

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกจัดให้แอลกอฮอล์เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะแอลกอฮอล์มีลักษณะเดียวกับสิ่งเสพติดอื่น ๆ เนื่องจากถ้ามีการเสพติดแล้วต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในปัจจุบันแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ใช้กันแพร่หลายในสังคม เป็นสารเสพติดที่เป็นปัญหาทางสุขภาพและสังคม เพราะการดื่มแอลกอฮอล์เกินควรเป็นสาเหตุของการตายและความพิการ ซึ่งร้อยละ 4 ของการตายและความพิการทั่วโลกเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมากกว่าการตายและความพิการจากยาเสพติดอื่นถึง 10 เท่า (World Health Organization [WHO], 2002)

การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย นับได้ว่ามีปริมาณสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยมีปริมาณการดื่มเพิ่มจาก 110.6 ลิตร ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 125.5 ลิตร ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2544 และในปี พ.ศ. 2548 ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นถึง 10,000 ล้านลิตรต่อปี และคนไทยจ่ายเงินเพื่อซื้อแอลกอฮอล์ถึง 187,000 ล้านบาทต่อปี (กรมสรรพสามิต, 2548) โดยกลุ่มผู้ดื่มมากกว่าร้อยละ 50 เป็นวัยทำงาน มีอายุอยู่ในช่วง 25-44 ปี และในจำนวนนี้ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์มีพฤติกรรมการดื่มบ่อยจนเกิดอันตรายขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) และข้อมูลที่ได้จากกรมสรรพสามิตพบว่าโรงงานผลิตเบียร์ปี พ.ศ. 2535 มีจำนวน 2 โรง ต่อมาเพิ่มเป็น 18 โรงในปี พ.ศ. 2542 และรัฐบาลเก็บภาษีได้จากอุตสาหกรรมสุรา 7.8 พันล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 เป็น 3 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2547 (กรมสรรพสามิต, 2548) แสดงให้เห็นว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น

นอกจากนี้จากการรวบรวมสถิติผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยพบว่า ในภาวะปกติบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการ “เมาแล้วขับ” ร้อยละ 26 และเพิ่มเป็นร้อยละ 60-65 ในช่วงเทศกาล (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2546) และสำรวจพบว่าอุบัติเหตุขนส่ง ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภทที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จาก 40.2% เพิ่มมาเป็น 45.2% ในปี พ.ศ. 2547 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549)

ในปัจจุบันปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เริ่มขยายตัวในชุมชนไทย เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ แต่ในรายที่ดื่มมากเกินไปก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น

เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ ตับแข็ง สมองเลื้อม และ สุขภาพจิต เช่น การเกิดโรคซึมเศร้า มีอาการทางจิต เป็นต้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันแรกที่มีความสำคัญในการหล่อหลอมพฤติกรรมต่าง ๆ แต่เมื่อมีบุคคลในครอบครัวติดแอลกอฮอล์ ก็จะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ทะเลาะวิวาท อาชญากรรม อุบัติเหตุ ปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกติดแอลกอฮอล์ พบว่าการติดแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆภายในครอบครัวอย่างเรื้อรัง และสร้างความยุ่งยากใจให้กับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นภรรยาหรือคู่ชีวิตของผู้ติดแอลกอฮอล์เอง (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546) และจากการวิจัยของมูลนิธิเพื่อนหญิง (2546) พบว่าครอบครัวสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิก ในครอบครัวเฉลี่ยประมาณ วันละ 100-300 บาท ซึ่งเมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ดื่มขั้นต่ำประมาณ 13 ล้านคน และในอัตราความถี่ของการดื่มประมาณสัปดาห์ละครั้ง พบว่าคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดื่มประมาณ 4.68 หมื่นล้านบาทต่อปี ซึ่งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (กรมการแพทย์, 2538 ค) ได้ศึกษาปัญหาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุซับซ้อนที่มาเสริมแรงให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อชัดเจนรุนแรงขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร การเปลี่ยนชุมชนชนบทสู่ชุมชนเมือง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การอดอาหาร ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การติดสารเสพติด และพฤติกรรมความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งจะเห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาระดับประเทศ และก่อให้เกิดโรคที่มีอัตราการตายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคชัก และโรคตับ เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคล มาจากหลายสาเหตุ เช่น การติดใจรสชาติ ความเชื่อที่ผิดจากการถูกชักชวน หรือเกิดจากการหลงผิด เช่น ดื่มเพื่อเสริมสมรรถภาพทางร่างกายและเพื่อเจริญอาหาร การป้องกันโรคหรือรักษาโรคได้ ลดความเครียด ความกลัดกลุ้มใจ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2547, หน้า 4) ซึ่งสัมพันธ์กับที่ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา (2548) ได้สรุปไว้ว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ลดความวิตกกังวลตึงเครียดและไม่สบายใจ เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปลดสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เหล่านั้นและพบว่าแอลกอฮอล์เมื่อสลายตัวจะเกิดสารอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมองโดยทำให้เกิดการติดยา และเกิดภาวะการทนยา เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (อ้างในพิชัย แสงชาญชัย, 2548) จำแนกผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการบำบัดได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ดื่มหรือดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low Risk Drinking) ได้แก่ บุคคลที่มีการดื่มเป็นครั้งคราวเวลาเข้าสังคม ซึ่งการบำบัดเน้นการให้คำแนะนำ แบบสั้นถึงโทษของแอลกอฮอล์

2. กลุ่มผู้ดื่มที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามมา (Alcoholic Abuse) ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การขาดงาน รวมทั้งปัญหาครอบครัว แต่ยังไม่มียาเสพติดติดแอลกอฮอล์ ซึ่งการบำบัดจะใช้วิธีการให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3. กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ได้แก่ บุคคลที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากจนเกิดการติด มีอาการลงแดงเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง ซึ่งในการบำบัดรักษานั้นต้องใช้กระบวนการบำบัดแบบผู้ป่วยในโดยต้องใช้ยาร่วมด้วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยให้คำปรึกษาและบำบัดยาเสพติด มีหน้าที่โดยตรงในการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดื่มที่ประสบปัญหาตามมา ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมาเกี่ยวกับผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ได้ให้บริการคลินิกบำบัดแอลกอฮอล์ ในรูปแบบการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลิกแอลกอฮอล์ โดยการนัดให้คำปรึกษา ในลักษณะการพูดคุยให้คำปรึกษาเบื้องต้น และใช้การบำบัดแอลกอฮอล์ แบบกาย-จิต-สังคมบำบัด แบบ 4 เดือน ซึ่งสถิติที่ผ่านมาพบว่าผู้มารับบริการทั้งสองรูปแบบ มีผู้มารับบริการต่อเนื่องมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนก่อนเข้ารับการรักษาทั้งหมด อีกทั้งในระหว่างการบำบัดรักษาจำนวนผู้มารับบริการก็ค่อยๆลดลงไปเรื่อย ๆ ซึ่งบางส่วนไม่สามารถติดตามถึงผลสัมฤทธิ์หลังจากการบำบัดรักษาได้ และ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้มารับบริการส่วนหนึ่ง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2548 ได้ข้อมูลว่า ที่ไม่สามารถมาบำบัดรักษาต่อเนื่องได้ เพราะว่า ใช้เวลาการบำบัดนาน มีข้อจำกัดด้านอาชีพ ไม่มีแรงจูงใจให้มาต่อเนื่อง และจากการสัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคในการบำบัดรักษาของทีมผู้ให้บริการ พบว่า ผู้รับบริการขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดทักษะการคิดที่เป็นระบบในการพัฒนาพฤติกรรม ระยะเวลาในการบำบัดนานมีการหยุดเข้ารับบริการก่อนกำหนด จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสำรวจกลุ่มประชากร โดยการสุ่มจากผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสตึก กม.10 จำนวน 200 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มประชากร ทั้งที่ต้องการเลิกแอลกอฮอล์และผู้ที่ยังไม่ต้องการเลิก ซึ่งสรุปได้ดังนี้ ร้อยละ 38.1 สนใจเข้ารับบริการคลินิกบำบัดแอลกอฮอล์ เนื่องจากอยากเลิก และร้อยละ 11.1 ไม่แน่ใจ เนื่องจากยังไม่พร้อม ซึ่งถ้าหากเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังค่อนข้างสูง

ทั้งจากอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย และการทะเลาะวิวาท ที่มีผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และจากโครงการการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของข้าราชการและพนักงานประกันสังคม พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีจำนวนเพิ่มขึ้น และในจำนวนเหล่านั้นมีผู้ขอเข้ารับการให้คำปรึกษาเพื่อบำบัดแอลกอฮอล์ที่โรงพยาบาลสตึก 10 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาวิธีการบำบัดแอลกอฮอล์ให้มีรูปแบบที่กระชับ น่าสนใจ มีประสิทธิภาพและสามารถรองรับผู้ที่ต้องการบำบัดแอลกอฮอล์เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับกลุ่มประชากร ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้ว เห็นว่ามีเทคนิคในการฝึกทักษะในการที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลในการดื่มแอลกอฮอล์ ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับรูปแบบการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ที่เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาของอารอน เบค (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) ในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด อารมณ์ ที่ไม่สมเหตุสมผล ให้สมเหตุสมผล โดยจะเน้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงกระบวนการคิดที่บิดเบือนในแต่ละระยะของการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อนำไปสู่การหยุดดื่มและมีส่วนร่วมในการเสนอทางเลือกในการแก้ไข ปัญหา การฝึกเทคนิคและทักษะที่จำเป็นในการที่จะเปลี่ยนความคิดในด้านลบเกิดการเสริมสร้างความคิดใหม่ในด้านบวกเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากบุคคลตระหนักถึงกระบวนการคิดที่บิดเบือน มีการใช้กระบวนการเพื่อหยุดความคิด เปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด ความเชื่อ อารมณ์ที่ไม่สมเหตุสมผล ให้สมเหตุสมผล ก็จะสมารถลดโอกาสที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำได้ (Marlatt & Gordon, 1985 cited in Beck et al., 1993) ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ที่มีการบำบัดเพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดที่กระชับ น่าสนใจ ใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่น้อยกว่าโปรแกรมเดิม และมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะคงการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งเมื่อกลุ่มผู้ดื่มที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มองเห็นปัญหาจากพฤติกรรมการดื่ม เช่น ปัญหาสุขภาพ การขาดงานและปัญหาครอบครัว อีกทั้งเมื่อกลุ่มผู้ดื่มที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงแล้วก็จะทำให้ กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ ลดลงด้วย เพราะกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์จะมีปัญหาต่างๆตามมามากมาย เช่น อาการลงแดงเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง ปัญหาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทางร่างกายและทางจิตใจ ต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในซึ่งงบประมาณในการรักษาด้านยาสูงขึ้น ฉะนั้นหลักการของการให้คำปรึกษาตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และสอดคล้องกับโครงการณรงค์ “เลิกเหล้า เลิกจน” ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อ

การรณรงค์ให้ประชาชนเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มาดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในการพัฒนาการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง
5. ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่จะนำไปปรับใช้ในสถานบำบัดและโรงพยาบาลต่าง ๆ
2. เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาในผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยมีขอบเขตการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากร ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ที่มาเข้ารับการรักษาบำบัดแอลกอฮอล์ที่คลินิกบำบัดแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสตึก หีบ กม.10 จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มาเข้ารับการรักษาบำบัดแอลกอฮอล์ที่คลินิกบำบัดแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสตึก หีบ กม.10 ที่มีคะแนนการคัดกรองการดื่มจากแบบประเมินปัญหาจากการดื่ม (AUDIT) ในช่วง 8-15 คะแนน และมีความสามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 16 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากจากผู้ที่มีสนใจ เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น คือ วิธีการให้คำปรึกษาและระยะเวลาการทดลอง

1.1 วิธีการให้คำปรึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1.1 กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

1.1.2 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกาย จิต สังคมบำบัด

1.2 ระยะเวลาการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1.2.1 ระยะเวลาก่อนการทดลอง

1.2.2 ระยะเวลาหลังการทดลอง

1.2.3 ระยะเวลาติดตาม

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความถี่และปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดได้แก่ เหล้าชนิดต่าง ๆ เช่น เหล้าขาว เหล้าวิสกี้ กระแช่ สาโท สบาย ไวน์ เบียร์ เป็นต้น ที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ดื่มในแต่ละวัน และในแต่ละระยะของการทดลองจากการบันทึกพฤติกรรมตนเองของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการคลินิกบำบัดแอลกอฮอล์ โดยคิดตามมาตรฐานการดื่ม (Standard Drinking) 1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 10 กรัม เทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ ดังนี้

เหล้าวิสกี้ หรือเหล้าขาว (Alcohol 40 %) ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก (30 ซีซี.) หรือ 2 ฝา หรือ 1
กิง

เบียร์ชนิดอ่อน (Alcohol 2-2.9 %) ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ ¼ ขวด

เบียร์ชนิดปานกลาง (Alcohol 3-3.9 %) เช่น ไฮเนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ ½ ขวด

เบียร์ชนิดแรง (Alcohol 4-5 %) เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ดีโอ ช้าง คาร์ลสเบิร์ก ประมาณ ¾
กระป๋องหรือ ½ ขวด เบียร์สด 1 แก้ว ประมาณ 285 ซีซี.

ไวน์ธรรมดา (Alcohol 12.5 %) ประมาณ 1 แก้ว (100 ซีซี.)

ไวน์ชนิดแรง (Alcohol 20.5 %) ประมาณ ½ แก้ว (60 ซีซี.)

2. ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุก
ชนิด ได้แก่ เหล้าชนิดต่าง ๆ เช่น เหล้าขาว เหล้าวิสกี้ กระแช่ สาโท สบาย ไวน์ เบียร์ เป็นต้น
จำแนกโดย การใช้แบบประเมินปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ที่อยู่ในช่วง 8-15 คะแนน
ซึ่งผู้ดื่ม ประสบปัญหาต่าง ๆ ตามมาเช่น ปัญหาสุขภาพ การขาดงาน รวมทั้งปัญหาครอบครัว แต่ยัง
ไม่มีลักษณะการติดแอลกอฮอล์

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง
แผนการใช้กระบวนการช่วยเหลือที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด
เป็นกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดด้านลบ อันไม่สมเหตุผลผลที่
ก่อให้เกิดพฤติกรรมไปดื่มแอลกอฮอล์ เปลี่ยนเป็นความคิดด้านบวกที่สมเหตุผลต่อการลด
พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 10 ครั้ง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ คือ

3.1 การค้นหาความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นทันทีที่มีสิ่งเร้ากระตุ้นและนำไปสู่
การตอบสนองอารมณ์ทางลบ

3.2 บันทึกความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นทันที

3.3 ตระหนักถึงความคิดด้านลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์

3.4 การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบต่อสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด มาเป็นความคิดด้านบวก โดยการฝึกเทคนิคและทักษะที่
จำเป็นในการที่จะเปลี่ยนความคิดในด้านลบ เช่น เทคนิคหยุดความคิด การบำบัดแบบควบคุม
ตนเองโดยวิธีการควบคุมตัวกระตุ้น การจัดการเวลา การเตือนตนเอง การฝึกสอนตนเอง การจัด
เงื่อนไขพฤติกรรม โดยวิธีการเสริมแรงทางบวก การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการทำสัญญาเงื่อนไข
แล้วพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จะลดลง

4. วิธีการให้คำปรึกษาแบบปกติ หมายถึง วิธีการให้คำปรึกษาตามรูปแบบและกิจกรรม
ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ที่จัดให้ โดยวิธี กาย จิต สังคม บำบัด เป็นการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อฝึก

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยการทำแบบฝึกหัดและนำการฝึกไปใช้ใน
ชีวิตประจำวัน ใช้การฝึก จำนวน 32 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เลือก
กลุ่มตัวอย่างมา 16 คน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน เนื่องจาก
กระบวนการการให้คำปรึกษากลุ่ม ควรจะมีสมาชิกในกลุ่มประมาณ 4-8 คน เพราะถ้าสมาชิก
มากกว่านี้จะทำให้กลุ่มแตกเป็นกลุ่มย่อยได้ง่าย และกลุ่มขนาดใหญ่จะกลายเป็นกลุ่มการเรียนรู้
การสอนมากกว่า (Ohlsen, 1977, p. 44)