

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการติดสุรานั้นวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกถือว่าการติดสุราเป็นโรคร้ายแรงที่ต้องได้รับการรักษาเยียวยาจึงจะหายเป็นปกติ โดยธรรมชาติของคนที่ติดสุราจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราและการเลิกดื่มสุราได้ และจะกลับมาใช้อีกเป็นแบบนี้กลับไปกลับมา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิกผู้ป่วยนอกนั้น พบว่า ผู้มีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยในพบสูงถึงร้อยละ 30 และผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉินนั้น พบว่า มาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราถึงร้อยละ 29 (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการสำรวจข้อมูลในประเทศไทย พบว่า คนไทยที่ดื่มสุรามีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งในผู้หญิงและผู้ชายส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ และที่สำคัญวัยรุ่นที่ดื่มสุรามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) จากการสำรวจ ปี 2550 เกี่ยวกับพฤติกรรมกบฏโรคเครื่องดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ดื่มสุรา 14.9 ล้านคน หรือร้อยละ 29.3 โดยผู้ชายดื่มร้อยละ 51.0 ดื่มสุรามากกว่าผู้หญิงซึ่งดื่มร้อยละ 8.8 คิดเป็นประมาณกว่า 6 เท่า และที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ กลุ่มเยาวชนมีอัตราการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 21.9 กลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มมากกว่ากลุ่มอื่น คือ ร้อยละ 34.4 (บัณฑิตสรไพศาล และคณะ, 2551) นอกจากนี้ พบสถิติของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคติดสุราประมาณ 16,767 ราย และในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 35,062 ราย ผู้ป่วยโรคติดสุราเพิ่มขึ้นคิดเป็น 2 เท่า ของปี 2547 (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

โรคติดสุรา (alcohol dependence) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (substance related disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราในปริมาณมากผิดปกติ และเป็นระยะเวลาานหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จนกระทั่งมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ การดำเนินชีวิต ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

และต้องพึ่งสุราเพื่อประคับประคองให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้ (American Psychiatric Association, 2005) ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะมีความต้องการอย่างมากที่จะดื่มสุรา ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มสุราได้ และยังคงดื่มสุราอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียตามมา จะให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ มีความทนทานต่อฤทธิ์ของสุรามากขึ้น และจะมีอาการแสดงทางกายเมื่อหยุดดื่มสุรา (Babor, Higgins-biddle, Saunderson, & Monteiro, 2001)

ผลกระทบของโรคติดสุรา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ อารมณ์ ความคิด ตลอดจนส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่า การติดสุราทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น ตับแข็ง ความดันโลหิตสูง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม (บันทึก ศร ไพศาล, 2548) เมื่อหยุดดื่มอาจเกิดอาการขาดสุรา คือ มีอาการมือสั่น ตัวสั่น และประสาทหลอน (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ กระบวนการความคิด พบว่า โรคติดสุราทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Lowe & Kranzler, 1999) นอกจากนี้ โรคติดสุรา ยังส่งผลต่อการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมหลายอย่าง เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่มีเหตุผล คิดหมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุรา ขาดความกระตือรือร้น (ชัชวาล ศิลปกิจ และคณะ, 2550) ผลการสำรวจความรุนแรงในครอบครัวของปี พ.ศ. 2547 พบว่า สาเหตุที่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว คือ สุราถึงร้อยละ 30.4 ซึ่งพบว่า ในกลุ่มครอบครัวที่พ่อบ้านไม่ติดสุราและแม่บ้านไม่ดื่มสุราจะมีความรุนแรงร้อยละ 16.0 ในครอบครัวที่แม่บ้านดื่มฝ่ายเดียวมีความรุนแรงร้อยละ 23.4 ในครอบครัวที่พ่อบ้านติดสุราฝ่ายเดียว มีความรุนแรงร้อยละ 34.0 และยังเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่อพ่อบ้านติดสุราและแม่บ้านเป็นผู้ดื่มสุราด้วย จะมีความรุนแรงเกิดขึ้นถึงร้อยละ 47.1 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2547) ผลกระทบต่อสังคมจะเห็นได้จากจำนวนอุบัติเหตุด้านการจราจร, การฆาตกรรม, การฆ่าตัวตาย และการบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับสุราและพบได้บ่อยมาก (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006) องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า สารเสพติดที่ถูกกฎหมายโดยเฉพาะสุราทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนได้มากกว่า สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (World Health Organization [WHO] 2005)

รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ประกอบด้วยมาตรการหลัก 4 มาตรการ คือ 1) มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) หรือมาตรการจัดการระยะแรก (early intervention) เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) และโรคร่วมทางกาย เพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดสุราในผู้ติดสุราและโรคทางกายที่พบร่วมในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา 3) มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

(alcohol treatment and rehabilitation) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ละ ลด เลิก ดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับดื่มซ้ำ 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (after care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) จะเห็นได้ว่า มาตรการที่ 3 มีความสำคัญและเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคติดสุราเพื่อเข้าสู่มาตรการที่ 4 ต่อไป

จากสถิติของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงแบบผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (alcohol dependence) ในปี พ.ศ. 2550-2552 มีจำนวน 2,194, 3,011 และ 3,468 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.29, 34.71, และ 39.98 ตามลำดับ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ในปี 2550-2552 มีจำนวน 629, 1,053 และ 1,426 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.23, 33.88 และ 45.88 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำจากสถิติผู้ป่วยโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ 2551 มีจำนวน 193 คน 252 คน และ 387 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.60, 36.75 และ 40.0 ของผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551) จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลจิตเวช ขนาด 700 เตียง มีหน้าที่ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน มีพื้นที่ที่รับผิดชอบ 13 จังหวัดภาคเหนือ มีวิสัยทัศน์หน่วยงานคือเป็นผู้นำทางวิชาการ ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีมาตรฐาน มีความเชี่ยวชาญด้านปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ภายในปี 2554 โดยได้กำหนดให้อยู่ในแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลในยุทธศาสตร์ที่ 4 ในด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้มาตรฐานอย่างยั่งยืนและเป็นเลิศในการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2550) ดังนั้นโรงพยาบาลสวนปรุงจึงมีแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ประกอบด้วยมาตรการหลัก 4 มาตรการ คือ 1) มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) หรือมาตรการจัดการระยะแรก (early intervention) เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) และโรคร่วมทางกาย เพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา และโรคทางกายที่พบร่วมในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ในระยะนี้จะรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในมีการบำบัดรักษาด้วยยา และดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย จนกระทั่งผู้ป่วยพ้นจากระยะถอนพิษสุรา จึงนำผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าสู่การบำบัดรักษาในระยะต่อไป 3) มาตรการการ

บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (alcohol treatment and rehabilitation) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด เลิก ดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ในระยะนี้มีการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) การให้คำแนะนำแบบสั้น (brief advice) การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุราอย่างปลอดภัย (alcohol education) และการบำบัดกลุ่มสุราเรื้อรังนิรนาม (alcoholics anonymous หรือ AA) แต่ก็ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราและได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่มาตรการที่ 4 ต่อไป 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (after care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งพบว่า การศึกษาของ วรารัตน ชุณหะวัณ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า การใช้การควบคุมตนเอง สามารถทำให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงได้ การศึกษาของ ศรีไพร โพธิ์ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้ การศึกษาของ สายชล ชุบลพันธ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคติดสุราได้ นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาของ วรางคนา นุบผา (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราลดพฤติกรรมการดื่มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภา สุตาคำ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า มีโปรแกรมที่หลากหลายที่ทำให้บุคคล ลด ละ เลิก ดื่มสุรา และหนึ่งในนี้ มีโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่ได้รับการศึกษาวิจัยและได้นำไปทดลองใช้แล้วได้ผล

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนา ศักยภาพของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพื่อบุคคลมีพลัง มีความสุขและมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเองโดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตาม เป้าหมาย (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) การใช้กระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจ ทำให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจในด้านความคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางในการ แก้ไขปัญหาให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยสนับสนุนจากผู้สอนในการจัดกิจกรรมให้กับ ผู้เรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกชื่นชมในคุณค่า มีความสามารถ (Lindberg, et al. อ้างใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, 2544) ซึ่งอาจช่วยแก้ไขปัญหาคิดลบได้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย เพ็ญญา สุตาคำ และคณะ (2550) สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (process of empowerment) 4 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง และผสมผสาน กับกระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานกลุ่ม และ ระยะยุติกลุ่ม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) จำนวน 1 ครั้ง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) จำนวน 1 ครั้ง 3) การตัดสินใจเลือกวิธี ปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) จำนวน 3 ครั้ง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งสามารถลดพฤติกรรมความคิดลบแบบเสี่ยงหรือแบบมีปัญหาให้อยู่ ในระดับปลอดภัยได้ แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการป้องกัน การเกิดผลกระทบ ที่รุนแรงได้ ทั้งนี้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคคิดลบให้สามารถควบคุมตนเองต่อพฤติกรรม การคิดลบนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการ ตัดสินใจให้มีความมั่นใจในการควบคุมการกระทำของตนเอง เลือกวิธีที่เหมาะสมต่อการลดหรือ เลิกคิดลบได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคคิดลบ โดยการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของ เพ็ญญา สุตาคำ และคณะ (2550) มาใช้กับผู้ป่วยโรคคิดลบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสวนปรุง ตามแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) ซึ่งเป็นการเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม ขั้นตอนในการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์ การประชุมเชิงวิชาการ โทรทัศน์ หนังสือ จดหมายข่าว และสื่อที่ไม่เป็นทางการภายในองค์กร 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น ๆ โดยที่พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานแสดงถึงทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย การชี้ให้เห็นคุณค่าและประโยชน์ 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจและยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ๆ ในการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นว่า การนำนวัตกรรมไปใช้ เป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อองค์กร 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อมหรือดัดแปลง 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมหรือตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรม

การประเมินผลโดยผู้ปฏิบัติจะเป็นผู้ประเมินประสิทธิผลนั้น เพื่อประเมินว่านวัตกรรมนั้นตอบสนองความต้องการหรือไม่ โดยให้ความหมายของประสิทธิผลครอบคลุมถึง 1) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง 2) บุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผลที่ได้จากการประเมินประสิทธิผลครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายของโรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและขยายผลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลไปสู่บุคลากรทางการพยาบาล นอกจากนี้ ยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย อีกทั้งยังสามารถนำลงสู่งานประจำแล้วทำการประเมินผลในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจของบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2553

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม หมายถึง แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสร้างขึ้นโดย เพ็ญภา สุตาคำ และคณะ (2550) ที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วยกระบวนการการสร้างพลังอำนาจ (process of empowerment) 4 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง และผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) จำนวน 1 ครั้ง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) จำนวน 1 ครั้ง 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) จำนวน 3 ครั้ง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) จำนวน 1 ครั้ง

ผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง บุคคลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ฉบับปรับปรุงเนื้อหาของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV TR) (American Psychiatric Association, 1994) ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (alcohol dependence) ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2553

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคติดสุราจากการที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม และสามารถวัดได้ ประเมินได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปแบบของระดับ ปัญหาของการดื่มสุราที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 1) กลุ่มที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (lowrisk drinking) 2) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) 3) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) และ 4) กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) ประเมิน โดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorder identification test) แปลและเรียบเรียงเป็น ภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552)

2. ความพึงพอใจ หมายถึง บุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความพึงพอใจในการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ประเมินโดย แบบประเมิน ความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ที่ผู้ศึกษา พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม