจากนี้ราคาของแอลกอฮอล์ที่มีราคาถูกหรือลดราคาจะส่งผลให้เด็กวัยรุ่น มีการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อติศวรรย์ หลายชูไทย และคณะ (2544) ที่พบว่า เหตุผลที่นักเรียนดื่มแอลกอฮอล์เพราะหาซื้อง่ายและราคาไม่แพง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล (2544) ที่พบว่า ความพึงพอใจในราคาแอลกอฮอล์ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากการศึกษาปัจจัยด้านสังคมสภาพแวดล้อมของไพบูลย์ ดวงจันทร์ (2541) กล่าวว่า นโยบายของรัฐบาลที่เปิดโอกาสในเรื่องการผลิตแอลกอฮอล์อย่างเสรี ผู้ผลิต ผู้นำเข้ามีการแข่งขันกันทางธุรกิจโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภค ทำให้มีการขยายตัวของกลุ่มผู้บริโภคมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคณะกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2547) ที่มองว่าการปรับกฎหมายที่อนุญาตให้มีการค้าขายแอลกอฮอล์ได้โดยเอกชน (privatization) จะทำให้จำนวนของร้านค้าปลีกเพิ่มมากขึ้น จำนวนชั่วโมงและเวลาในการขายเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ประชากรมีพฤติกรรมดื่มมากยิ่งขึ้น (percapita consumption) ผลจากการศึกษายังพบว่า ในปัจจุบันแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็น ร้านขายของชำ ซึ่งมีการขายกันอย่างแพร่หลายในแต่ละชุมชน โดยใช้ระบบเงินเชื่อดื่มก่อนจ่ายทีหลัง (วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงษ์ ณ อยู่ธยา, 2544) จึงทำให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อผู้บริโภคทั้งในส่วนของความสะดวกสบายหาซื้อได้ง่าย การเปิดขายตลอดเวลาและการให้เครดิตไม่มีเงินก็เชื่อแอลกอฮอล์ดื่มก่อนได้ ประกอบกับสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ โหมน้ำวุ้นใจในลักษณะของการใช้แอลกอฮอล์เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย

และเป็นสัญลักษณ์ของกลุ่ม (ไพบูลย์ ดวงจันทร์, 2541) จึงเป็นอิทธิพลของความอยากดื่ม อยากลอง และเป็นตัวกำหนดความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์ (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2543)

2.4 สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ ในปัจจุบันมีการนำเสนอให้เห็นผลทางด้านบวก และด้านลบ จากการดื่มแอลกอฮอล์ทางสื่อโฆษณาอย่างมากมายซึ่งการโฆษณาเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยมในการที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนได้ เกี่ยวกับการให้สปอนเซอร์ในการจัดแข่งขันกีฬาหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนหรือชุมชน วิธีการนำเสนอสินค้าทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ การแจกจ่ายและการประกวดต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ประกอบการธุรกิจแอลกอฮอล์ (ขงยุทธ ขจรธรรม, และคณะ, 2547)

2.5 สังคมและวัฒนธรรม สังคมไทยมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะเห็นได้ว่า งานสังสรรค์ งานเลี้ยงและงานประเพณีต่างๆ แทบทุกงานจะต้องมีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบเสมอ ทำให้ผู้ที่เติบโตในสังคมลักษณะนี้ มองว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดา ในชนบทงานสวดศพมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่างานแต่งงานและงานบวช ส่วนในเมืองการดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นในโอกาสไปมาหาสู่ เยี่ยมเยือนระหว่างเพื่อนฝูง ลูกหลาน โอกาสต่างๆ เหล่านี้จึงเอื้อให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์ที่เรียกว่า “ดื่มบางครั้งบางคราว” (อดิสรณ์ หลายชูไทย, และคณะ, 2544)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ ส่วนบุคคล สถานภาพ รายได้และอาชีพ ระดับการศึกษา บุคลิกภาพ ความเชื่อค่านิยมและทัศนคติ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ครอบครัว ญาติหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อน ราคาและการหาได้ง่ายของแอลกอฮอล์ สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งนั้น แต่ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญเพราะผู้ดื่มแอลกอฮอล์ มีอารมณ์ไม่บรรลุนิติภาวะ ก้าวร้าวหรือมีบุคลิกแบบแยกตัว พึ่งพาผู้อื่นสูง มีภาวะซึมเศร้าแฝง วิตกกังวลง่าย ความล้าในคุณค่าตนต่ำ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เป็นผู้ที่ยับยั้งตนเองไม่ได้ อ่อนไหวง่ายจึงปล่อยกายปล่อยใจไปตามอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ปัญหาสังคม จึงหาทางออกด้วยการใช้แอลกอฮอล์ในการดับทุกข์ (สมควร จุลอักษร, 2548) และประกอบกับผลการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า “ในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์คิดว่า คนที่ดื่มไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด” การเสริมสร้างพลังอำนาจอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการและควบคุมตนเองที่มีต่อแอลกอฮอล์และการที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้นั้น ก็จะเพิ่มปริมาณในการดื่มความถี่ในการดื่มซึ่งนำไปสู่การดื่มที่อันตรายและกลายเป็นการดื่มแบบติดได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ

และชีวิต เพื่อให้บุคคลมีพลัง มีความสุขและมีอำนาจในการตัดสินใจ ในการเลือกวิธีปฏิบัติ และการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจเป็นตัวช่วยในการไม่ให้กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้

การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์นั้นมักจะมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุ มีส่วนร่วมทำให้เกิดปัญหา การประเมินผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้การวางแผนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการประเมินพฤติกรรมการดื่ม สาเหตุ ลักษณะและระยะเวลาการดื่ม ความรุนแรงในการดื่ม อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ภาวะโรคร่วมทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวช เพื่อให้ทราบแนวทางในการประเมินผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมทุกด้าน (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2548)

การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบทดสอบพฤติกรรมการดื่ม (Drinking Behavior Questionnaire) ของ ไวเออร์โฮจิวิน, เซอร์เจนท์ และกันนิง (Wiers, Hoogveen, Sergeant, & Gunning as cited in Dijkstra et al., 2001) ที่ใช้ประเมินปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถนำมาคำนวณได้ ลักษณะของแบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับภายใน 30 วัน ที่ผ่านมามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไร โดยจะถามความถี่และจำนวนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในระหว่างสัปดาห์และในช่วงสุดสัปดาห์ แต่ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพเครื่องมือ

2. แบบทดสอบแอลกอฮอล์ของคาวารี (Khavari Alcohol Test: KAT) ของคาวารีและฟาเบอร์ (Khavari & Farber as cited in Oei & Borrow, 2000) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งคำถามในแต่ละข้อจะเจาะจงในเรื่องของการดื่มเบียร์ ไวน์ และแอลกอฮอล์ โดยประเมินทั้งปริมาณและความถี่ในการดื่มที่มากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อและมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .78 ถึง .98

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสุขภาพจิต แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [กรมสุขภาพจิต, 2548]) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ เวลาที่ดื่ม ปริมาณความถี่ของการดื่ม อาการของการติดแอลกอฮอล์และปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ การคำนวณและแปลผลคะแนนการจัดกลุ่มพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยนำคะแนนรวมของคำถามทั้ง 10 ข้อ ซึ่งจะมี

คะแนนรวมตั้งแต่ 0-13 คะแนน จากนั้นแบ่งคะแนนการจัดกลุ่มพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 3 ระดับ

คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบปลอดภัย (Low risk drinking)

คะแนน 8-12 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือกลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย (Hazardous Drinking/Harmful use)

คะแนน ≥ 13 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสุขภาพจิต AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [กรมสุขภาพจิต, 2548]) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความเหมาะสมกับการศึกษา เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันในการประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างแพร่หลาย ในการวินิจฉัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้ในระบบบริการด้านสุขภาพมากขึ้น (Gilbert, 1995) พลังอำนาจ (Power) หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองวางไว้ได้ (Hawks, 1992) เป็นการแสดงความสามารถหรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาตั้งแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาขึ้นในบุคคลได้ พลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีคุณค่าต่อความเป็นบุคคลเป็นอย่างมาก ทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ (Gibson, 1995) เนื่องจากเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหาการปฏิบัติงานหรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดตามความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน ทำให้รู้สึกมีความหวังมีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเองตลอดจนสามารถที่ชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นนอกจากนี้ การมีพลังอำนาจยังช่วยขจัดความขัดแย้งในตนเองได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามความหมายตามพจนานุกรมของคอลลิน (ACollins dictionary, Meleod, อ้างใน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้อำนาจหรือเป็นผลลัพธ์การให้อำนาจ (to give power or authority to, authorize) (Gibson,1991) เป็นการช่วยให้บุคคล มีความสามารถในการเพิ่มทักษะของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดนามธรรมซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาและสถานที่ในขณะนั้น (Reynolds cited in Gibson,1993) เป็นการให้

อำนาจหรือการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้มีอำนาจในการควบคุมจัดการและการใช้ทรัพยากร หรือความรู้ ความสามารถของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ในมุมมองในแง่ของผลลัพธ์ของการให้อำนาจ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการพัฒนาทรัพยากร เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม และเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถความมีประสิทธิภาพ การที่จะไปให้ถึงเป้าหมายสำหรับบุคคลและไปให้ถึงเป้าหมายสุดท้ายของสังคม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมอำนาจและความสามารถของบุคคลในการเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง (Church, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) กล่าวว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และการคิดเชิงวิเคราะห์ การสร้างพลังเป็นได้ทั้งกระบวนการ (process) และเป็นผลลัพธ์ (outcome) ที่ว่า เป็นกระบวนการ คือ การเกิดพลังนั้นต้องเริ่มจากบุคคลและชุมชนตระหนักในปัญหาและเห็นความสำคัญของปัญหา จึงรวมตัวกันขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แบ่งปันอำนาจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้วิธีการปฏิบัติ (action) และการสะท้อนกลับ (reflection) เพื่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกคิด (consciousness) มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาและได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ส่วนการสร้างพลังมีการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งพอที่จะควบคุมตนเอง จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ถูกต้องและประเมินได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม (Simons-Morton & Davis Crump, 1996)

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในวงการหรือสาขาใด ความยากลำบากในการให้คำจำกัดความความหมายจะแตกต่างกันออกไป เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคลและบริบทที่ต่างกัน (Gibson, 1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมอำนาจและความสามารถของบุคคลในการเป็นเจ้าของชีวิตของตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) ที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีความเชื่อในความสามารถของบุคคล ที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และการคิดเชิงวิเคราะห์ การเสริมสร้างพลังอำนาจมาจากรากศัพท์ในภาษาละติน “Passe” ซึ่งหมายถึง อำนาจ (Power) กับอิสรเสรีภาพ (Freedom) และสำหรับอำนาจที่มาจากรากศัพท์ภาษาละตินอีกคำหนึ่งคือ “Potere” ซึ่งหมายถึงความสามารถที่จะเลือก ลาบอง (Labonte, 1989) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจากรากศัพท์ภาษาละตินน่าจะ หมายถึง ความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระมีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

พลังอำนาจ หรือ Power เป็นคำนาม หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ส่วนคำว่า การมอบอำนาจ

หรือให้พลังอำนาจตรงกับคำว่า Empower เป็นคำกริยา หมายถึง การที่บุคคลที่มีอำนาจสูงกว่าได้กระจายอำนาจไปสู่บุคคลที่อำนาจด้อยกว่าหรือส่งเสริมความสามารถให้ (Llewellyn, 1959) พลังอำนาจ ไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้เรียกว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” (Empowerment)

ซุก บลิง (Suk Bling, 1998) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถตามอุดมการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพได้ให้การยอมรับว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและควบคุมสุขภาพของตนด้วยการพัฒนาทักษะและจิตสำนึกให้เกิดขึ้น (Georges, 1991 อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2547) แสดงความคิดเห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึง การเพิ่มความสามารถของบุคคลให้ตระหนักถึงจุดแข็งของตน ความสามารถและอำนาจในตน การใช้อำนาจร่วมกัน การให้ความเคารพต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเปรียบเสมือนการเพิ่มพูนประสบการณ์ด้วยการหมุนเวียนทรัพยากรและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงในวิถีทาง ที่สร้างสรรค์ ทำให้บุคคลมีความหวัง ความตื่นตัวและทิศทาง

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับคุณค่าของบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจในฐานะเป็นกระบวนการของการเป็นหุ้นส่วน หมายถึง คุณสมบัติของการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความสามารถด้านประสบการณ์ (Deal, 1988 อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2547) การเสริมสร้างพลังอำนาจในโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะถูกอธิบายของการใช้อำนาจร่วมได้ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ในความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาพยาบาลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะอยู่บนพื้นฐานของการเคารพซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยต้องการเวลาและมีความกระตือรือร้นที่จะถาม สร้างความตระหนักและแสดงความรู้สึกกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนและจะไม่ถูกทอดทิ้งให้ตัดสินใจตามลำพังและในที่สุดบุคคลที่จะตัดสินใจคือ ผู้ป่วย

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง

แคท (Katz, 1984 อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2547) ได้กล่าวถึงกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจในแง่ของความร่วมมือของชุมชน ในการดูแลที่บูรณาการเข้าสู่การดำเนินชีวิตประจำวัน ที่รวมทั้งกายและจิต ในบริบทของสังคมทั้งในระดับบุคคลและชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มวิถีทางใหม่ ให้กับประสบการณ์ของบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากสายสัมพันธ์และการเชื่อมโยง ที่ถูกสร้างขึ้นจากความสัมพันธ์และความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชน การร่วมมือกันระหว่างบุคคลและชุมชน ทำให้เกิดเครือข่าย อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลในกระบวนการนี้

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยสร้างโอกาสการพัฒนาหรือการเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพให้กับบุคคล มนุษย์มีศักยภาพที่จะประเมินความเป็นอยู่ของตนและเอาชนะต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการมีส่วนร่วม ในทางจิตวิทยาชุมชน ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลไก ที่ช่วยพัฒนาการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่ศึกษา มีความเชื่อว่า ความรู้สึก ถึงพลังอำนาจของบุคคลจะแปรผันไปตามการได้มีส่วนร่วม การเข้าถึงแหล่งของพลังอำนาจและ การได้รับการสนับสนุน

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิต เพื่อบุคคลมี พลัง มีความสุข และมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรม ต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นั้นมีขั้นตอนการเรียนรู้ที่เกิดจากการคิด วิเคราะห์ จากข้อมูลที่ได้รับต่างๆ ประสบการณ์ตรง การ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนเกิดความเข้าใจ มีการตัดสินใจอย่างอิสระ สามารถ จัดการสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเองโดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย ใช้ความหมายของกิบสัน (Gibson, 1993) ได้ให้ความหมายของการ เสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ ส่งเสริมให้บุคคลให้มี ส่วนร่วม ในการควบคุม องค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ ในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมี อำนาจสามารถ ควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการสร้างพลัง อำนาจ (process of empowerment) 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กิบสัน (Gibson, 1993) ได้กล่าวว่าการที่ จะช่วยเหลือบุคคล ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นของแต่ละบุคคลที่บุคคลคนนั้น ต้อง รับผิดชอบต่อการพัฒนาในสิทธิของบุคคลต่อภาวะการณ์มีสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับการเคารพในการตัดสินใจสำหรับความเจริญเติบโตหรือ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง

3. บุคคลทางสุขภาพ ไม่สามารถสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเกิดความสามารถได้ ตัวของ บุคคลเองเท่านั้นที่จะเสริมสร้างอำนาจของตนเองบุคลากรทางสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการ พัฒนาตนเองของบุคคล

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับ สำหรับการให้ความร่วมมือของชุมชนและบุคคล
5. ต้องมีการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ไม่ใช่ลักษณะของการมองว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้ด้อยกว่าหรือไร้ความสามารถ ปฏิสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายเกื้อกูลกัน
6. ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องมีความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bound) และความรัก (love) ของบุคคลต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1. ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ประกอบด้วยค่านิยม (value) ของตนเอง มีความรักในตนเอง ความเชื่อ (beliefs) เป้าหมายในชีวิต (determine) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience)
2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (interpersonal factors) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (social support) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บรรยากาศ ที่ให้ความช่วยเหลือและความปรารถนาดีต่อกัน ปัจจัยด้านบุคคล บุคคลต้องยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ยึดมั่นในการที่จะปฏิบัติร่วมกัน ปัจจัยด้านเวลา ปัจจัยด้านปรัชญาและความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจ (Chandler, 1992)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ปัจจัยภายในและปัจจัยระหว่างบุคคล มีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้เป็นไปได้อย่างดีและประสบความสำเร็จ แต่ไม่ว่าจากปัจจัยใดก็ตามเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ก็ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกที่มีอำนาจในการควบคุมและวิธีการที่จะได้มาหรือพัฒนาขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเอง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในบุคคลและระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาศัยการมีส่วนร่วมในกระบวนการที่มีการสื่อสารที่ดี มีการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสนับสนุน การปฏิบัติเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ความพึงพอใจ ในความสามารถ ของตนเอง ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภายใต้อารมณ์ที่อบอุ่น จริงใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังมีความรับผิดชอบ ความรัก ความผูกพัน รวมถึงความคับข้องใจที่เป็นแรงผลักดันให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย (อัมพวรรณ ธาภาส, 2548) สามารถนำมาใช้ในการประยุกต์ เพื่อให้บุคคลมีความรู้สึกถึง

ความสามารถในการควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอซึ่งบุคคลกระทำการดูแลตนเองจะต้องผ่านกระบวนการพิจารณาทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนำมาวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกแล้วจึงตั้งเป้าหมายวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุมประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง โดยมีทีมพยาบาลหรือทีมสุขภาพเป็นผู้ประสานงาน (co-ordination) และเป็นผู้สนับสนุนและประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ (facilitator) ของบุคคล แทนการเป็นผู้สอน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมมากที่สุด โดยถือว่าทีมสุขภาพเป็นแหล่งของความรู้ ความคิด จากการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ได้ผลลัพธ์ ในเชิงบวกเป็นส่วนใหญ่ ทั้งผู้ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและผู้ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้ศึกษาต้องดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมดื้อรั้นแบบเสี่ยง จึงสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดื้อรั้นของผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเน้นเรื่องของศักยภาพในการคิดทบทวนการประเมิน การไตร่ตรอง เหตุการณ์ต่างๆ ทางเลือก ตลอดจนปัจจัยพื้นฐานแหล่งประโยชน์เป็นการเน้น ความคิดริเริ่มและจิตใจโดยบุคคล เป็นการกระทำอย่างจริงจัง ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเองเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจสู่การเลือกลงมือปฏิบัติ ด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่เรียนรู้ภายใต้วัฒนธรรม ประเพณี และสังคมแวดล้อมของบุคคล เป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้าง อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม ซึ่งจากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ได้แบ่งกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์

ด้านสติปัญญา การรับรู้และด้านพฤติกรรมการตอบสนอง ด้านอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจาก การที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกกับข้อใจที่จะคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้านบุคคลจะรู้สึกดีขึ้น หากมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึก ความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ การตอบสนองทางพฤติกรรม โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดีและพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนสามารถรู้ชัดเจนว่า สิ่งที่ตนเองต้องการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจน ในการดูแลและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน กับข้อใจและไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ป่วยจะตระหนักได้ต้องเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตนและจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่า ถ้าเปลี่ยนแปลงในแง่ดีและจะกระทำทุกสิ่ง ทุกอย่าง เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำ ความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ พิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณ

เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงและเกิดความรู้สึก คับข้องใจ ในพฤติกรรมตนเอง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จะทำให้ถือได้ว่า จากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่า ทุกสิ่งทุกอย่างตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนเองมีอนาคตดีขึ้น บุคคลจะได้ตัดสินใจเลือกแนวทางต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคล มีความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังอำนาจมากขึ้น (Gibson, 1993)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกัน เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ ที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองของบุคคลซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขคือ

- 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้
- 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
- 5) เป็นวิธีที่สร้างความอบอุ่น และสามารถเปิดกว้าง ในการที่ผู้ป่วยคนอื่นๆ จะนำไปใช้

เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธสัญญากับตนเองว่า การปกป้องโดยคิดว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์

เดิมและการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจ
ดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง (Gibson, 1993)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่า เป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้
เมื่อพบปัญหา ในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย
ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือ
ประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่ง
พฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นในครั้งต่อไป (Gibson, 1993)

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993)
เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมพลังอำนาจ จะมีความต่อเนื่องกัน
และสามารถเกิดสลับไปมาได้ ในแต่ละบุคคลและการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้
จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิดรวมทั้งความสามารถในระดับสูง ถ้าผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลัง
อำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้
สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

จะเห็นว่า กระบวนการในการเสริมพลังอำนาจ ในแต่ละระยะ เมื่อนำมาใช้ในการ
ประยุกต์เพื่อให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ มีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแล
ตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเอง จะต้องผ่านกระบวนการคิด
พิจารณา ทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อ
การตัดสินใจเลือกแล้ว จึงตั้งเป้าหมายและวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุมและประเมินผล
การกระทำด้วยตนเอง

ผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรายงานว่า ตนเอง มี
ความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ (Gibson, 1993) โดยมี
การรับรู้ 4 ด้านคือ 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง 2) ความพึงพอใจในตนเอง
3) การพัฒนาตนเอง 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต นอกจากนี้ ยังเกิดผลแก่บุคคลได้แก่
ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
(self-efficacy) พฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า (better health) ในรายงานการศึกษาของเอลลิส-สโตน และ
พอปเคส-วาวเตอร์ (Eilliss-Stoll & popkess-Vawter, 1998) พบว่า ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ยังทำให้ มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) การพัฒนาตนเอง (self-development) ความรู้สึกที่สามารถติดต่อประสานงานกับผู้อื่นได้ (sense of connectedness) ความรู้สึกว่าได้ได้รับความยุติธรรมในสังคม (sense of social justice) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พบจากรายงาน การศึกษาของ กิบสัน (Gibson, 1993) พบว่า เมื่อพัฒนาตนเองแล้วถูกปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับ (rejection) ต้องมีภาระที่รับผิดชอบมากเกินไป (responsibility overload) และจะได้รับการสนับสนุนน้อยจาก ทีมสุขภาพ (less support) แต่เป็นรายงานเพียงส่วนน้อยที่พบ โดยสรุปแล้ว ผลลัพธ์ใน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า เป็นผลลัพธ์ทางบวก ที่ทำให้คนหรือกลุ่มบุคคลสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ที่มีอิทธิพลเหนือตนเองได้ มีศักยภาพและความสามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพสามารถพึ่งตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จุฬารัตน์ สุริยาทัย, 2547) กิบสัน (Gibson, 1993) เชื่อว่า หากบุคคลมีการวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้าน ระดับสูง ก็สามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความมีคุณภาพและความสำเร็จของงานได้ การที่จะดูแลผู้อื่นได้นั้น ก็ย่อมแสดงให้เห็นว่าจะต้องมีการดูแลตนเองก่อนดังเช่น การมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง

การเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับแล้วว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ นับวันจะเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวที่สำคัญคือพฤติกรรมการบริโภค ไม่ว่าจะเป็นอาหาร หรือการเสพสารเสพติดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตและยังทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เช่น พฤติกรรมเมาแล้วขับ การยกพวกตีกัน ซึ่งมีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์แทบทั้งสิ้น (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547) เชื่อว่า กระบวนการเสริมพลังอำนาจในแต่ละระยะ เมื่อนำมาใช้ในการประยุกต์เพื่อให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเอง จะต้องผ่านกระบวนการ คิดพิจารณา ทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์ เพื่อการตัดสินใจเลือกแล้วจึงตั้งเป้าหมายและวางแผนนำสู่การกระทำ โดยมีการควบคุมและประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ดังนี้ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง (discovering reality) ในขั้นตอนนี้ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้ค้นหาสาเหตุ ของการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองยอมรับเหตุการณ์

ที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบไปด้วย ด้านสติปัญญา (ความคิด) ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรม ในระยะเวลา ก่อนดื่ม ขณะดื่ม และหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งด้านบวกและด้านลบของแต่ละด้าน รวมถึง เข้าใจการเรียนรู้เกี่ยวกับความหมาย พฤติกรรมการดื่ม สาเหตุและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ในขั้นตอนนี้ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ได้สะท้อนคิดและตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้แสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนความสามารถในการสะท้อนคิดของตนเอง (จากสมาชิกในกลุ่มและนักศึกษา) ได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองว่าเกิดจากสาเหตุปัจจัยใดที่จะพัฒนาไปเป็นพลังอำนาจซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเผชิญกับ สถานการณ์จริงได้ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3) การตัดสินใจเลือกวิธี ปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) ในขั้นตอนนี้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงจะตัดสินใจว่าจะเลือก วิธีใดจะเหมาะสมกับตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปลอดภัย อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธ ได้ฝึกทักษะในการปฏิเสธ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอแนะวิธีการที่เหมาะสม ทำให้บุคคลเกิดความ เชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้นและมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอด้วยคุณค่าของตนเอง 4) การ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้าง พลังอำนาจเป็นผลจากการที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงมีความตระหนักในความเข้มแข็ง มีความ มั่นใจในตนเอง มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนตนเอง พยายามคงอยู่ได้ด้วยตนเองและมีพลังอำนาจ มีการเรียนรู้การจัดการกับอารมณ์ แม้ว่าสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปจะรู้สึกมีพลังอำนาจในการ ควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมทางลบ ที่จะนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์มีความมั่นใจที่จะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนเองเพื่อลดพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพกระบวนการพลังอำนาจนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็น วงจรอยู่ตลอดเวลา (Gibson, 1993) ในกลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงจะดื่มแอลกอฮอล์ใน ปริมาณและลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นผู้ยับยั้งตนเองไม่ได้ อ่อนไหวง่าย สูญเสียพลัง อำนาจ ใช้แอลกอฮอล์ในการแก้ปัญหาชีวิตและสังคม (ธงชัย, 2541; มาโนช, 2542; Kaplan & Sadock, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ วอลเลตสไตน์และเบิร์นสไตน์ (Wallertein & Bernstein, อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2547) ซึ่งได้นำแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง (Empowerment education) มาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด ให้นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้นและตอนปลายในรัฐนิวเม็กซิโกสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรัฐที่มีประชาชนด้อยโอกาสทาง สังคมและมีการดื่มแอลกอฮอล์กันมากสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เมธิณี จันติยะ (2547) ที่ใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื่องทั้งนี้ได้รวมถึงผลงานวิจัยของ กุสุมา แสงเดือนฉาย (2547) ที่ใช้โปรแกรมการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดยาโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม (Process of Participation) แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นขั้นตอน การจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม ที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (process of empowerment) 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือก วิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อ ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการรับรู้ผลเสียจากการดื่ม แอลกอฮอล์และส่งเสริมความสามารถในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ แบบเสี่ยงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจอมทอง โดยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงที่มีคะแนน ระหว่าง 8-12 คะแนน เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ซึ่งประยุกต์ มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พัฒนาโดยกิบสัน (Gibson, 1993) และผสมผสานกับ กิจกรรมที่จัดขึ้นตามกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งเป็น กลุ่ม 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมกลุ่ม มีวัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาให้มีความพร้อมใน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2) ระยะเริ่มต้น (Initial phase) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมเริ่มต้น ของการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดี ระหว่างผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงและผู้ศึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมกลุ่มทุกครั้ง ก่อนเริ่มดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม (ใช้เวลา 60 นาที)

3) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (Working phase)

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง (ใช้เวลา 90 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ใช้เวลา 90 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) ในการปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (ใช้เวลา 90 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (ใช้เวลา 90 นาที)

4) ระบุปิดกลุ่ม (Terminating)

กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรม “สัญญาใจ” เป็นขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (ต่อ) และแจกประกาศนียบัตรแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

หลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มแล้ว 2 สัปดาห์ จะมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสุขภาพจิต (2548)

การจัดกิจกรรมที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Process of empowerment) 4 ขั้นตอน 1) การค้นหาความจริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพชีวิตเพื่อให้บุคคลมีพลังมีความสุขและมีอำนาจในการตัดสินใจ อาจเป็นตัวช่วยในการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มกิจกรรมบำบัด

ความหมาย

กลุ่มกิจกรรมบำบัด เป็นกระบวนการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช ด้วยกระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวลและมีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในทางที่เหมาะสมและการที่จะทำกลุ่มบำบัดให้มีคุณภาพนั้นผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่ม (แพ, 2540)

กลุ่มกิจกรรมบำบัด หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการรักษาทางจิตใจ อารมณ์แบบกลุ่ม ซึ่งจัดขึ้นเป็นกลุ่มโดยที่มีผู้บำบัดเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้วเป็นผู้นำกลุ่ม เป้าหมายเพื่อ ช่วยให้ผู้บุคคล เข้าใจตนเอง (self-understanding) และการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) เพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ (improve interpersonal relationship) และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง (behavioral change) ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีเป็นพื้นฐาน จุดประสงค์หลักเพื่อให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก

องค์ประกอบของกลุ่มกิจกรรมบำบัด

ในการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้การบำบัดมีคุณภาพและประสิทธิภาพได้มาตรฐานจะต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (แพ, 2540)

- 1.สถานที่ ต้องเหมาะสมกับลักษณะของกิจกรรมแต่ละชนิด มีอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทสะดวก
- 2.กิจกรรมกลุ่มได้แก่ ชนิดของกิจกรรมต่างๆ ที่นำมาใช้เป็นสื่อหรือเครื่องมือในการจัดกลุ่ม ควรเลือกให้เหมาะสมกับโรค อาการ สภาพของผู้ป่วยขณะนั้น เน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมให้มากที่สุด ชี้แนะและปรับได้ตามความเหมาะสมและสมาชิกของกลุ่มที่เหมาะสม คือ 6-10 คน ไม่ควรเกิน 12 คน (Bellafore, 1998-2004)
- 3.ผู้ให้การบำบัดต้องมีประสบการณ์ มีความรู้ ความชำนาญ ต้องทำงานเป็นทีม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ผลดียิ่งขึ้น รับผิดชอบตนเองในทีม (วัลลาภ, 2540)

ข้อดีของการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด (ชาลินี, 2549)

- 1) ลดการแยกตนเอง
- 2) เปิดโอกาสให้ได้ช่วยเหลือผู้อื่น
- 3) ทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา
- 4) ลดการเกิดความรู้สึกถ้อย โอน ไปยังผู้บำบัดและทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการพึ่งสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ

นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มยังได้เกิดการตระหนักในตนเองมากขึ้น เรียนรู้ว่าพฤติกรรมอะไรที่สังคมยอมรับ เกิดการพัฒนาเชิงบวก เกิดสัมพันธภาพที่ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน รวมทั้งได้พัฒนาการสื่อสารกับผู้อื่นด้วย

ขั้นตอนในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด

การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดให้มีคุณภาพ ควรดำเนินการดังนี้ (แพ, 2540; วัลลาภ, 2540)

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นที่ผู้นำกลุ่มต้องเตรียมผู้ป่วยและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายพอสมควร มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถติดต่อ สื่อสารได้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่ม จำนวนผู้ป่วยต้องเหมาะสม (6-12) มีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า ปัสสาวะ ให้เรียบร้อยเป็นต้น

2. ขั้นดำเนินการ เป็นขั้นตอนการทำกลุ่ม ซึ่งแบ่งย่อยๆ ได้ดังนี้

2.1) ระยะเริ่มกลุ่ม ในระยะนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกแปลกหน้าต่อ ไม่คุ้นเคยกัน ฉะนั้นต้องมีการแนะนำตัวทุกคน สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง บอกจุดมุ่งหมายในการทำกลุ่ม ให้ความสนใจทุกคน ในขั้นนี้ไม่ควรเกิน 15 นาที

2.2) ระยะทำงานในกลุ่ม ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในความรู้สึก เข้าใจซึ่งกันและกัน ได้ระบายปัญหา ความคับข้องใจ

2.3) ระยะยุติกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเตรียมให้สมาชิกทุกคนได้รู้ล่วงหน้า โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้บอกถึงประโยชน์หรือแนวทางแก้ปัญหาที่ได้ ตลอดจนทักษะที่จะนำไปปรับใช้ พร้อมกับการให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติ

3. ขั้นประเมินผล เป็นขั้นที่บุคลากรทุกคนที่ร่วมรับผิดชอบในการทำกลุ่ม มาพูดคุย ประเมินผลที่ได้ทำและหาแนวทางปรับปรุงต่อไป เพื่อให้การทำกลุ่มเกิดประโยชน์สูงสุด

ทักษะของผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัด จะดำเนินการได้ อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ นั้นต้องมีทักษะต่อไปนี้ (Corey, 1985) เป็นผู้ริเริ่ม (initiating) เป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitating) รักษากฎ (rule keeping) การให้การบำบัด (interventing) เป็นตัวแบบ (modeling) ฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การตั้งคำถาม (questioning) การสะท้อนเนื้อหา (reflecting feeling) การเงียบ (dealing with silence) จะเห็นได้ว่า การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น บุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้เรื่ององค์ประกอบของกลุ่ม ขั้นตอนการทำกลุ่ม บทบาทหน้าที่และทักษะในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นอย่างดี

ผลของกลุ่มที่มีต่อสมาชิกในกลุ่ม

กลุ่มจะมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอย่างชัดเจนและแน่นอนทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอก (อ้างใน ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร, 2545)

วิธีการที่กลุ่มจะใช้กระตุ้นสมาชิกจะมีการกดดันโดยตรงจากสังคม กลไกที่สมาชิกในกลุ่มใช้กดดันสมาชิก ให้แสดงพฤติกรรมตามกลุ่มที่ต้องการ ได้แก่ ปทัสถาน กล่าวคือกลุ่มจะใช้ปทัสถานเป็นเกณฑ์ว่า สมาชิกในกลุ่มจะต้องปฏิบัติตาม หากผู้ใดไม่ทำตามจะได้รับการลงโทษ ด้วยเหตุนี้ผู้ที่เป็สมาชิกของกลุ่มต้องทำตามแม้จะไม่เห็นด้วย

สาเหตุที่ทำให้สมาชิกยอมทำตามก็คือ ความกลัวการถูกลงโทษหรือไม่ได้ยอมรับจากสมาชิกในกลุ่ม ในด้านที่เป็นพฤติกรรมภายในกลุ่มมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความเชื่อ ไปในทางเดียวกัน ยิ่งถ้าหากกลุ่มมีความรู้สึกว่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและกลุ่มนั้นเป็นกลุ่มอ้างอิงของเขา ก็จะรับเอาเจตคติความเชื่อและค่านิยมของกลุ่มมาเป็นของเขาอย่างเต็มที่

นอกจากนั้นกลุ่มยังสามารถที่จะกระตุ้นพฤติกรรมของสมาชิกโดยการเลียนแบบจากบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม (role modeling) ทั้งในแบบผู้เลียนแบบตั้งใจเลียนแบบและแบบเกิดขึ้นไม่รู้ตัว พฤติกรรมที่เลียนแบบมาจะถูกนำออกมาปฏิบัติก็ต่อเมื่อได้ทำไปแล้วได้รับแรงเสริมจากสมาชิกคนอื่นๆ หรือผู้ที่ตนไปเลียนแบบมา

แนวทางในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

การดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย (low-risk drinker) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (hazardous drinker) กลุ่มที่ดื่มแบบเป็นอันตราย (harmful drinker) ควรได้รับการให้คำแนะนำและปรึกษาเบื้องต้น เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาการดื่ม และลดความเสี่ยง หรือลดการดื่มลง ดังนั้นการที่จะช่วยไม่ให้กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ดื่มหนัก จนกลายเป็นกลุ่มติดมีด้วยกันหลายวิธีเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างปลอดภัย (Alcohol education) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) การให้คำแนะนำและคำปรึกษารอบครัว (Family Advice and Family Counseling) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งสามารถบำบัดได้ ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้พวกเขาตระหนัก

ถึง ความรุนแรงของการดื่มแอลกอฮอล์ โทษจากการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำและจากการที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ตัวอย่างรูปแบบการให้การบำบัดทางจิตสังคมในผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

1. การให้ความรู้เรื่องการดื่มแอลกอฮอล์อย่างปลอดภัย (Alcohol Education) เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ที่ดื่มในระยะเลี่ยน้อย ที่อาจเป็นกลุ่มที่จะมีโอกาสดื่มมากในอนาคตให้ได้รับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดื่มที่ปลอดภัยสามารถลงพฤติกรรมลดการดื่มแบบเลี่ยน้อยหรือหยุดดื่มได้

2. การบำบัดแบบสั้น (Brief Advice; BA) เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดื่มเกี่ยวกับผลเสียของการดื่ม เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่ถูกมองข้ามและเกิดแรงจูงใจที่จะหยุดหรือลดการดื่มลง โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) เหมาะสำหรับผู้ดื่มในระดับความเสี่ยง (hazardous drinker) ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เนื่องจากการดื่มเป็นประจำมากเกินไปกำหนด ซึ่งถือเป็นการดื่มแบบเสี่ยงโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อเมาแอลกอฮอล์แล้วจะมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว มีปัญหาด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ความสามารถในการทำงานลดลงหรือมีปัญหาทางสังคม ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้างโดยทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะยังไม่รับรู้ถึงผลเสียของการดื่ม หรือยังไม่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด การให้คำแนะนำแบบสั้น จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบของการดื่มและตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาหากยังไม่เลิกหรือลดการดื่มลง

ขั้นตอนของการให้คำแนะนำแบบสั้น

- 1) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (give feedback)
- 2) ให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย (provide information)
- 3) ตั้งเป้าหมายการหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง (establish a goal)
- 4) การให้คำแนะนำ (give advice)
- 5) ให้กำลังใจ

3. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention; BI) เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที เพื่อช่วยให้ผู้ที่ดื่มในระดับที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพและเกิดปัญหาทางจิตสังคม การบำบัดแบบสั้น (BI) เหมาะสำหรับผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) อาจเป็นปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มเป็นประจำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือ มีปัญหาทางด้านกฎหมายหรือสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ดื่มมีแนวทางการลดหรือควบคุมพฤติกรรมดื่มได้

ขั้นตอนการให้การบำบัดแบบสั้น (BI) ประกอบด้วย

- 1) การคัดกรอง

- 2) การประเมินปัญหา การดื่ม
- 3) การให้คำแนะนำ
- 4) การประเมินแรงจูงใจ
- 5) การตั้งเป้าหมาย
- 6) การติดตามผล

4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy/Motivational Interviewing [MET/MI]) เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการช่วยผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจ เห็นใจของผู้บำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดอย่างน้อย 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 2-4 ครั้ง

การประเมินระดับของแรงจูงใจ

ใช้หลักการของขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของโปรชาสกา และไดคลีเมนเต (Prochaska & DiClemente, 1982) ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

- 1) ขั้นเมินเฉย (pre-contemplation)
- 2) ขั้นลังเลใจ (contemplation)
- 3) ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจัง (determination)
- 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action)
- 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)
- 6) ขั้นกลับไปมีปัญหาซ้ำ (relapse)

5. การให้คำแนะนำและคำปรึกษาคครอบครัว (Family Advice and Family Counseling)

การใช้แอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม สภาพแวดล้อมและค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการแก้ปัญหาจำเป็นต้องทำหลายๆด้าน พร้อมๆกัน โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง ดังนั้น หากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากแอลกอฮอล์ ในเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงควรให้คำแนะนำและคำปรึกษาคครอบครัวในประเด็นปัญหานั้นๆ

การให้คำแนะนำครอบครัว (Family Advice) ครอบครัวของผู้ติดแอลกอฮอล์ เป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงต่อการดื่มของผู้ป่วยและมักจะมาปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม โดยที่ตัวผู้ป่วยเองไม่ยินยอมรับการรักษาส่งสำคัญเบื้องต้นที่จะสามารถเตรียมความพร้อมของญาติได้ คือ

- 1) ให้ญาติเข้าใจธรรมชาติของการติดแอลกอฮอล์

- 2) ให้ญาติสามารถสื่อสารอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย
- 3) เรียนรู้วิธีการในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การให้รางวัล ชมเชย เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่ม หรือลดการดื่มแม่เพียงเล็กน้อย
- 4) ผลักดันให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่ทะเลาะหรือขัดแย้งกันรุนแรง
- 5) เรียนรู้วิธีการลดความเครียดด้วยตนเองและวิธีสร้างความสุขในชีวิตของตนเอง
- 6) ให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าร่วมการรักษาต่อเนื่อง

พบว่า การที่ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิตเป็นผู้คอยกระตุ้น ให้กำลังใจหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น โดยทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะยังไม่รับรู้ถึงผลเสียของการดื่มหรือยังไม่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด การให้คำแนะนำแบบสั้น จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบของการดื่ม และตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาหากยังไม่เลิกหรือลดการดื่มลง จึงเห็นควรว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีอีกทางหนึ่ง

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง

แนวโน้มและปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร โดยสำนักสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2546 คนไทยดื่มแอลกอฮอล์ 18.6 ล้านคนหรือร้อยละ 35.5 ของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป กรมสรรพสามิตกระทรวงการคลังรายงานปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคทั้งหมดในปี 2540 จากจำนวน 1,604 ล้านลิตร เพิ่มขึ้นเป็น 1,926 ล้านลิตร ในปี 2544 และข้อมูลองค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ชาวไทยมีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในภาพรวมการดื่มแอลกอฮอล์มีการเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ อำเภอจอมทองเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเช่นเดียวกัน เนื่องจากมีปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ได้ง่ายจากการผลิตแอลกอฮอล์ในท้องถิ่นได้อย่างเสรี ประกอบกับการจัดงานประเพณีต่างๆ ซึ่งจะขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ รวมทั้งผู้ที่เคยเสพยาเสพติดเดิมที่ได้รับการปราบปรามและการบำบัดในช่วงสงครามยาเสพติดก็หันมาดื่มแอลกอฮอล์แทนและจากสถิติผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ ผู้มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลจอมทองใน ปีพ.ศ. 2548 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นร้อยละ 67.66 และ จากสถิติการมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินในปี 2545 มีจำนวน 1,334 รายประจำเดือน เมษายน 2550 เกิดอุบัติเหตุจาก การขับขีรถจักรยานยนต์ 100 ราย รถจักรยานสามล้อ 2 ราย รถส่วนบุคคล 16

รวม 128 ราย จำนวนของผู้รับบริการที่มีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีอัตราเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 20 (ร.พ.จอมทอง, 2549) ข้อมูลจากหน่วยจำหน่ายแอลกอฮอล์และเบียร์จอมทอง (2550) มีการจำหน่ายเบียร์โดยเฉลี่ยเดือนละ 12,000 โหล จำหน่ายแอลกอฮอล์ เฉลี่ยเดือนละ 1,000 โหล จะเห็นได้ว่า แนวโน้มและสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในอำเภอจอมทองและผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทองที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงมีจำนวนมากขึ้น

การช่วยเหลือผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลจอมทอง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ การดื่มที่ปลอดภัย รวมถึงการให้การปรึกษาแบบสั้นและนัดมาเพื่อเข้ากลุ่มบำบัด ในรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีอาสาสมัครที่เลิกดื่มมาให้การช่วยเหลือทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แต่มักจะมีปัญหาว่า กลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ไม่มารับบริการตามนัด มีโอกาสเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นแบบติดแอลกอฮอล์ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มผสมผสานกับกิจกรรมกลุ่ม เพื่อหวังผลในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง เป็นผู้ที่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์และป่วยเป็นโรคจิตได้ การช่วยเหลือโดยการส่งเสริมให้เกิดพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นอันตราย และเพื่อไม่ให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นการช่วยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงเพื่อไม่ให้กลายเป็นผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ จะต้องทำให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง เกิดความรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเองและดำรงไว้ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเป้าหมายของการให้บริการโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามความคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา โดยการพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษาความรู้และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกี่ยวกับความรู้ประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคลเป็นการตรวจสอบและคิดค้นหาสิ่งที่ตัวเองสนใจ มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ได้แก่ การลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาโดยการดื่มแอลกอฮอล์เป็นต้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ประสบการณ์ของบุคคลและการพูดคุยแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นเพื่อให้ได้มา ซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตัวเอง และลงมือประพฤติปฏิบัติได้แก่ การปฏิบัติต่อตนเอง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ตนเองดีขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามแนวคิดของ Gibson (1993) ให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองและผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงเป้าหมายเพื่อการรักษาจิตใจและอารมณ์ของตนเอง ช่วยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงมีความเข้าใจตนเอง มีการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก การบำบัดแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้มีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวล มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม ความเชื่อค่านิยมประสบการณ์เป้าหมายและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่จะทำให้บุคคลได้พัฒนาตามขั้นตอนต่างๆ จนเกิดความรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง เป็นการปฏิบัติต่อตนเองในสิ่งที่ดีเหมาะสมกับตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจในตนเองและการมีเป้าหมายในชีวิต เพื่อตนเองมีอนาคตดีขึ้น สามารถทำงานได้ตามความสามารถและมีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ตามอัธยาศัย การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงสามารถและรู้สึกถึงการมีเป้าหมายในตนเอง ปรับปรุงตนเอง เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง ป้องกันการเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบติดหรือโรคจิตจากแอลกอฮอล์ได้