

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา มีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคติดเชื้อ
 - 1.1 ความหมายของโรคติดเชื้อ
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคติดเชื้อ
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
 - 1.4 ผลกระทบของการติดเชื้อ
2. การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
3. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลสวนปรุง
4. การเผยแพร่นวัตกรรม
5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

โรคติดเชื้อ

ความหมายของโรคติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความหมายของโรคติดเชื้อ พบว่า มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (International Classification Diseases) ให้คำจำกัดความของโรคติดเชื้อ คือ ภาวะที่ผิดปกติในกลุ่มทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิดที่เกิดจากรูปแบบในการใช้สารที่มากกว่าบุคคลปกติทั่วไป โดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึงความต้องการอย่างมากที่จะใช้สารที่เป็นสารเสพติดทางกาย ซึ่งแสดงถึงอาการขาดสารหรือทนต่อฤทธิ์สาร และไม่สามารถ

ควบคุมตนเองในการใช้สุราที่เป็นสารเสพติดทางจิตใจได้ หากมีการหยุดใช้สุรา จะหยุดได้ในระยะเวลาสั้น ๆ และจะมีการกลับไปใช้สุราซ้ำในระยะเวลาที่รวดเร็ว (World Health Organization, 2008)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2005) และสถาบันแห่งชาติในเรื่องการเฝ้าดื่มสุราและโรคพิษสุรา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003) ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะของการติดสุรา ด้านร่างกายที่ต้องมีการเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุรา หรือมีอาการแสดงของการขาดสุรา ภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังจากลดหรือหยุดดื่ม ได้แก่ อาการทนทานต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) อาการขาดสุรา (signs of withdrawal) ไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ (diminished control over drinking) และอาการทางร่างกายที่ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุรา เกิดขึ้นอย่างชัดเจนก็ตาม

บาเบอร์, ฮิงกินส์-บิดเดิล, ซาว์นเดอร์ และมอนเทียโร (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) ให้ความหมายของการติดสุราว่าเป็นกลุ่มอาการทางด้านพฤติกรรม ความคิด และการแสดงทางร่างกายที่เป็นผลมาจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ได้แก่ การมีความต้องการอย่างมากที่จะดื่มสุรา ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ ยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียตามมา ให้ความสำคัญกับการดื่มมากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่เป็นภาระหน้าที่ มีความทนทานต่อฤทธิ์ของสุรามากขึ้น และมีอาการแสดงทางกายเมื่อหยุดดื่ม

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) โรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีอาการคือหรืออาการขาดสุรา ซึ่งเกิดภายหลังจากการลดปริมาณการดื่มสุราลงเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดสุราจะเกิดกับผู้ที่ดื่มเป็นจำนวนมาก และเป็นเวลานาน เมื่อดื่มจนไม่สามารถยับยั้งใจได้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาการดื่มสุรา รวมทั้งดื่มอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า โรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราปริมาณมาก จะมีการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผล หรือฤทธิ์ของสุรา ถึงแม้จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หน้าที่การงาน และการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว หากลดหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุราเกิดขึ้น

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) และเฟาแมน (Fauman, 2002) อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) ไว้ว่า บุคคลที่มีรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม

นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ ใน 7 อาการ หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีภาวะดื้อต่อสุรา (tolerance) มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการที่จะใช้สุราเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์ของสุราเท่าเดิม
 - 1.2 ผลของสุราจะลดลงเมื่อมีการใช้ในจำนวนเท่าเดิม
2. มีภาวะถอนพิษสุรา (withdrawal) มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.1 เกิดอาการขาดสุราหลังหยุดเสพสุรา จะมีอาการต่อไปนี้ 2 อาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงจนถึง 2-3 วัน คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหรือมองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิตกกังวล ชักทั้งตัว
 - 2.2 มีการดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดสุรา
3. มีการดื่มสุราปริมาณมากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้
4. มีความอยากดื่มสุราย่อย่อย ๆ หรือควบคุมการดื่ม หรือหยุดดื่มสุราไม่ได้
5. เสียเวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสุรามาดื่ม
6. มีผลกระทบอย่างมากต่ออาชีพการงาน การศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้อื่น
7. ยังคงดื่มสุรา ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าถ้าดื่มสุราแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

มีดังนี้

1. ดื่มหนัก ดื่มติดต่อกันทุกวัน
2. หยุดดื่มไม่ได้ เคยพยายามหยุดหลายครั้ง
3. ดื่มจนลืมตัว ทำอะไรจำไม่ได้เวลาเมา (blackout)
4. ดื่มจนเสียงาน เสียการเรียน (impaired functioning)
5. ดื่มจนเสียญาติสนิทมิตรสหาย (arguments with others)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไม่ได้มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้นที่มีผลต่อการติดสุรา แต่มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการติดสุรา เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว สังคม พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetics) มีการศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ติดสุรา พบลักษณะสำคัญคือ ยีนที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (dopamine D2 receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโตนิน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอัตราการติดสุราในฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) และฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (dizygotic twins) พบว่า ฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกันมีลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราที่เหมือนกันสูงกว่า และผลของการศึกษายังพบอีกว่าร้อยละ 50-60 ของโอกาสที่จะติดสุราเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม เช่นเดียวกับ คาลาท (Kalat, 2004)

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ สาเหตุการติดสุราทางจิตใจ เกิดจากฤทธิ์ของสุราที่ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และความขมขื่นต่าง ๆ เนื่องจากสุราไปลดสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์เหล่านี้ จึงทำให้ผ่อนคลายได้ง่าย ลืมเรื่องไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ รู้สึกสนุกสนาน ช่วยคลายเหงา และลืมปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลประสบปัญหาครอบครัวยุติ ปัญหาจากการงาน ภาวะจิตใจที่อ่อนแอ จึงหันมาใช้สุราเป็นทางออกของปัญหา (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548)

1.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ พบว่า นิสัย ความสามารถในการปรับตัว ทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งได้มาจากการอบรมเลี้ยงดู และฝึกฝนตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ล้วนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การติดสุรา เนื่องจากผู้ที่ติดสุราส่วนมากมีความขัดแย้งในเรื่องการพึ่งพา และไม่พึ่งพาผู้อื่น ส่วนใหญ่จะพึ่งพาผู้อื่นสูง เมื่อประสบกับปัญหาจะปรับตัวไม่ได้ เพราะมีปัญหาในด้าน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง มีอารมณ์เศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Donald, Twardon & Shaffer อ้างใน ประวิไล ชัยยะเกิด, 2549) และมองตนเองในเชิงลบหลายด้าน เช่น ด้านสัมพันธภาพกับคนอื่น ด้านสังคม ด้านความสามารถ ด้านการงาน อาชีพ และด้านครอบครัว (ทิพาดี เอมะวรรณะ, 2547)

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

2.1 ปัจจัยด้านครอบครัว สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวมีผลต่อการติดสุรา จากการศึกษาพบว่า การที่บุคคลใกล้ชิดติดสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบ และยังพบว่าการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อทัศนคติ ค่านิยม เช่น เด็กชายจะมีแนวโน้มติดสุราตามบิดามารดามากกว่าเด็กหญิง เนื่องจากเกิดกระบวนการเรียนรู้ และซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) ปัจจัยที่ทำให้สตรีติดสุรา คือ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว ในวัยเด็ก และมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดสุรา (อวิศา จันทรแสนตอ, 2541)

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม จากนโยบายทางการเมืองของรัฐบาลที่มองสุราเป็นแหล่งรายได้ให้แก่ประเทศมากกว่ามองผลกระทบอย่างรอบด้าน ทำให้เกิดการกระตุ้นที่สำคัญ

ต่อการเร่งให้เกิดการติดสุราที่มากขึ้น เมื่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นเช่นนี้ จึงไม่แปลกที่จะเห็น การติดสุราของประชาชนในสังคมมากขึ้นทั้งผู้หญิงและผู้ชาย และอายุผู้ติดสุราก็ลดลงเรื่อย ๆ (สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) สาเหตุของการติดสุราและการเข้ารับการบำบัดรักษา ของผู้ติดสุราเกิดจากนโยบายการขายสุราเสรี ทำให้หาสุราดื่มได้ง่าย ราคาถูก แหล่งจำหน่ายก็มีมากขึ้น จึงเข้าถึงการดื่มสุราได้มากขึ้น (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) นอกจากนี้ รัฐบาลยังเก็บภาษีสุราในระดับต่ำ โดยเฉพาะสุราขาว ทำให้สุราขาวราคาถูก ประชาชนจึงนิยมดื่มและติดสุรากันมาก (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2548)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราในผู้ป่วย โรคติดสุรานั้นมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านจิตใจ และอารมณ์ และปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลนั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เป็นต้น

ผลกระทบของการติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดสุรายังส่งผลกระทบหลายประการ ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด ในสมองแตก หรืออุบัติเหตุ ทำให้เกิดปัญหาสังคม จิตใจในระยะสั้น เช่น อาชญากรรม ความรุนแรง ปัญหาการทำงาน ความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาสังคมจิตใจระยะยาว เช่น หนี้สิน สูญเสีย หน้าที่การทำงาน ครอบครัวแตกแยก จรจัดไร้ที่อยู่ (พันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552) ซึ่งสรุปผลกระทบ จากการติดสุราเป็นด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

การติดสุราในระยะยาวนาน ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 75 โรค (พิชัย แสงชาญชัย, 2544) อย่างเช่น โรคตับแข็ง มะเร็งในปาก มะเร็งกล่องเสียง (Scott, 2000) และยังส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อลาย (myopathy) คล้ายกับที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้สารน้ำในกระเพาะ มีความเป็นกรดมากขึ้น เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ และมีการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งทำให้การย่อย อาหารประเภทไขมันไม่ดี เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้ ผลต่อระบบเอนโดไครน จะทำให้เกิด ภาวะน้ำตาลเป็นพิษได้ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2541) นอกจากนี้ การติดสุราอย่างหนักทำให้เกิดสมองฝ่อ สูญเสียความจำ ซึ่งอาการที่สำคัญคือ กลุ่มอาการ เวอร์นิก คอรัซาคอฟ (wernicke-korsakoff syndrome) มีความสัมพันธ์กับการขาดวิตามินไทอามีน (thiamine) และการได้รับพิษจากสุราโดยมีอาการ ความจำเสื่อม มีความกลุ้มมากขึ้น เคนเซ ขาดสติ มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก

และเมื่อระดับของสุราสูงมาก อาจจะเสียชีวิตเนื่องจากการหายใจถูกกด นอกจากนี้สุราก็ทำให้วงจรของการนอนหลับเสีย (Donald & William, 1997)

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยโรคติดสุราส่วนใหญ่ มีความบกพร่องทางด้านการพัฒนาทางด้านจิตใจอารมณ์ อันจะนำไปสู่ปัญหาจิตใจที่สำคัญ และพบได้เสมอ คือ ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ ในตนเอง ขาดความรับผิดชอบ ไร้ที่พึ่ง บุคลิกภาพสูญเสีย เสียความหวังทั้งมวลในชีวิต (ปีทมา โลหเจริญนิช, 2533) การติดสุรายังทำให้เกิดภาวะโรคร่วมหลายโรคคือ โรคซึมเศร้า บุคลิกภาพแปรปรวน วิตกกังวล (Robert & Stuart, 1999) นอกจากนี้ ยังทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีอารมณ์ฉุนเฉียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และบุคลิกภาพผิดปกติ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) และยังเป็นสาเหตุของโรคหวาดระแวงจากพิษสุรา (alcohol paranoid) จิตหลอน (alcohol hallucination) โรคเพ้อคลั่ง (toxic psychosis or delirium tremens) และโรคกลุ่มอาการ เวนนิคคอร์ซาคอฟ (Miller, 1997)

ผลกระทบด้านครอบครัว

การติดสุราส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตในครอบครัว ทำให้ความรับผิดชอบในบทบาทของพ่อแม่ และคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาท หรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้คู่สมรส มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม บุตรมีโอกาสเสี่ยงกับอารมณ์พื้นฐานที่ผิดปกติ และ บุคลิกภาพที่ต่อต้านสังคม (Michale et al., 1996) และจากการศึกษาผลกระทบของการดื่มสุราของ มูลนิธิเพื่อนหญิง ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดสุราส่วนหนึ่งยอมรับว่า เมื่อดื่มสุรา แล้วจะมีอารมณ์รุนแรงตามมาจนยับยั้งความโกรธไม่ได้ และมักทำร้ายคนใกล้ชิดตัวมากที่สุด คือ ภรรยาและบุตร รวมถึงพูดจาคำทออันเป็นการทำร้ายกันทางวาจาด้วย นอกจากนี้ผู้ที่ติดสุรายังทำ หน้าที่บกพร่อง มีปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส (อวิศา จันทรแสนตอ, 2541)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การติดสุรา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการเกิด อุบัติเหตุบนท้องถนน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) และพบว่า ร้อยละ 70 เป็นสาเหตุของการกระทำ รุนแรงในสังคม เช่น การฆาตกรรม การทารุณกรรมเด็ก และคู่สมรส (Rossow, 2000) นอกจากนี้ผู้ที่ เป็นโรคติดสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่จะได้ สุรา มาตอบสนองความต้องการของตน การติดสุรายังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน รายได้ จากการทำงานลดลง เงินไม่พอใช้ จึงต้องเป็นหนี้ก่อความเดือดร้อนให้คนอื่นเป็นภาระสังคมในการ

ดูแลความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นลดลงจากพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ (นิพนธ์ คำล้าน, 2547)

สรุปได้ว่า การติดสุรามีผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านครอบครัวทำให้เกิดปัญหาครอบครัว และด้านสังคมเศรษฐกิจทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรม และหนี้สินตามมา

การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา เป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและเพื่อหยุดการดื่มอย่างต่อเนื่อง (Gelder & et al., 2001) เป้าหมายระยะยาว การบำบัดรักษาผู้ติดสุรานี้ ได้แก่ การหยุดดื่มสุรา การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาติชอนแก่น, 2546) รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพประกอบด้วยมาตรการหลัก 4 มาตรการ คือ (พันชันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

1. มาตรการจัดการระยะแรก (early intervention) หรือมาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ในระยะนี้เป็นการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) ให้ได้รับการแนะนำแบบสั้น (brief advice) เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการหยุดดื่มหรือดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ นอกจากนี้ยังให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสุราหรือมีปัญหการดื่มสุรารุนแรงได้รับคำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) เพื่อหยุดดื่มหรือจูงใจ (motivated) ให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม

2. มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) และโรคร่วมทางกาย เพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดสุราในผู้ติดสุรา และโรคทางกายที่พบร่วมในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการขาดสุรา และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะของการมีโรคร่วมอายุ เคยมีประวัติชักในระะถอนพิษสุรามาก่อน ประวัติการติดสุราเรื้อรัง และรุนแรง ประวัติการเพื่อเมื่อขาดสุรา (delirium tremens) และผลการตรวจทางห้องทดลอง (ส่วศิริ อัยณงค์กรชัย และ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ยาที่เหมาะสมในการรักษาภาวะขาดสุรา ได้แก่ ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ได้แก่ คลอไดอะซีปอกไซด์ (chlordiazepoxide) ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคตับหรือผู้สูงอายุ ควรใช้ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short acting) ได้แก่ ลอราซีแพม (lorazepam) เป้าหมายของการรักษา คือ ป้องกันการเกิดอาการชักและอาการสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) ป้องกัน

หรือรักษาภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายภาพและทางจิต (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546) และใช้ร่วมกับยาต้านโรคจิต (antipsychotics) หากมีอาการหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) และกระวนกระวาย (agitation) นอกจากนี้ยังให้วิตามินไทเอมีน (thiamine) ร่วมด้วย เพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการเวอร์นิคคอร์ซาคอฟ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542)

3. มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (alcohol treatment and rehabilitation) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด เลิก ดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ การรักษาในขั้นตอนนี้จำเป็นต้องเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก ถือว่าเป็นหัวใจของการรักษาที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยใช้การรักษาทางด้านจิตสังคม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้น และเป็นการรักษาให้ผู้ป่วยจัดการปัญหาด้านจิตสังคมที่เกิดตามมาหลังการติดสุรา มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกทักษะการแก้ปัญหา เรียนรู้การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (วงเดือน สุนันตา, 2552) การฟื้นฟูสมรรถภาพถือเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจช่วยให้สมองมีการฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงกับปกติ เป็นการบำบัดที่เรียกว่าจิตสังคมบำบัด (Psychosocial treatment) ซึ่งมีหลายรูปแบบ ดังนี้

1. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation enhancement therapy: MET) เป็นการบำบัดแบบย่อ ใช้เวลา 2-4 ครั้ง ที่ประกอบด้วยการประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และการใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) (NIAAA, 2003) ซึ่งได้ผลดีในผู้ที่โกรธ และผู้ที่มีความคิด ความรู้สึกต่อต้าน การรักษาในระยะแรกในการช่วยเหลือแบบรายบุคคล (individual) และรายกลุ่ม (group) ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Miller & Rollnick, 1995)

2. การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy: CBT) เป็นวิธีที่มุ่งเน้นการระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา การจัดการกับปัญหา และป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ จากผลการศึกษาพบว่า วิธีนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ติดสุราในระดับไม่รุนแรงทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก (NIAAA อ้างใน สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

3. ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ติดสุรา และครอบครัว ทำให้ผู้ติดสุราไม่กำลังใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) โดยเปลี่ยนแปลงความคิดให้คิดในเชิงบวก ไม่ตำหนิซึ่งกันและกัน

สอนทักษะต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร ทำข้อตกลงเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ให้แรงเสริมทางบวก เมื่อมีพฤติกรรมที่ดี (อัญชลี ดำรงไชย, 2549)

4. พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ปัจจุบัน มุ่งแก้ไข พฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเฉพาะให้มีส่วนร่วมเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด และยึดกระบวนการใช้เหตุผล ในการแก้ปัญหา เทคนิคที่นิยมใช้ เช่น การฝึกหายใจ การฝึกผ่อนคลาย ฝึกลดความไวต่อสิ่งเร้า ฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การวางเงื่อนไขเพื่อปรับพฤติกรรม แนวทางการรักษา คือให้ผู้ป่วย เขียนรายการใช้สาร สร้างแรงจูงใจในการรักษา ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ไปใช้สารและแนะนำวิธีแก้ไข เมื่อมีอาการอยากเสพให้หายใจรดข้อมือ ดึงหนังยางรัดข้อมือเพื่อเตือนตัวเองในผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม ผู้ติดสุรานิรนาม ให้รางวัลหรือคำชมเชยเมื่อหยุดดื่มสุรา พฤติกรรมบำบัดใช้ได้ผลดีทั้งโรคทางจิตเวช อื่น ๆ และการติดสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

5. จิตบำบัด (psychodynamic psychotherapy) เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหหรือ ความผิดปกติทางจิตโดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจา และสร้างความสัมพันธ์เชิงรักษาระหว่างผู้บำบัดและ ผู้มารับการรักษา มีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มีทั้งจิตบำบัด รายบุคคลและจิตบำบัดแบบกลุ่ม ผลของการรักษาด้วยจิตบำบัดได้ผลดีกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ ไม่ได้รับการรักษา (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545)

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสร้างโดย เพ็ญภา สุตาคำ และคณะ (2550) ที่ประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การพิจารณาและไตร่ตรอง สถานการณ์ ที่เกิดขึ้น (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) มาผสมผสานกับแนวคิดกระบวนการกลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ได้รับการ สนับสนุนจากบุคคลอื่น ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเชื่อได้ว่าจะทำให้ผู้ป่วย โรคติดสุราเกิดการรับรู้ผลเสียของการดื่มสุรา ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง สร้างความรู้สึกมั่นคง เกิดความหวัง ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรารัตนา นุบผา, 2551)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีการศึกษาโปรแกรมหลากหลาย ที่ทำให้ บุคคล ลด ละ เลิก ดื่มสุรา และโปรแกรมที่ได้รับการศึกษาวิจัย และได้นำไปทดลองใช้แล้วได้ผล ดังนี้

1. โปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาของ วรารวรรณ ยศธรรมเสนี (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตสุรา พบว่า การใช้การควบคุมตนเองสามารถทำให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงได้

2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม

จากการศึกษาของ ศรีไพร โพธา (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม สามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้

3. การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วม

จากการศึกษาของ สายชล ยุกตพันธ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตสุรา พบว่า การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยญาติมีส่วนร่วมสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตสุราได้

4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

จากการศึกษาของ เพ็ญภา สุตาคำ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้

5. การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม

จากการศึกษาของ ดอกรัก พิทาคำ (2549) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีโปรแกรมหลากหลายที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการเตรียมผู้ป่วยโรคจิตสุราก่อนจำหน่าย และช่วยป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำโดยเฉพาะโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพ็ญภา สุตาคำ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้ ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แบบกลุ่มน่าจะเป็นทางเลือกในการนำมาใช้เตรียมผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนกลับบ้าน จึงได้มีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุราในครั้งนี้

4. มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (after care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา การรักษาเน้นให้การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดื่ม และเลิกดื่มได้อย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง การบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ได้แก่ การสนับสนุนให้จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน (self-help group) คือ กลุ่มของผู้ติดสุรานิรนาม (alcoholics anonymous) เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันให้หยุดเสพยาได้ เป็นกลุ่มองค์กรอิสระ ที่ช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวของผู้ติดสุรา ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกแก้ปัญหาการติดสุราโดยใช้วิธีการของกลุ่มจิตบำบัด ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว การทำกลุ่มบำบัดจะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรายอมรับมากขึ้น และเรียนรู้ว่าการติดสุราเป็นปัญหาสังคมมากกว่าปัญหาส่วนตัวอย่างเดียว (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดสุรานั้น มีหลายรูปแบบ ทั้งการรักษาทางชีวภาพ และ การรักษาทางจิตสังคม จะต้องมีการผสมผสานกันไป ซึ่งโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีมาตรการการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา มาตรการที่ 1-3 ซึ่งมาตรการที่ 3 มีความจำเป็นมากที่จะจัดการกับการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุราซึ่งเป็นการจัดการกับทางเลือกเพื่อช่วยเตรียมผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนกลับบ้านได้

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง

โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 700 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจ ศึกษา วิจัย พัฒนาวิชาการ บำบัดส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสมรรถภาพ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตจากสุราด้วยการบริหารจัดการที่ดี ดังนั้นโรงพยาบาลสวนปรุงจึงมีแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราตามรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ประกอบด้วยมาตรฐานหลัก 4 มาตรฐาน คือ

มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) หรือมาตรการจัดการระยะแรก (early intervention) เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ในระยะนี้เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จะได้รับการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งกลุ่ม

ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorder identification test) หลังจากนั้นจะได้รับการแนะนำแบบสั้น (brief advice) เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการหยุดดื่มหรือดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ นอกจากนี้ยังให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสุราหรือมีปัญหาการดื่มสุรารุนแรงได้รับคำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) เพื่อหยุดดื่มหรือจูงใจ (motivated) ให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม

มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) และโรคร่วมทางกาย ในระยะนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในแล้ว จะได้รับการประเมินภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version [CIWA]) และให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง (cinical guideline of management in psychiatric hospital) เพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดสุราในผู้ติดสุรา และโรคทางกายที่พบร่วมในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (alcohol treatment and rehabilitation) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด เลิก ดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ในระยะนี้เมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราพ้นระยะถอนพิษสุราจะได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยใช้การรักษาทางด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้น ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (support psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา (psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation enhancement therapy: MET) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (after care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา การรักษาเน้นให้การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดื่ม และเลิกดื่มได้อย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง การบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราในระยะนี้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วจะมีการส่งต่อเพื่อรับยาต่อเนื่องโรงพยาบาลใกล้บ้าน และมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน (self-help group) คือ กลุ่มของผู้ติดสุรานิรนาม (alcoholics anonymous) เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มสุราได้ เป็นกลุ่มองค์กรอิสระที่ช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยโรคติดสุราและครอบครัวของผู้ติดสุรา ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกแก้ปัญหาการติดสุราโดยใช้วิธีการของกลุ่มจิตบำบัดช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยว การทำกลุ่มบำบัด

จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราชอบรับมากขึ้น และเรียนรู้ว่าการติดสุราเป็นปัญหาลังคมมากกว่าปัญหาส่วนตัวอย่างเดียว (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการดำเนินงานตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ก็ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเห็นได้จากสถิติของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงระบบผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (F10.2) ในปี พ.ศ.2550-2552 มีจำนวน 2,194, 3,011 และ 3,468 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.29, 34.71, และ 39.98 ตามลำดับ และเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน ปี 2550-2552 มีจำนวน 629, 1,053 และ 1,426 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.23, 33.88 และ 45.88 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

ดังนั้น โรงพยาบาลสวนปรุงจึงเน้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราตามรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพตามมาตรฐาน คือ มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) หรือมาตรการจัดการระยะแรก (early intervention) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) และมาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (alcohol treatment and rehabilitation) โดยเฉพาะมาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (alcohol treatment and rehabilitation) ซึ่งได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งเป็นการจัดการกับทางเลือกเพื่อช่วยเตรียมผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนกลับบ้านได้

การเผยแพร่นวัตกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่ามีโปรแกรมหลากหลายที่ช่วยให้บุคคล ลด ละ เลิก ดื่มสุราและโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่ได้รับการศึกษาวิจัยและได้นำไปทดลองใช้แล้วได้ผล ดังนั้นการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ของเพ็ญภา สุตาคำ (2550) โดยใช้การเผยแพร่วัตกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นรูปแบบการใช้ผลการวิจัยที่มาจากทฤษฎีการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์ (Roger cited in Burns & Grove, 2005) ซึ่งการเผยแพร่วัตกรรม หมายถึง กระบวนการในการถ่ายทอดความคิด การปฏิบัติ ข่าวดาร หรือพฤติกรรมไปสู่ที่ต่าง ๆ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไปสู่กลุ่มบุคคลอื่นโดยกว้างขวางจนเป็นผลให้เกิดการยอมรับความคิดและการปฏิบัติ

เหล่านั้น อันมีผลต่อโครงสร้างและวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในที่สุด (Rogers, 2003) ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการต่าง ๆ เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงวิชาการ โทรทัศน์ หนังสือ จดหมายข่าว และการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการภายในองค์กร จากพยาบาลไปสู่บุคคลอื่นที่มีประสิทธิภาพในการขยายการเรียนรู้ งานวิจัยต่าง ๆ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักในงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น ๆ

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติที่เกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณค่า ประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น ๆ โดยที่พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงาน แสดงถึงทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย การชี้ให้เห็นคุณค่า ประโยชน์ของงานวิจัยที่จะมาใช้ในองค์กร และมโนคติประกอบของการยอมรับในด้านประโยชน์ของงานวิจัยที่นำมาใช้ ความยากง่ายในการใช้ การใช้ร่วมกันได้ไม่ซับซ้อน รวมถึงความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในองค์กร

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจและยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ๆ ในการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นว่า การนำนวัตกรรมไปใช้ เป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ส่วนการปฏิเสธนั้นเป็นการไม่ยอมรับนวัตกรรม อาจเป็นเพราะนวัตกรรมนั้นไม่เป็นที่ต้องการของผู้ปฏิบัติ หรือผู้ปฏิบัติยังไม่ตระหนักในความสำคัญของนวัตกรรม

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลงซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) หมายถึง การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติโดยไม่มีการดัดแปลง หรือเปลี่ยนแปลงขั้นตอนในการปฏิบัติเลย พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้โดยตรง

4.2 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) หมายถึง การที่ความรู้ที่ได้จากการวิจัย หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ทำให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับนวัตกรรม จึงมีการนำผลงานวิจัยหรือนำนวัตกรรมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานเพิ่มมากขึ้น

4.3 การดัดแปลงและสร้างขึ้นใหม่ (reinvention) การที่ผู้ปฏิบัติได้มีการดัดแปลงความรู้จากงานวิจัยหรือนวัตกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานของตน เพื่อให้เข้ากับสภาพการปฏิบัติงานของตน

5. ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมหรือตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้วัตตกรรมนั้น เป็นการประเมินผลโดยผู้ปฏิบัติจะเป็นผู้ประเมินประสิทธิผลนั้น เพื่อประเมินว่าวัตตกรรมนั้นตอบสนองความต้องการหรือไม่ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้วัตตกรรมในการวิจัยครั้งนี้

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละระยะ เมื่อนำมาใช้ในการประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตตสุรามีความรู้ลึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเอง จะต้องผ่านกระบวนการพิจารณาทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจเลือก แล้วจึงตั้งเป้าหมาย และวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุมและประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ดังนี้ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง (discovering reality) ในขั้นตอนนี้ ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงได้ค้นหาสาเหตุของการดื่มสุราของตนเองยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบไปด้วยด้านสติปัญญา ความคิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรม ในระยะเวลาก่อนดื่ม ขณะดื่ม และหลังจากการดื่มสุรา ทั้งด้านบวกและด้านลบของแต่ละด้าน รวมถึงเข้าใจการเรียนรู้เกี่ยวกับความหมายพฤติกรรมการดื่ม สาเหตุ และผลกระทบจากการดื่มสุรา 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) ขั้นตอนนี้ ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงได้สะท้อนคิดและตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มสุราของตนเอง ในระยะเวลาที่ผ่านไปได้แสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนความสามารถในการสะท้อนคิดของตนเอง (จากสมาชิกในกลุ่มและผู้ศึกษา) ได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุของการดื่มสุราของตนเองว่าเกิดจากสาเหตุปัจจัยใดที่จะพัฒนาเป็นพลังอำนาจ ซึ่งจะให้สมาชิกเผชิญกับสถานการณ์จริงได้ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีที่ปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) ในขั้นตอนนี้ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงจะตัดสินใจว่าจะเลือกวิธีใดจึงจะเหมาะสมกับตนเองในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ที่ดื่มสุราได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการและขั้นตอนการปฏิบัติได้ฝึกทักษะการปฏิบัติ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอแนะวิธีการที่เหมาะสม ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอด้วยคุณค่าของตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณภาพ (holding on) ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นผลจากการที่ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงมีความตระหนักในความเข้มแข็ง มีความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการปรับเปลี่ยนตนเอง พยายามคงอยู่ได้ด้วยตนเองและมีพลังอำนาจ มีการเรียนรู้การจัดการกับอารมณ์ แม้ว่าสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปจะรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมทางลบ

ที่จะนำไปสู่การดื่มสุราที่มีความมั่นใจที่จะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนเองเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การบวนการพลังอำนาจนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นวงจรอยู่ตลอดเวลา (Gibson, 1993)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้สำหรับสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคคล รวมถึงการสร้างพลังอำนาจในตนเองเพื่อให้มองเห็นถึงสมรรถนะตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ (อารีชัยวรรณ อ่วมตานี, 2543) ในการอธิบายถึงความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปตามบริบทที่นำไปใช้หรือเรื่องที่ศึกษา โดยทั่วไปมีนักวิชาการที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

มิลเลอร์ (Miller อ้างใน คาร์นี จามจุรี, 2545) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล ซึ่งแหล่งพลังอำนาจประกอบด้วย ความรู้ พลังงาน แรงจูงใจ ระบบความเชื่อ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความอดทนทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม

รีดเวลล์ (Rodwell, 1996) ได้สรุปแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการช่วยสร้างเสริมให้บุคคลมีทักษะการปรับตัวต่อสถานการณ์ โดยบุคคลได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองมีส่วนร่วมและโอกาสในการเลือกที่จะกระทำและตัดสินใจแบบอิสระด้วยตนเองภายใต้แหล่งประโยชน์

ซิมมอนส์ และพาร์สัน (Simmon & Parson as cited in Gibson, 1991) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเสริมสร้างให้บุคคลสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมและประสบผลสำเร็จในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่เป็นลักษณะภายในของบุคคล การแสดงออกของบุคคล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่มีผลกระทบต่อบุคคล

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงกระบวนการทางสังคม การยอมรับ การส่งเสริม และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงความต้องการของตนเอง สามารถหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้

โดยสรุป ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ หรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้มีความมั่นใจ และรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง สามารถตัดสินใจ ควบคุมการกระทำ และมีอำนาจในการเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ บรรลุผลสำเร็จ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เน้นให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางบวก โดยการเพิ่มคุณค่าแห่งตน ความสามารถของตนในการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคลเพื่อมุ่งสู่การแก้ปัญหา (อารีวรรณ อ่วมตานี, 2543)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) เป็นแนวคิดแบบพลวัต (dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ผู้รับบริการ พยาบาล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล

1. ผู้รับบริการ เป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาล เพื่อสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (self-determination) มีสมรรถนะในตน (self-efficacy) ควบคุมตนเองได้ (self of control) มีแรงจูงใจ (motivation) ได้เรียนรู้ (Learning) มีการพัฒนา (growth) เป็นตัวของตัวเอง (sense of mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (improved quality of life) มีสุขภาพที่ดีขึ้น (better health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินใจ (sense of social justice)

2. ผู้ให้การพยาบาลหรือพยาบาล จะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการโดยเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) ผู้สนับสนุน (support) ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ผู้สอน (educator) ผู้ให้คำปรึกษาด้านแหล่งประโยชน์ (resource consultant) ผู้ใช้แหล่งประโยชน์ (resource mobilizer) ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (facilitator) ผู้ส่งเสริม (enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ (advocate)

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีความไว้วางใจกัน (trust) เห็นใจกัน (empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participatory decision-making) ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (collaboration) ต่อสู้กับอุปสรรค (overcoming organization barriers) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (organizing) มีการต่อรอง (lobbying) และมีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (legitimacy)

นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวจะเป็นส่วนสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการแล้ว กิบสันได้กล่าวไว้ว่าพยาบาลต้องมีพื้นฐานที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการ โดยมีความเชื่อดังนี้

1. บุคคลจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ถึงแม้ว่าทีมผู้ดูแลสุขภาพจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก็ตาม
2. บุคคลจะต้องเคารพความสามารถของตนในการตัดสินใจที่จะเลือกการกระทำด้วยตนเอง
3. ทีมผู้ดูแลสุขภาพไม่สามารถสร้างพลังอำนาจให้บุคคลได้ แต่สามารถช่วยให้บุคคลสร้างสุขภาพที่ดี และสนับสนุนแหล่งประโยชน์เพื่อให้บุคคลควบคุมและเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง
4. ทีมผู้ดูแลสุขภาพตระหนักในคุณค่าของผู้รับบริการ ยอมรับให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
5. กระบวนการสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ เจ้าหน้าที่ต้องยอมรับและเคารพในความเห็นแก่ตัวของผู้รับบริการ
6. ต้องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลจะช่วยให้บุคคลมีพลังอำนาจในการจัดการกับชีวิตของตน กิบสัน (Gibson, 1991) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความรักและความผูกพัน ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมายในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดาร์นี จามจรี (2545) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ได้แก่ แรงจูงใจ ความหวัง การได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังทางระบบประสาทจำนวน 12 ราย ในปี ค.ศ.1992 จากผลการวิจัย กิบสัน (Gibson) ได้สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน (Gibson, 1993) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) เป็นผู้รับรู้ทำความเข้าใจ และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง จะมีการตอบสนองใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) เมื่อบุคคลประสบกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือได้รับคำยืนยันจากบุคลากรสุขภาพว่า มีความผิดปกติ หรือ เจ็บป่วย จะเกิดความรู้สึกตกใจ ช็อค สับสน ต่อต้าน วิดกกังวล กลัว และโกรธ เนื่องจากการไม่ยอมรับไม่เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพเป็นจริงได้ และสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต นำไปสู่ความคิดด้านลบ ที่มองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาว ว่าไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทำให้เกิดความเศร้า และเสียใจ หากแต่บุคคลมีการยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะแรกได้ โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสดีขึ้น ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา จะช่วยให้มีกำลังใจที่จะค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิดรู้ (cognitive responses) จากการที่บุคคลรู้สึกไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจในช่วงระยะนี้ บุคคลเริ่มจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบ ๆ จากแหล่งต่าง ๆ ภายนอกเท่าที่จะทำได้ เช่น จากหนังสือ ตำรา จุลสาร แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นที่มีสถานการณ์คล้ายกับตนเอง ซึ่งในระยะนี้บุคคลเชื่อว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นไปตามสภาพการจริง และบุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และมีความเชื่อมั่นเกิดความไว้วางใจ และคาดหวังต่อทีมสุขภาพที่ให้ความช่วยเหลือต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) เมื่อเริ่มแรกบุคคลจะเกิดความไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจ เพราะไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์นั้น ๆ แต่เมื่อรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง จึงเกิดการยอมรับในปัญหาและมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี ทำความเข้าใจกับปัญหา จนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาแก้ปัญหา ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือบุคลากรสุขภาพ จนในที่สุดเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการตระหนักถึงสถานการณ์ เกิดความเข้าใจ ทำให้มองเห็นสถานการณ์ของตนอย่างเหมาะสม การที่บุคคลใช้ความคิดด้านบวก การสะท้อนคิด จะนำไปสู่ขั้นตอน การหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมาย เพื่อตัดสินใจที่จะกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดตามความเชื่อ ค่านิยม ส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เกิดการพัฒนาความรู้สึกถึงพลังอำนาจ ความสามารถในตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้จะทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) เมื่อบุคคลได้ตระหนักถึงจุดแข็ง และมั่นใจในการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จะนำมาสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตามสถานการณ์ต่าง ๆ และลงมือปฏิบัติในขั้นตอนนี้ การตัดสินใจเลือก

วิธีการปฏิบัติที่บุคคลคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เรียนรู้ถึงวิธีแก้ปัญหา การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ เรียนรู้ที่จะเรียกร้องตามสิทธิ การต่อรองที่จะได้รับการใส่ใจของทีมสุขภาพ และมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่เป็นผลมาจากบุคคลได้ตระหนักถึงจุดแข็ง และรับรู้ถึงความสามารถ มีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ บุคคลจะยังคงปฏิบัติและควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะนี้ ถึงแม้ว่าบุคคลจะยังมีความรู้สึกผิดหวัง ไม่สบายใจ กับข้อใจ แต่เมื่อตนเองรับรู้ถึงสมรรถนะความสามารถ เมื่อเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จจะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการแก้ปัญหานั้นต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการดิ้นรนของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวคิดแบบพลวัต (dynamic concepts) ที่มีการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนาความสามารถในด้านความคิด การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ การตัดสินใจ รวมถึงการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่ามาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดิ้นรนของผู้ป่วยโรคจิตสุรา โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคจิตสุราให้มีความรู้สึกถึงความสามารถในด้านความคิด การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ การตัดสินใจ รวมถึงการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หลักสำคัญต้องให้ผู้ป่วยโรคจิตสุรารับรู้ถึงภาวะไร้พลังอำนาจ (powerlessness) ของตนเองที่เป็นสาเหตุ ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดิ้นรนได้ก่อน ซึ่งภาวะไร้พลังอำนาจเป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคจิตสุราเชื่อว่าตนเองขาดการควบคุมตนเอง หรือเหตุการณ์นั้น ๆ นำไปสู่ความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า และความนับถือตนเองต่ำลง ที่เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (hopelessness) (คาร์นิ จามจูรี, 2545) การค้นหาสถานะความเป็นจริงของผู้ป่วยโรคจิตสุราทั้งในด้านอารมณ์ การคิดรู้ และพฤติกรรม มีการสะท้อนความคิดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตสุรายอมรับในปัญหาที่เกิดจากการดิ้นรน หาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และผู้ป่วยโรคจิตสุราจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองโดยมีบุคคลที่สนับสนุน เช่น ญาติให้กำลังใจ พยาบาลให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่งผู้ป่วยโรคจิตสุรามีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มเป็นทางเลือกหนึ่งของวิธีฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตสุราให้มีพลังอำนาจ สามารถควบคุม

ตนเอง จัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ โดยเกิดผลลัพธ์จากการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่ดีขึ้นได้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสร้างโดยเพ็ญภา สุตาคำและคณะ (2550) ที่ประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรารับรู้ทำความเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสถานภาพที่เป็นจริงและตระหนักถึงสาเหตุที่เกิดจากการดื่มสุราว่าสถานการณ์ใดบ้างที่ตนเองจะต้องดื่มสุรา ทั้งก่อนที่จะดื่ม ขณะที่ดื่มและหลังการดื่มนั้น มีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างไร แตกต่างจากไม่ดื่มอย่างไร เปรียบเทียบผลทั้งด้านลบและด้านบวก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา เกิดการยอมรับปัญหาว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา ต้องระวัง และควบคุมเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า หากบุคคลรับรู้ และทำความเข้าใจกับสถานการณ์ตามจริงโดยยอมรับปัญหา ในที่สุดจะทำให้ตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไปว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง (Gibson, 1993)

2) การพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (critical reflection) จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราได้แสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะเป็นแรงขับที่เพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิดของบุคคล ที่พัฒนาไปเป็นพลังอำนาจที่จะช่วยให้สมาชิกเผชิญกับสถานการณ์จริงได้ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนนี้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าปัญหาของตนเองมีหนทางแก้ไข คิดอยากจะปรับเปลี่ยนตนเอง และคิดจะหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมวางแผนตั้งเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) กล่าวไว้ว่า การตระหนักถึงสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจ ทำให้มองเห็นสถานการณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม การที่บุคคลใช้ความคิดด้านบวก การสะท้อนคิดนำไปสู่ขั้นตอน การหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมมีการตั้งเป้าหมาย เพื่อตัดสินใจที่จะกระทำในสิ่งที่ดีที่สุด ตามความเชื่อ ค่านิยม ส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เกิดการพัฒนาความรู้สึกถึงพลังอำนาจความสามารถในตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น และการสะท้อนคิด เป็นการทบทวนเหตุการณ์ ทำให้เกิดมุมมองใหม่ เพื่อแสวงหาทางเลือกในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้บุคคลรับรู้และรู้สึกว่าควบคุมตนเองได้

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) การที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อจะตัดสินใจว่าจะเลือกวิธีใดที่เหมาะสมกับตนเองอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น และมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอด้วยคุณค่าของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) ที่กล่าวไว้ว่า การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่บุคคลคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เรียนรู้ถึงวิธีแก้ปัญหา บุคคลได้ตระหนักถึงจุดแข็ง และมั่นใจในการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จะนำมาสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตามสถานการณ์ต่าง ๆ และลงมือปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีประสิทธิภาพ

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เมื่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีความมุ่งมั่นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเชื่อได้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเกิดการรับรู้ผลเสียของการดื่มสุรา ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง สร้างความรู้สึกมั่นคง เกิดความหวัง ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรางคณา นุบผา, 2551)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสร้างโดยเพ็ญญา สุตาคำและคณะ (2550) ที่ประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

จากสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม โดยทำให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันโดยมีความไว้วางใจกัน (trust) เห็นใจกัน (empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participatory decision-making) ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (collaboration) ต่อสู้กับอุปสรรค (overcoming organization barriers) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (organizing) มีการต่อรอง (lobbying) และมีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (legitimacy) จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนแรกของการนำเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในขั้นตอนต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นพบสถานการณ์จริง

ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราระหว่างสมาชิกกลุ่มในประเด็นความหมายของสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา สาเหตุการดื่มสุรา และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยเปิดประเด็นซักถามและกระตุ้นความรู้สึกสมาชิกกลุ่มว่ามี

ความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับก่อนการดื่มสุรา ขณะดื่มสุรา และหลังการดื่มสุรา เปรียบเทียบความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราได้ค้นหาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองตรงตามสภาพจริง จากการค้นพบสถานการณ์ดังกล่าว วรางคณา บุปผา (2551) กล่าวว่าไว้ว่าเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรารับรู้ ทำความเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตระหนักถึงสาเหตุที่เกิดจากการดื่มสุราว่าสถานการณ์ใดบ้างที่ตนเองจะต้องดื่มสุรา ทั้งก่อนที่จะดื่ม ขณะดื่มและหลังการดื่มนั้น มีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างไร แตกต่างจากไม่ดื่มอย่างไร เปรียบเทียบผลทั้งด้านลบและด้านบวก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา เกิดการยอมรับปัญหาว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา ต้องระวังและควบคุมเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า หากบุคคลรับรู้ และทำความเข้าใจกับสถานการณ์ตามจริง โดยยอมรับปัญหา ในที่สุดจะทำให้ตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไปว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง (Gibson, 1993)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสาเหตุที่ไปดื่มสุรา ที่ผ่านมาและให้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น โดยให้วิเคราะห์สาเหตุในการดื่มสุราที่ผ่านมา ให้สมาชิกหลักดาจินนาการถึงชีวิตของแต่ละคนที่ผ่านมารวมถึงประสบการณ์ชีวิต และให้สมาชิกทุกคนถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตของตนเองในจินตนาการ โดยให้เล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดื่มสุรา ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ความสุข ความทุกข์ และช่วงชีวิตที่ทำให้หักเหมาดื่มสุรา รวมถึงเป้าหมายในชีวิตที่ตนคาดหวังไว้ จากการสะท้อนคิดถึงผลกระทบจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดการรับรู้และไตร่ตรองถึงปัญหาตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มสุราในระยะเวลาที่ผ่านมา จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราได้แสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนความสามารถในการสะท้อนคิดของบุคคล ที่พัฒนาไปเป็นพลังอำนาจที่จะช่วยให้สมาชิกเผชิญกับสถานการณ์จริงได้ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนนี้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่กำลังใจ รู้สึกว่าปัญหาของตนเองมีหนทางแก้ไข คิดอยากจะปรับเปลี่ยนตนเอง และคิดจะหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมวางแผนตั้งเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) กล่าวว่าไว้ว่า การตระหนักถึงสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจ ทำให้มองเห็นสถานการณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม การที่บุคคลใช้ความคิดด้านบวก การสะท้อนคิด นำไปสู่ขั้นตอน การหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมมีการตั้งเป้าหมายเพื่อตัดสินใจที่จะกระทำในสิ่งที่ดีที่สุด ตามความเชื่อ ค่านิยม ส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เกิดการพัฒนา

ความรู้สึกถึงพลังอำนาจ ความสามารถในการตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น และการสะท้อนคิดเป็นการทบทวนเหตุการณ์ ทำให้เกิดมุมมองใหม่ เพื่อแสวงหาทางเลือกในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้บุคคลรับรู้และรู้สึกว่าควบคุมตนเองได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ โดยเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิเสธการดื่ม เมื่อประสบกับเหตุการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า การที่สมาชิกกลุ่มจะตัดสินใจว่าจะเลือกวิธีใดที่จะเหมาะสมกับตนเองอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น และมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอด้วยคุณค่าของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่กล่าวไว้ว่า การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่บุคคลคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เรียนรู้ถึงวิธีแก้ปัญหา บุคคลได้ตระหนักถึงจุดแข็ง และมั่นใจในการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จะนำมาสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตามสถานการณ์ต่าง ๆ และลงมือปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 5 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงจุดแข็งและรับรู้ถึงความสามารถ มีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ บุคคลจะยังคงปฏิบัติและควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะนี้ ถึงแม้ว่าบุคคลจะยังมีความรู้สึกผิดหวัง ไม่สบายใจ คับข้องใจ แต่เมื่อตนเองรับรู้ถึงสมรรถนะความสามารถ เมื่อเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จจะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการแก้ปัญหานั้นต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (ต่อ)

ระยะนี้เป็นระยะที่ทำให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสมาชิกกลุ่มมีความมุ่งมั่นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเชื่อได้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดการรับรู้ผลเสียของการดื่มสุรา ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง สร้างความรู้สึกมั่นคง เกิดความหวัง ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ และมีความคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วารงคณา นุบผา, 2551)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลสวนปรุงจะมีวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อหลากหลายวิธี จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และพบว่า มีโปรแกรมหลากหลาย ที่ช่วยให้บุคคล ลด ละ เลิก ดื่มสุรา และมีโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่ได้รับการศึกษาวิจัย และได้นำไปทดลองใช้แล้วได้ผล ดังนั้นจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสร้างขึ้นโดย เพ็ญภา สุตาคำ และคณะ (2550) มาใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) และ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล ทั้งนี้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนาความสามารถในด้านความคิด การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ การตัดสินใจ รวมถึงการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อสามารถลด ละ เลิกสุราได้ และเป็นการเตรียมผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ก่อนกลับบ้าน เพื่อจะสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุราเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำต่อไป