

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในงานวิจัยดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.2 การประเมินพฤติกรรม
 - 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับ

พฤติกรรมทางปัญญา

- 2.1 การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
- 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ความหมายของแอลกอฮอล์

กรมสุขภาพจิต (2547, หน้า 73) ได้ให้ความหมายแอลกอฮอล์ไว้ว่า แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหมักผลไม้ ผัก หรือเมล็ดพืช แอลกอฮอล์มีหลายชนิด แต่ชนิดที่ใช้ดื่ม เรียกว่า เอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) หรือ เอทานอล (Ethanol) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “แอลกอฮอล์” แอลกอฮอล์โดยตัวของมันเองไม่มีรสหรือกลิ่น แต่รสหรือกลิ่นในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมาจากส่วนผสมในการหมักและการแต่งกลิ่น

กรมการแพทย์ (2547, หน้า 2) ได้กล่าวไว้ว่า สุรา หรือที่เรียกว่า แอลกอฮอล์ คือ เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกิน 60 % ถือว่าเป็นเกณฑ์กำหนดของสากลทั่วไปที่คนสามารถดื่มได้ สุราเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมที่บริเวณกระเพาะอาหาร 20 % ที่เหลือ 80 % จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กตอนต้นและเข้าสู่กระแสเลือดทั้งหมด

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2545, หน้า 2) กล่าวว่า แอลกอฮอล์เป็นของเหลวไม่มีสี แอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มมีนเมา คือ เอทิลแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มมีเมทริกซ์ต่าง ๆ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ บรั่นดีจะมีปริมาณของเอทิลแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ออกฤทธิ์กดประสาท มีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. เบียร์ ซึ่งได้มาจากการหมักพวกข้าว เช่น ข้าวบาร์เล่ จำนวนน้ำหนักรวมแอลกอฮอล์ประมาณ 3-6 กรัมต่อปริมาณ (100 ซีซี) หรือนิยมเรียกว่า มีแอลกอฮอล์อยู่ 3-6%
2. ไวน์ได้มาจากการหมักน้ำตาลของผลไม้ จำนวนแอลกอฮอล์มีประมาณ 12-14 % มีไวน์ที่ทำให้เข้มข้น โดยเติมแอลกอฮอล์เข้าไปอีก ให้เป็น 18-20 % ก็มี ส่วนไวน์คูลเลอร์ (Wine Cooler) นั้นผสมน้ำตาลไวน์แดงหรือขาว เข้าไปด้วย มีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากับเบียร์
3. เหล้า ได้แก่พวกเหล้าดีกรีสูง เช่น Whiskey ซึ่งได้จากการต้มกลั่น พวกนี้มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 40-50%

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์แตกต่างกัน สุรา (Liquor) จะมีแอลกอฮอล์ประมาณ 40 % ไวน์เข้มข้น (Fortified Wine) เช่น เหล้าเชอรี่ และเวอร์มูท จะมีแอลกอฮอล์ประมาณ 18 % ไวน์ที่ดื่มพร้อมอาหาร (Table Wine) มีประมาณ 10-14 % และเบียร์ปกติ (Regular Beer) มีประมาณ 5% เพราะความแตกต่างของความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิดดังกล่าว กักตุนหรือบาร์จึงจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยปรับตามปริมาณแอลกอฮอล์ต่อ 1 เซิร์ฟ หรือเรียกว่า 1 ดื่มมาตรฐาน

ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดค่า 1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 10 กรัม เทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1. เหล้าวิสกี้ หรือเหล้าขาว (Alcohol 40 %) ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก (30 ซีซี.) หรือ 2 ฝา หรือ 1 ถัง
2. เบียร์ชนิดอ่อน (Alcohol 2-2.9 %) ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ ¼ ขวด
3. เบียร์ชนิดปานกลาง (Alcohol 3-3.9 %) เช่น ไฮเนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ ½ ขวด
4. เบียร์ชนิดแรง (Alcohol 4-5 %) เช่น ลิงค์ คลอสเตอร์ ดีโอ ซ้าง คาร์ลสเบิร์ก ประมาณ ¾ กระป๋องหรือ ½ ขวด
5. ไวน์ธรรมดา (Alcohol 12.5 %) ประมาณ 1 แก้ว (100 ซีซี.)
6. ไวน์ชนิดแรง (Alcohol 20.5 %) ประมาณ ½ แก้ว (60 ซีซี.)

ส่วนปริมาณการดื่มที่น้อยกว่าและไม่มีอันตราย (Hazardous Alcohol Drinking) คือ ปริมาณการดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low Risk Drinking) ซึ่งเป็นปริมาณที่แพทย์แนะนำ ในกรณีที่

ผู้ป่วยยังคงต้องการดื่มต่อไป แต่ต้องการลดปริมาณการดื่มลง (Moderation) แทนที่จะหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (Abstinence) คำแนะนำมีดังต่อไปนี้

การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำสำหรับผู้ชาย

1. ไม่ดื่มทุกวัน สัปดาห์หนึ่งควรมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วัน
2. ไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ 3 กระป๋อง เหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊ก)
3. ไม่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง (เบียร์ 4.5 กระป๋อง เหล้า 40 ดีกรี 3 เป๊ก)
4. หยุดดื่มหากพบว่าคุณเริ่มมีปัญหาทางสุขภาพ หรือพบว่ามีผลเสียหรือปัญหา

ต่าง ๆ ตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำสำหรับผู้หญิง

1. ไม่ดื่มทุกวัน สัปดาห์หนึ่งควรมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วัน
2. ไม่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ 1.5 กระป๋อง เหล้า 40 ดีกรี 1 เป๊ก)
3. ไม่ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้งการดื่มหนัก (เบียร์ 3 กระป๋อง เหล้า 40 ดีกรี

2 เป๊ก)

4. หยุดดื่มอย่างเด็ดขาดเมื่อตั้งครรภ์
5. หยุดดื่มหากพบว่าคุณเริ่มมีปัญหาทางสุขภาพ หรือพบว่ามีผลเสียหรือปัญหา

ต่าง ๆ ตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลกยังได้พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรียกว่า Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ประกอบด้วยคำถาม 10 คำถามเกี่ยวกับปริมาณการดื่ม และแบบแผนการดื่มที่เป็นปัญหา แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดที่ได้ องค์การอนามัยโลก (อ้างอิงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2548) สามารถแยกแยะออกได้เป็น 3 กลุ่มตามคะแนนที่ได้ ดังนี้ คือ

1. คะแนน 0-7 จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low Risk Drinking) ผู้บำบัดควรให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (Education)

2. คะแนน 8-15 จัดอยู่ในกลุ่มผู้ดื่มแบบมีปัญหามา (Alcoholic Abuse or Harmful Use) ผู้บำบัดควรให้คำปรึกษาอย่างสั้น ซึ่งเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มหนักไปสู่การหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง

3. คะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไปจัดอยู่ในกลุ่มติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ผู้บำบัดควรแนะนำเข้ารับการประเมินภาวะเสพติดแอลกอฮอล์จากผู้เชี่ยวชาญ หรือแนะนำเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกแอลกอฮอล์

ประวัติและความเป็นมาของแอลกอฮอล์ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา (2548, หน้า 1) ได้สรุป ไว้ว่า สุราหรือแอลกอฮอล์ มีใช้ตั้งแต่สมัยหินเก่า ประมาณ 5,000 – 10,000 ปี ก่อนคริสตกาลโดยทำจากผลไม้ และใช้เป็นเครื่องดื่ม มีการนำมาใช้ในการแพทย์ และใน พิธีกรรมทางศาสนา ต่อมามีการพัฒนามากขึ้น ทำให้แอลกอฮอล์มีความเข้มข้นมากขึ้น และใช้ดื่ม เพื่อความมึนเมา แพร่หลายไปในสังคมต่างๆ มากขึ้น แต่ไม่มีใครกล่าวถึงพิษภัยจากสุราว่าเป็นโรค โดยตรง จนกระทั่ง ค.ศ. 1811 Benjamin Rush แพทย์ชาวอเมริกัน และ Thomas Trotter แพทย์ชาว อังกฤษได้จัดให้พิษจากแอลกอฮอล์เป็นโรคอีกชนิดหนึ่ง และเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ใน หมู่แพทย์ประมาณครึ่งหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 19 รวมทั้งมีการเปิดสถาบันเพื่อรักษาปัญหาการติด แอลกอฮอล์ด้วย

การติดแอลกอฮอล์ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา (2548, หน้า 1) กล่าวว่า การติด แอลกอฮอล์ คือ สภาวะทางจิตใจ ซึ่งมักเกิดร่วมกับร่างกาย อันเป็นผลมาจากการดื่มสุรา โดยแสดง ลักษณะทางพฤติกรรม หรือการตอบสนองบางอย่าง ได้แก่ การอยากดื่มซ้ำอีก ติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน ๆ หรือในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้จิตใจสบาย และบางทีเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบาย ภายจากการที่ได้ดื่มด้วย อาจมีการเพิ่มปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือ ไม่เพิ่มก็ได้

สาเหตุของการติดแอลกอฮอล์

1. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ พบว่า ประมาณร้อยละ 25 ของบิดาและพี่น้องผู้ชายที่ติดสุราก็มักจะติดสุราด้วย
2. ปัจจัยทางจิตใจ พบว่า ผู้ที่กำพร้าบิดามารดาตั้งแต่อายุน้อย ๆ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องและตามใจมากเกินไปหรือการที่มีโนธรรม (Super Ego) ของคนคนนั้นไม่มั่นคง ขาดแบบอย่างที่ดี ที่จะลอกเลียนบุคลิก ลักษณะ รวมทั้งผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนบางชนิด เช่น บุคลิกภาพแบบอันธพาล ก็พบว่าอัตราการติดสุราได้สูง
3. ปัจจัยทางสรีรวิทยา แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล ดึงเครียด ไม่สบายใจ เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปลดสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เหล่านั้น นอกจากนั้นแอลกอฮอล์เมื่อสลายตัวจะเกิด อะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมองโดยทำให้เกิดการติด (Dependence) และการทนยา (Tolerance) ขึ้น
4. ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม พบว่า เมื่อรายได้เพิ่มขึ้นประชากรก็จะดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น หรือเมื่อเกิดปัญหาเศรษฐกิจระยะสั้น ๆ ประชากรก็ใช้แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเช่นกัน
5. อยากลอง ในสภาพแวดล้อมบางอย่าง เช่น เพื่อนฝูงชักชวน หรือเพื่อความโก้เก๋
6. มีความเชื่อหลงผิด เช่น เชื่อว่าสุราเป็นยาบำรุงกำลังและความรู้สึกทางเพศ ทำให้จิตใจเข้มแข็งและกล้าตัดสินใจหรือบางคนเชื่อว่าสุราเป็นเพื่อนปลอบใจตนเองเมื่อยามผิดหวัง

7. สภาพแวดล้อมทางสังคมจิตใจ เช่น บางครอบครัวมีแอลกอฮอล์ไว้ประจำบ้านหรือเพื่อนฝูงชักชวนแนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์โดยอ้างว่าเพื่อความเป็นลูกผู้ชาย

8. ใช้เป็นส่วนผสมยารับประทาน เช่น ยาอดงเหล้า

9. มีความเข้าใจผิดคิดว่าการดื่มสุราในงานสังคมต่าง ๆ จะทำให้เป็นที่ยอมรับของสังคมและเพื่อนฝูง

ลักษณะการติดแอลกอฮอล์แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ติดเป็นนิสัย (Habituation) จะดื่มน้อยและจะเป็นครั้งคราว เมื่อบางครั้งเป็นการติดทางใจ ไม่ใช่ติดเรื้อรัง สามารถเลิกได้ง่าย สุขภาพร่างกายไม่เสื่อมโทรมนัก

2. ติดเรื้อรัง (Physical Dependence) จะดื่มมากและดื่มประจำทุกวัน ทำให้แอลกอฮอล์ไปทำลายต่อระบบประสาทส่วนกลาง การติดแอลกอฮอล์ประเภทนี้คล้ายการติดสิ่งเสพติดชนิดร้ายแรง ทำให้เมื่อเลิกสุราทันทีจะมีอาการที่เรียกว่า ลงแดง มีผลให้สมองถูกทำลาย และนอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคกระเพาะที่ตับ หรือตับแข็งได้ง่าย

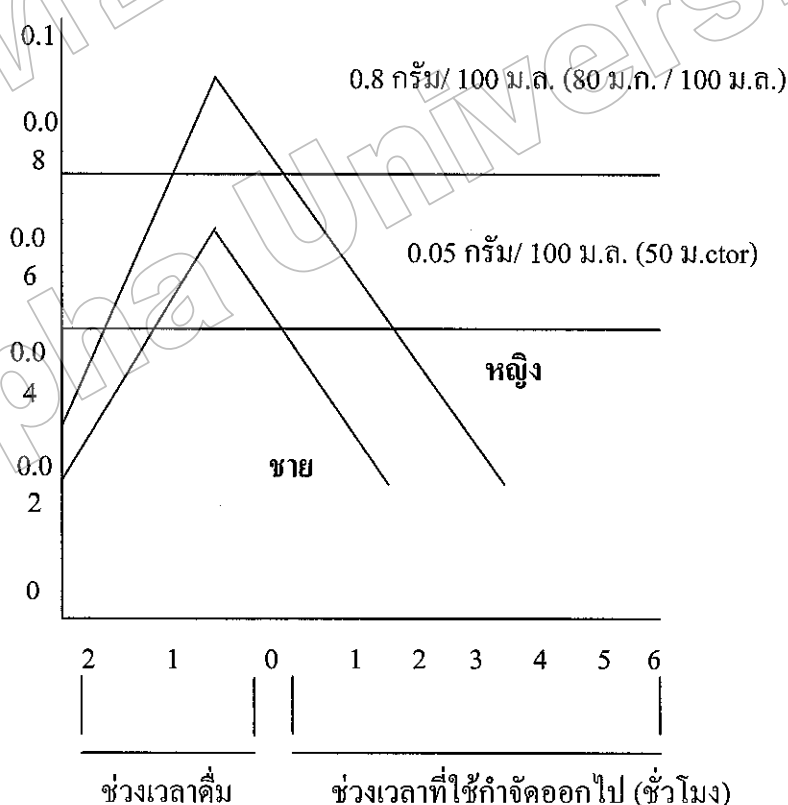
เภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์ เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายแล้ว (พิชัย แสงชาญชัย, 2548, หน้า 6) ได้กล่าวไว้ว่าแอลกอฮอล์ถูกดูดซึมได้ดีและรวดเร็ว เข้าสู่กระแสเลือดที่กระเพาะอาหารลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ การดูดซึมจะช้าลงหากมีอาหารในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมกระจายไปทั่วร่างกาย และสามารถผ่านรกไปสู่เด็กในครรภ์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดออกมาจะมีความผิดปกติได้อย่างมาก ทารกมักมีการเจริญเติบโตช้า ความผิดปกติของกระดูกที่ศีรษะและใบหน้า ศีรษะเล็ก เขียวป็นยาอ่อน เรียกว่า Fetal Alcohol Syndrome (FAS) แอลกอฮอล์ถูกย่อยสลายเป็นหลักที่ตับด้วยเอนไซม์ Alcohol Dehydrogenase (ADH) ให้เปลี่ยนไปเป็น Aldehyde และ Aldehyde ก็จะถูกเปลี่ยนเป็น Acetate โดยทั่วไปในผู้หญิงมีการย่อยของแอลกอฮอล์ โดย Alcohol Dehydrogenase ที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร น้อยกว่าผู้ชาย ทำให้ระดับของ แอลกอฮอล์ขึ้นสูงได้เร็วกว่าผู้ชายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ จึงทำให้ผู้หญิงเมายากกว่าผู้ชาย มีการศึกษาพบว่า ลูกของผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์มา ยากกว่าลูกของบุคคลที่ไม่ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม ของการเกิดโรคติดแอลกอฮอล์ในอนาคต แอลกอฮอล์จำนวนเล็กน้อยถูกขับออกทางปอด พบว่ากลิ่นแอลกอฮอล์จากลมหายใจไม่สัมพันธ์กับ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป อัตราการเผาผลาญของแอลกอฮอล์ขึ้นกับ น้ำหนักตัว โดยปกติร่างกายผู้ใหญ่จะเผาผลาญแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ได้ 10 ซีซี ต่อชั่วโมง หรือ 1 ดื่มมาตรฐานต่อชั่วโมง หรือระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง 0.15 gm% ต่อชั่วโมง ซึ่งสัมพันธ์กับ กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2547, หน้า 74) ที่สรุปไว้ว่า แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วจากกระเพาะอาหารเข้าสู่กระแสเลือด จากนั้นเลือดจะส่งผ่านแอลกอฮอล์ไปยังอวัยวะทุกส่วนของ

ร่างกายโดยเฉพาะส่วนที่มีน้ำเป็นองค์ประกอบในปริมาณที่สูง ได้แก่ ตับ สมอง หัวใจ ปอด ตับอ่อน ไต ม้าม อวัยวะสืบพันธุ์ กล้ามเนื้อ ไขกระดูก และผิวหนัง ดัชนีจะทำหน้าที่ทำลายแอลกอฮอล์ 1 ดัชนีมาตรฐานได้หมด เปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์ที่อยู่ในกระแสเลือด เรียกว่า “ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด” (Blood Alcohol Concentration – BAC) BAC และระดับการเป็นพิษจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์และความเร็วของการดื่ม ผู้หญิงจะมีแนวโน้มที่จะมี BAC สูงกว่าผู้ชาย เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่าๆ กันทั้งนี้เพราะร่างกายของผู้หญิงมีน้ำน้อยกว่าแต่มีไขมันมากกว่าผู้ชาย การที่ร่างกายของผู้ชายมีน้ำมากกว่าทำให้แอลกอฮอล์เจือจางมากกว่านั่นเอง

ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (กรมสุขภาพจิต, 2547, หน้า 75)

เปรียบเทียบระหว่างชายและหญิงที่มีน้ำหนัก ส่วนสูง และดื่มในปริมาณที่เท่ากัน

BAC กรัม/ 100 มล. (เบียร์ 4 แก้ว ใน 2 ชั่วโมง)



ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบการดื่มระหว่างหญิงและชาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 75)

จากตารางแสดงระดับ BAC ในชายและหญิงที่มีส่วนสูงและน้ำหนักใกล้เคียงกัน

และดื่มเบียร์ 4 แก้วเท่า ๆ กัน ในช่วงเวลา 2 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่าผู้หญิงมี BAC สูงกว่าผู้ชาย และผู้หญิงจะใช้เวลาในการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายด้วย นั่นคือ ต้องใช้เวลาจนถึง 6 ชั่วโมง ส่วนผู้ชายจะใช้เวลาเพียง 4 ชั่วโมง ทั้งชายและหญิงจะต้องระวังระดับของ BAC ที่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดในการขับรถนักดื่มที่ถูกจับขณะขับรถ โดยมี BAC 50 ม.ก. / 100 ม.ล. จะถูกยึดใบขับขี่เป็นเวลา 24 ชั่วโมง แต่ถ้าเกินกว่า 80 ม.ก. / 100 ม.ล. ผู้ขับขี่จะถูกขอหาขับรถโดยประมาท ซึ่งถือเป็นข้อหาที่ร้ายแรงมาก และวิธีเดียวที่จะลดระดับ BAC ได้ คือ การหยุดดื่ม หรือทิ้งเวลาในการดื่มให้ช้าลงเท่านั้น เพราะร่างกายต้องการเวลาเพื่อกำจัดแอลกอฮอล์ออกหลายคนอาจเข้าใจผิดว่าแอลกอฮอล์เป็นสารกระตุ้น เพราะหลังดื่มไปสัก 2-3 ดื่มแล้วผู้ดื่มมักรู้สึกว่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ และเริ่มที่จะกล้าพูดมากขึ้น แต่ความจริงแล้วแอลกอฮอล์เป็นสารประเภทกดประสาทมันจะทำให้สมองทำงานช้าลงและส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความสามารถในการคิดและการกระทำของผู้ดื่ม โดยทั่วไป การดื่ม 1-2 ดื่มจะช่วยให้ผู้ดื่มผ่อนคลาย ซึ่งความรู้สึกผ่อนคลายนี้เองที่ช่วยให้สามารถเข้าสังคมกับคนหมู่มากได้ดีขึ้น หรือให้ผลดีเมื่อผู้ดื่มต้องการที่จะผ่อนคลายหลังจากงานหนัก แต่เมื่อดื่มมากเกินไป โดยเฉพาะถ้าดื่มอย่างรวดเร็วด้วย เช่น ดื่มมากกว่า 1 ดื่มมาตรฐานต่อ 1 ชั่วโมง ผลในการกดประสาทจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น ผู้ดื่มอาจจะพูดอ้อแอ้ เดินไม่ตรงทาง เริ่มสับสน ทำอะไรโดยขาดสติ ซึ่งอาจทำให้ทำสิ่งที่น่าละอายได้ ถ้าดื่มปริมาณมาก ๆ ในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น 10-15 ดื่มมาตรฐานใน 1 ชั่วโมง อาจเข้าขั้นโคม่าหรืออาจเสียชีวิตได้ การดื่มในปริมาณที่มากเกินไปและรวดเร็วเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความเป็นปกติสุข ไม่ใช่แค่ปริมาณและความเร็วในการดื่มเท่านั้นที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดื่ม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ อายุและเพศ น้ำหนัก ความต้านทานที่มีต่อแอลกอฮอล์ ช่วงเวลาของวัน การดื่มขณะท้องว่างหรือท้องอืด กำลังเหนื่อยหรือเป็นปกติ และกำลังใช้สารเสพติดหรือยาชนิดอื่น ๆ อยู่ด้วยหรือไม่ ซึ่งการผสมผสานกันของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้แอลกอฮอล์ส่งผลต่อผู้ดื่ม แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะคาดเดาว่าแอลกอฮอล์จะมีผลอย่างไรในช่วงเวลานั้น ๆ

ผลเสียและภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มแอลกอฮอล์ กรมสุขภาพจิต (2547) ได้สรุปผลที่ตามมาจากการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์และการขาดแอลกอฮอล์ไว้ว่า การได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ (Alcohol Intoxication) โดยจะมีลักษณะทางคลินิก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในระดับที่รู้ตัว เริ่มจากอาการซึมไปจนถึงโคม่า เดินเซ (Ataxia) และการกดทางเดินหายใจ เสียจากการสำลักเมื่ออาเจียน และการขาดอากาศหายใจ (Asphyxiation) และอาจเสียชีวิตถ้าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 0.4 กรัม % และยังผลแทรกซ้อนต่อร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ทาง คือ

1. อาการแทรกซ้อนทางกาย ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ แบ่งได้เป็น 9 ชนิด ดังนี้

1.1 โรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญ ในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ โดยโรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์มี 3 รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่

1.1.1 ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ จะมีความรุนแรงมากขึ้น อาการที่ปรากฏได้แก่ ดีซ่าน มีไข้ ปวดที่ช่องท้องด้านขวา บางครั้งมีน้ำในช่องท้อง (Ascitis) โดยมีอัตราการเสียชีวิต 5–20 %

1.1.2 ตับแข็ง คือ การที่ตับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารหรือตับวายและมีน้ำในช่องท้อง (Hepatic Decompensation with Ascitis), Encephalopathy หรือ Variceal Haemorrhage โดยมีอัตราการเสียชีวิต 50 % ภายใน 5 ปี

1.1.3 มะเร็งตับ เกิดขึ้นประมาณ 15 % ของตับแข็ง

1.2 ตับอ่อนอักเสบจากการใช้แอลกอฮอล์ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1.2.1 ตับอ่อนอักเสบระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณส่วนกลางของช่องท้อง (โดยการปวดจะมีได้หลายระดับ) คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่รุนแรงจะมีการสูญเสียของเหลว ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำและไตวายได้

1.2.2 ตับอ่อนอักเสบระยะเรื้อรัง จะมีอาการปวดเรื้อรังบริเวณช่องท้องส่วนบน และน้ำหนักลด อาจมีอาการผิดปกติของต่อมมีท่อ (Exocrine Deficiency) เช่น ถ่ายขาว (Steatorrhoea) และความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (Endocrine Deficiency) เช่น เบาหวาน (Diabetes Mellitus) ร่วมด้วย

1.3 ภาวะอาหารอักเสบและแผลในกระเพาะอาหาร โดยที่แอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการดูดซึมกรดไฮโดรคลอริกกลับคืน โดยผ่านเยื่อบุหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทำให้กระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน เกิดจากการดื่มในปริมาณมากเกินไป ซึ่งจะทำลายสารเคลือบกระเพาะอาหารและทำให้ตกเลือดได้ แผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้จะเกิดได้จากการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายอย่างมาก และการติดแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะอาหารทะลุ หรือ ตกเลือดได้

1.4 ทางเดินอาหารและลำไส้ โดยการเกิดมะเร็งที่ปาก ลิ้น ลำคอ และหลอดอาหารจะมีความสัมพันธ์สูงกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายอย่างมากส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีความสัมพันธ์ไม่มากนักกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดอันตราย

1.5 โรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดโรคตามมาดังนี้

1.5.1 กล้ามเนื้อหัวใจที่ผิดปกติจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic Cardiomyopathy) เป็นความผิดปกติที่ไม่พบบ่อยนัก มักพบในกลุ่มผู้ชายวัยกลางคน โดยจะค่อย ๆ มีอาการของหัวใจ

ล้มเหลว นอนราบไม่ได้ บวมที่เท้า (Dyspnea and Peripheral Edema) และหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation)

1.5.2 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial and Ventricular Edemas) จะเกิดขึ้นในระหว่างการได้รับพิษของแอลกอฮอล์ และการขาดแอลกอฮอล์ โดยไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจที่ผิดปกติ (Myocardial Dysfunction)

1.5.3 อาการ Arrhythmias อาจเกิดจากการดื่มในปริมาณมากในโอกาสพิเศษ (หรือที่เรียกว่า “อาการโรคหัวใจในวันหยุด”)

1.5.4 โรคความดันโลหิตสูง จะมีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดเป็นอันตรายประมาณ 20 – 30 % ความดันโลหิตจะลดลงสู่ระดับปกติได้ เมื่อหยุดดื่ม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ค่อยได้ ควรคำนึงว่า ผู้ป่วยอาจกำลังใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดอยู่ก็ได้ แต่สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่ม HDL – Cholesterol ซึ่งจะระงับเอนไซม์ Thromboxane และลดการเกาะตัวของเกร็ดเลือด (Platelet Aggregation) และเพิ่มการละลายตัวของลิ่มเลือด (Clot Lysis)

1.6 โรคทางเดินหายใจจากการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคดังนี้

1.6.1 อาการปอดบวมจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia)

1.6.2 ปอดบวมเนื่องจากเชื้อนิวโมคอคคัส Lobar (Pneumococcal Pneumonia)

1.6.3 วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)

1.7 โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคดังนี้

1.7.1 กล้ามเนื้ออักเสบเฉียบพลัน (Acute Myopathy) จะมีอาการปวดบวม กดเจ็บและเสียสมดุลเมื่อถูกกดทับเป็นเวลานาน ๆ

1.7.2 กล้ามเนื้อละลายเฉียบพลัน (Acute Rhabdomyolysis) เป็นอาการที่รุนแรงมากที่สุด และอาจมีอาการแทรกซ้อนจากไตวายได้

1.7.3 กระดูกสันหลังพรุนเป็นผลให้มีอาการปวดหลัง เกิดการหักยุบตัวของกระดูกสันหลังและมักจะเกิดร่วมกับการติดยาที่มีอนุพันธ์ของฝิ่นเป็นองค์ประกอบ

1.7.4 โรคเก๊าท์ โรคนี้ได้มีการค้นพบมาหลายศตวรรษแล้วว่าเป็นอาการแทรกซ้อนอย่างหนึ่งจากการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด เกิดจากการสะสมของกรดยูริก

1.8 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (Endocrine) และการเผาผลาญ (Metabolic) จากการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคดังนี้

1.8.1 Alcoholic Pseudo - Cushing's Syndrome เกิดจากการผลิต

กลูโคคอร์ติคอยด์มากเกินไปผิดปกติ จะทำให้มีอาการบวมที่ใบหน้า เป็นโรคอ้วน และความดันโลหิตสูง

1.8.2 การเสื่อมเสียของต่อมเพศ (Gonadal Atrophy) จะมีผลทั้งสองเพศ นั่นคือ ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และลดการผลิตสเปิร์มในผู้ชาย ทำให้เกิดความผิดปกติที่อวัยวะและรังไข่ โดยจะลดการทำงานของไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารี

1.9 ความผิดปกติของเลือดที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรค ดังนี้

1.9.1 เม็ดเลือดแดงโตกว่าปกติ (Macrocytosis) พบได้ใน 50 % ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการขาดโฟเลต (Folate)

1.9.2 เกร็ดเลือดน้อย (Thrombocytopenia) เกิดจากไขกระดูกเป็นพิษ (ในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง) และมีอาการม้ามโต (Hypersplenism)

2. อาการแทรกซ้อนทางจิตประสาทเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์

2.1 ความบกพร่องทางสติปัญญาและการเคลื่อนไหว จะเกิดขึ้นหลังจากการดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่มในครั้งนั้นๆ ด้วย

2.1.1 ความจำเสื่อมแบบไปข้างหน้า (Anterograde Amnesia) หลังการดื่มในปริมาณมากๆ สมองถูกทำลายเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์

2.1.2 ความบกพร่องด้านความจำ ซึ่งรูปแบบที่รุนแรงที่สุดคือ Korsakoff Syndrome มีความสัมพันธ์กับการขาดไรอามีนร่วมกับการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ โดยจะมีอาการความจำเสื่อมในระยะสั้น แต่จะรักษาความจำระยะยาวและการคิดย้อนอดีตได้ดีกว่า

2.1.3 อาการผิดปกติที่สมองส่วนหน้า (Frontal lobe Syndrome) ให้เกิดการบกพร่องในด้านการคิดรวบยอด การวางแผน และการจัดระบบ

2.1.4 การฝ่อของสมองส่วนซีรีเบลลัม (Cerebella Atrophy) ทำให้เกิดการเดินเซ (Ataxia) ทรงตัวได้ไม่ดี

2.1.5 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural Haematoma) ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อาจเกิดหลังจากมีอุบัติเหตุที่ศีรษะซึ่งอาจถูกมองข้ามไปเนื่องจากการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์

2.2 อันตรายเป็นของหลอดเลือดสมอง (Stroke) โดยเกิดเส้นเลือดในสมองแตก (Haemorrhagic Stroke) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดอันตรายเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มในปริมาณมาก ๆ ในคราวเดียวกัน และหลอดเลือดสมองอุดตัน (Thrombotic Stroke) มีความสัมพันธ์กับการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นเวลานาน

2.3 เส้นประสาทส่วนปลายพิกการ (Peripheral Neuropathy) จะมีอาการชาตามเท้ารู้สึกหนาวเหมือนใส่ถุงมือถุงเท้า (Dysaesthesiae and Paraesthesiae in a "Glove and Stocking")

distribution) หรือ กล้ามเนื้อกลุ่ม Proximal หรือ Distal อ่อนกำลังลง การฟื้นตัวจะช้ามาก ประมาณ 1 ปี แม้ว่าจะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิงแล้วก็ตาม

2.4 บาดแผลโดยการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซีโรงหักและกระดูกขาวยาวหัก

2.5 ผลของแอลกอฮอล์ต่อตัวอ่อนในครรภ์ซึ่งในปัจจุบันพบว่า เป็น 1 ใน 2 สาเหตุที่บ่อยที่สุด ของการเกิดภาวะปัญญาอ่อนในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศจะมีค่าเฉลี่ย IQ ของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์จะอยู่ที่ 70 และจะไม่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นตามวัย ใบหน้าจะมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ สันจมูกยุบ ริมฝีปากบางผิดปกติ ไม่มีกระดูกอ่อนที่ก้นโพรงจมูก (Philtrum) ระดับหูสองข้างต่ำกว่าปกติ และพบความผิดปกติของหัวใจ

3. อาการแทรกซ้อนทางสังคมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์

3.1 ครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลก่อให้เกิดการทำลายความสัมพันธ์กับคู่สมรส และความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดอื่น ๆ เกิดการแยกกันอยู่ หรือ การหย่าร้างของครอบครัว และการเสียชีวิต

3.2 อาชีพส่งผลกระทบ คือ ไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่ง ถูกลดตำแหน่ง ถูกไล่ออก และเกิดการว่างงาน

3.3 เสริมธุรกิจก่อให้เกิด การขาดรายได้ประจำที่เคยได้จากการทำงาน เงินทองไม่พอใช้ เป็นหนี้การพนัน ถูกขโมย และถูกหลอกลวง

3.4 กฎหมายมีผลกระทบคือ การฝ่าฝืนกฎหมายที่ห้ามดื่มสุราหรือเสพยาขณะขับรถ ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่ มีคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ถูกทำร้ายร่างกาย นำตัวตาย

กลไกการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ กลไกที่นำไปสู่อาการขาดแอลกอฮอล์ เชื่อว่าสัมพันธ์กับระดับสารพิษต่อตับที่เกิดภายในร่างกาย สารพิษที่ติดมากับแอลกอฮอล์ หรือเกี่ยวกับระดับเมกนีเซียมในเลือดต่ำ แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กระจายไปทั่วสมองและเมื่อเกิดการขาดแอลกอฮอล์ สมองจะปรับตัวมีการลดภาวะที่เกิด หรือห้ามสมองลง และมีสารกระตุ้นสมองมากขึ้น สามารถแบ่งอาการขาดแอลกอฮอล์ได้ดังนี้ (อมรชัย หาญผดุงธรรม, 2548, หน้า 12-13)

1. อาการขาดแอลกอฮอล์อย่างอ่อน คือ เมื่อร่างกายหรือสมองเริ่มขาดแอลกอฮอล์จะเริ่มแสดงอาการอย่างอ่อน ภายใน 3-6 ชั่วโมง หลังหยุดดื่ม และมักจะมีอาการก่อนที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงเป็นศูนย์ อาการสั่นพบ 90 % อาการกระวนกระวาย นอนไม่หลับพบ 75 % อาการเหล่านี้จะลดลงตามลำดับใน 24-36 ชั่วโมง ซึ่งบางคนจะมีอาการใจสั่น ใจเต้นเร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดศีรษะ ตลอดจนอาการทางกระเพาะลำไส้ด้วย อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไปภายใน 48 ชั่วโมง โดยทั่วไปอาการขาดแอลกอฮอล์จะ

เป็นส่วนสำคัญกับจำนวน และระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ก่อนหยุดดื่ม แต่ส่วนใหญ่ อาการขาดแอลกอฮอล์ก็มักจะคล้ายคลึงกัน

2. อาการขาดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง ซึ่งอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง หัวใจเต้นเร็ว มีไข้ ความดันโลหิตสูง สับสน เหงื่อออกมาก และกระสับกระส่าย ไม่สามารถคิดหรือพูดได้อย่างปกติ อาการจะเริ่มภายใน 48-96 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม อาการมักเกิดกับผู้ที่หยุดดื่มอย่างทันที หลังจากดื่มอย่างหนักติดต่อกันมานาน และมักไม่เกิดกับผู้ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ประมาณ 4-5 % ของผู้ที่หยุดดื่มจะเกิดอาการเหล่านี้และเป็นอยู่นาน 2-5 วัน

3. ประสาทหลอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางตา คือ ประมาณ 25 % ของผู้ที่มี อาการขาดแอลกอฮอล์จะเกิดประสาทหลอนส่วนใหญ่จะหลอนทางารมมองเห็น (ประสาทตา) มากกว่า การได้ยิน (ประสาทหู) หรือการสัมผัส (ประสาทสัมผัส) อาการหลอนจะเริ่ม 12-24 ชั่วโมง หลังการหยุดดื่ม และหายไปภายใน 24-48 ชั่วโมง อาการประสาทหลอนจะต่างจากอาการขาดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงตรงที่ผู้นั้นขณะประสาทหลอนยังมีสติรู้สึกตัวดี และอาการประสาทหลอนจะเริ่มเกิดเร็วกว่า

4. อาการชักจากการขาดแอลกอฮอล์ จะเป็นการชักทั้งตัว และเกิดภายใน 48 ชั่วโมง แรกหลังหยุดดื่ม พบว่าชักบ่อยที่สุดเมื่อหยุดดื่มได้ 13-24 ชั่วโมง ที่ต้องคำนึงถึงเสมอคือ การชักอาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น โรคทางสมอง (เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ตัวจี๊ดขึ้นสมอง) หรือบาดเจ็บต่อศีรษะ (เลือดคั่งในสมอง) เป็นต้น การชักจากการขาดแอลกอฮอล์พบประมาณ 23-33 % ส่วนใหญ่จะไม่ชักนาน พบน้อยกว่า 3 % ที่ชักติดต่อกันนาน

5. โรคแทรกซ้อน พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์กว่า 70 % มีโรคประจำตัว หรือโรคทางกาย อย่างอื่นร่วมด้วย โรคตับ, การบาดเจ็บ และการติดเชื้อ เป็นภาวะที่พบบ่อย ดับอ่อนอักเสบ, ตับอักเสบและเลือดออกจากกระเพาะอาหารลำไส้ก็พบได้บ่อย โรคอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยคือโรคอ้วน, โรคเครียด, หัวใจเต้นผิดปกติ, ระดับเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ และยาอื่นที่ผู้ติดแอลกอฮอล์มักใช้อยู่ เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือยาเสพติดชนิดอื่น การสูบบุหรี่หรือติดบุหรี่ก็พบมากถึง 85 % ในคนติดแอลกอฮอล์ ดังนั้นคนที่มีอาการขาดแอลกอฮอล์ จึงอาจมีผลจากการขาดยาหรือติดบุหรี่เข้ามาร่วมด้วย

การรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปการที่จะรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ พิจารณาจากประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สภาพร่างกายของผู้ติดแอลกอฮอล์ และสภาพทางสังคม ครอบครัว ผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง สุขภาพโดยทั่วไปดี ก็สามารถที่จะรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยการรักษาวิธีนี้สภาพครอบครัวและสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ และช่วยให้อาการขาดแอลกอฮอล์ผ่านไปด้วยดี คือสภาพบ้านที่สงบ

เจ็บ และปลอดภัย พอที่จะช่วยให้ ผู้มีอาการขาดแอลกอฮอล์ต่อสู้กับตัวเองไหว ช่วงอดแอลกอฮอล์ อาจมีความต้องการที่จะดื่มแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง ช่วงนี้บางคนอาจทำให้ตัวเองล่อแหลมต่อ อันตราย สมาชิกในครอบครัวคงต้องเข้ามาช่วยให้กำลังใจช่วยเหลือ เมื่ออาการขาดแอลกอฮอล์ผ่านพ้นไปแล้ว ทางครอบครัว ก็ควรสนับสนุนต่อไปโดยประสานกับผู้บำบัด เพื่อรักษาผู้ป่วยไม่ให้ กลับมาติดแอลกอฮอล์อีกผู้ที่เลิกแอลกอฮอล์ได้สำเร็จหลายรายยอมรับว่า อาการขาดแอลกอฮอล์ที่แสนทรมานมีส่วนทำให้เขาตัดสินใจเลิกแอลกอฮอล์ได้สำเร็จจริง ๆ และสำหรับ ผู้ที่มีอาการหนัก มีโรคแทรกซ้อนทางกาย ชัก โรคหัวใจ ต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยการรักษาทางยาาร่วมด้วยเพื่อ ป้องกันอาการทรุดหนัก และป้องกันการชัก บางรายต้องให้ยากล่อมประสาทขนาดสูง จึงจะสามารถทำให้อดแอลกอฮอล์สงบได้ และยังสามารถป้องกันการชักได้ด้วย การให้สารน้ำและเกลือแร่ก็จำเป็น เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสภาพขาดน้ำ และเกลือแร่ที่สำคัญต่อการทำงานของ ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ Allen (1996) กล่าวถึงทฤษฎี ชีวิตจิตสังคม ว่าเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายถึงปัญหาการติดแอลกอฮอล์ได้ ครอบคลุมมากที่สุดรวมถึงสามารถอธิบายถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์กลับไปติดซ้ำได้เป็นอย่างดี คือในด้านชีววิทยา เกิดจากแอลกอฮอล์ทำให้ โมเลกุลโปรตีนที่พบในเซลล์ประสาทของมีโซลิมบิก โคปามีน ซีสเต็ม (Mesolimbic Dopamine Dysten) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีการทำงาน เกี่ยวข้องกับการติดแอลกอฮอล์เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ดื่มเกิดความต้องการใช้แอลกอฮอล์ อย่างรุนแรง (Craving) การปรับตัวในระยะยาวของโปรตีนเป็นสาเหตุให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์ เรื้อรัง แลนำไปสู่การติดแอลกอฮอล์ จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์บางส่วนต้องกลับไป ติดซ้ำซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบัน National Institute of Drug Abuse (N.D.) ที่กล่าวว่า แอลกอฮอล์เป็นยาเสพติดซึ่งอยู่ในกลุ่มของสารประเภทกดประสาท มีผลมากมายต่อสมองและ ร่างกายคือจะทำให้สมองทำงานช้าลงและส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความสามารถในการคิดและการกระทำ เกิดการซึมเศร้าในระดับที่รู้ตัว คือเริ่มจากอาการซึม ไปจนถึงโคม่า เดินเซ กตางเดิน หายใจอาจจะทำให้เสียชีวิตได้ ถ้าความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 400 mg %

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ในประเทศไทย การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยมีการดำเนินการหลายรูปแบบ มีความพยายามที่จะคิดค้นหาวิธีให้เกิดผล การบำบัดรักษาสูงสุด ซึ่งในแต่ละรูปแบบก็มีวิธีการที่แตกต่างกันไป วิธีการที่ใช้แก่ผู้ติด แอลกอฮอล์ที่ใช้กันอยู่มีทั้งวิธีการแบบพื้นบ้าน อาศัยความเชื่อ ความศรัทธาเป็นหลักยึดเหนี่ยวใจ และวิธีการที่อาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ ที่ผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อบรรลุเป้าหมาย

ของการบำบัดรักษา คือ ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเลิกดื่มได้โดยเด็ดขาด หรืออย่างน้อยก็หยุดใช้ได้ นานที่สุด

แนวทางการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548, หน้า 15 – 18) กล่าวว่า ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จิตแพทย์ แพทย์ฝ่ายกาย นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ด้านอื่น หรือเป็นผู้ที่เคยติดแอลกอฮอล์แต่เลิก ได้สำเร็จแล้วและได้รับการฝึกอบรมให้เป็นผู้บำบัด มีการทำงานประสานงานในหลายสาขาอาชีพ (Multi-Disciplinary Approach) รูปแบบที่ใช้เป็นจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลที่เน้นไปที่ปัญหาแอลกอฮอล์และ ยาเสพติด (Individual Drug Counseling) และใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมหรือ Cognitive-Behavioral Approach เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้จักหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ กระตุ้นให้เกิดความอยากแอลกอฮอล์ (Craving) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง และมี พฤติกรรมที่เหมาะสม ในการแก้ปัญหา ไม่ใช่แอลกอฮอล์เป็นทางออกเหมือนอย่างที่เคย

โครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1994) ศึกษาเปรียบเทียบกับจิตสังคมบำบัด 3 วิธีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติด แอลกอฮอล์ คือ การบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) และ การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF) ผลจาก การศึกษาของ Project MATCH พบว่า จิตสังคมบำบัด 3 วิธีการมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติด แอลกอฮอล์และได้ผลดีไม่แตกต่างกัน โดยแต่ละวิธีถูกออกแบบระยะเวลา 12 สัปดาห์ CBT และ TSF มีชั่วโมงการบำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วน MET มีเพียง 4 ครั้ง ซึ่งได้นำมาใช้บำบัดผู้ติด แอลกอฮอล์ในประเทศไทย

การบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นแนวทาง การบำบัดที่เน้นการเสริมสร้างผู้ป่วยให้เกิดแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ ไม่เน้นเทคนิควิธีการในการเลิกแอลกอฮอล์มีหลักคิดที่ว่าหากผู้ป่วยเกิดแรงใจ ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการเอง ใช้เวลาในการบำบัดเพียงแค่ 4 ครั้ง คือ ครั้งที่พบกัน สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 เนื่องจากใช้ชั่วโมงในการบำบัดที่น้อย จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มการให้ คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief Intervention) MET ใช้องค์ความรู้ในเรื่องขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Stage of Change) และแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (Motivational Interviewing)

การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF) เป็นจิตบำบัดรายบุคคลทั้งหมด 12 ครั้ง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยบทบาทของผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลัก 12 ขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนไปตามหลัก 12 ขั้นตอน โดยช่วยให้พัฒนาในขั้นตอนที่ 1 – 5 ได้เร็วยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนามในชุมชน และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อกลุ่มได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งกลวิธีการบำบัดนี้ช่วยเติมเต็มจุดอ่อนของกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนามที่ประสบปัญหาผู้ป่วยหายไปจากกลุ่มในช่วงเริ่มต้นของการเข้ากลุ่มที่ค่อนข้างสูง

ในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำหลัก 12 ขั้นตอน ไปใช้ในหลายลักษณะ เช่น การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอนตามที่กล่าวในรายละเอียดข้างต้น ผู้เชี่ยวชาญทำกลุ่มบำบัดโดยอาศัยแนวทางของหลัก 12 ขั้นตอน บุคลากรทางการแพทย์ จัดให้มีกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนามขึ้นภายในสถานพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยดำเนินกลุ่มกันเอง เป็นต้น

การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy หรือ CBT) เป็นจิตบำบัดรายบุคคลทั้งหมด 12 ครั้ง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำ (Relapse Process) การป้องกันไม่ให้กลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำ (Relapse Prevention) การเรียนรู้และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นรื้อที่ทำให้เกิดอาการอยากแอลกอฮอล์ (Triggers) การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเลิกแอลกอฮอล์ ได้แก่ ทักษะการโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม ทักษะการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ ทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น และที่สำคัญ คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่สมดุล (Balanced Daily Life-Style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกแอลกอฮอล์ แต่ในระยะเวลาดังกล่าวได้มีผู้บำบัดการติดสารเสพติดนำการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy หรือ CBT) มาใช้ในการบำบัดแบบกลุ่ม และลดจำนวนครั้งลงเช่นในงานวิจัยของ ธิดา จัปจิตต์นำการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาเป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ติดบุหรี่ที่โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยการบำบัด ทั้งหมด 8 ครั้ง ความถี่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งที่ 1 เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล และครั้งที่ 2-8 เป็นการบำบัดรายกลุ่ม โดยการฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมน้อยลง สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเป็น 10 ครั้ง ความถี่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ลักษณะการให้คำปรึกษา เป็นการให้คำปรึกษากลุ่ม เน้นการสร้างสัมพันธภาพและการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในระยะแรก และนำไปสู่ระยะบำบัดเพื่อการฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จะหลีกเลี่ยงการกลับไปดื่มซ้ำ และในระยะสุดท้ายเป็นการคงสภาพการไม่ดื่มต่อไป

แนวคิดอื่น ๆ ที่ใช้ได้แก่ “Interpersonal Therapy” เนื่องจากผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง มักมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงบุคคลในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์อาจเป็นปัญหามาาก่อน หรือเป็นปัญหาที่ตามหลังจากการติดแอลกอฮอล์ ก็ได้ นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดทางจิตวิทยาต่าง ๆ มาปรับใช้เพื่อบำบัดรักษา

ผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์เรื้อรังมักมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย (Comorbidity หรือ Dual Diagnosis) เช่น Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, Dysthymic Disorder, Anxiety Disorder, Psychotic Disorder เป็นต้น ดังนั้น ได้ส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อการประเมินและบำบัดรักษาไปด้วย ก็จะให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โรคเสพติดแอลกอฮอล์ในด้านหนึ่งถือว่าเป็นโรคที่มีเหตุปัจจัยมาจากครอบครัว เช่นกัน คือ ปัจจัยความสำคัญในครอบครัว อาจเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการใช้แอลกอฮอล์อย่างไม่เหมาะสมหรือการติดแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ของพ่อหรือสามีที่ดีได้ ภรรยาหรือลูกของผู้ป่วยเอง ก็มีความเครียดอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันการเลิกแอลกอฮอล์ต้องอาศัยกำลังใจ และการเอาใจใส่จากครอบครัวด้วยเช่นกัน ลูกของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในอนาคต ดังนั้น การพูดคุยและให้คำปรึกษาแต่ครอบครัวจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก

การจัดการบริการด้านการรักษามีได้หลายลักษณะควรจัดให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อน อาจจัดให้มีการให้ความรู้หรือการบำบัดรักษาภาวะติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วยในคลินิกอายุรกรกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชร่วมด้วยก็ควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองภาวะร่วมกันไปในคลินิกจิตเวช กลุ่มผู้กระทำความผิดทางอาญาและมีโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ก็ควรมีโครงการบำบัดที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เป็นต้น นอกจากนั้นอาจจัดเป็นแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Residential Rehabilitation Center) การบำบัดรักษาในเรือนจำ เป็นต้น

การรักษาในระดับชุมชน ในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนามหรือ Alcoholics Anonymous (AA) ได้รับความนิยมอย่างมาก ได้มีการดำเนินมานานมากกว่า 70 ปี เริ่มต้นโดย Bill Wilson และ Dr. Bob Smith ที่ครั้งหนึ่งเคยเสพติดแอลกอฮอล์และสามารถกลับฟื้นคืนเป็นปกติได้ ทั้งสองได้ช่วยกันร่างหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step) และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve Traditions) ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการดำเนินกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนามและทั้งสองได้

ร่วมกันตั้งกลุ่มขึ้นมาเป็นกลุ่มแรก ในปี ค.ศ. 1935 กลุ่มดังกล่าวได้รับความนิยมและแพร่หลายไปทั่วประเทศ และประเทศต่าง ๆ ปัจจุบันมีกลุ่มดังกล่าวมากกว่า 100,000 กลุ่ม ใน 146 ประเทศ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดแอลกอฮอล์ก็สามารถไปเข้ากลุ่มในชุมชนที่ใกล้บ้านได้ ลักษณะกลุ่มเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Group) โดยสมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงาน แต่มักใช้บุคคลที่เคยติดแอลกอฮอล์และประสบความสำเร็จในการเลิกแอลกอฮอล์เป็นผู้นำกลุ่ม หลัก 12 ขั้นตอนเป็นแนวคิดของการพัฒนาจิตวิญญาณตนเองเพื่อเอาชนะการติดแอลกอฮอล์ที่ตนเอง ประสบอยู่ เป้าหมายเพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตวิญญาณ โดยสรุปผู้ป่วยต้องยอมรับก่อนว่าตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง (Powerlessness) และการติดแอลกอฮอล์ทำให้ชีวิตของตนเองยุ่งจนควบคุมไม่ได้ (Unmanageable) ให้ศรัทธาต่อพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเอง (Higher Power) ซึ่งอาจเป็นพระเจ้าหรืออะไรก็ได้ที่บุคคลคนนั้นมี ความศรัทธาเคารพอยู่เพื่อให้ช่วยเหลือในการเลิกแอลกอฮอล์ ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องกลับมาองและยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำ ไม่ดีต่อบุคคลอื่น พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น เมื่อสามารถแก้ไขปัญหาดตนเองได้ก็ให้ช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป ดังนั้น หลัก 12 ขั้นตอน เป็นการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality Rehabilitation) สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยเริ่มต้นโดยชุมชนเพื่อชุมชน (Community-Based Intervention) (พิชัย แสงชาญชัย, 2548, หน้า 25)

กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ หรือ Alcoholics Anonymous (AA) เป็นตัวอย่างที่ดีของการนำปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณมาประยุกต์ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีของการบำบัดรักษาในระดับชุมชน ผลการศึกษาติดตาม พบว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มสม่ำเสมอและต่อเนื่องยาวนาน มีอัตราเลิกแอลกอฮอล์ได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น กลุ่มช่วยเหลือกันเองในลักษณะกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นรินามยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย มีกลุ่มดังกล่าวอยู่บ้างตามเมืองใหญ่ที่มีชาวต่างชาติมาใช้ชีวิตอยู่ และมักเป็นกลุ่มที่ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร ปัจจัยทางด้านศาสนาที่แตกต่างกัน อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน การนำมาใช้ต้องมีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักศาสนาหรือวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ

ในประเทศไทย ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ก็อาจอาศัยศาสนาพุทธเข้ามาช่วยเหลือในการเลิกแอลกอฮอล์หรือแก้ปัญหาชีวิตของตนเอง เช่น การรับศีลห้า การเลิกแอลกอฮอล์ในช่วงเข้าพรรษา การบวชเป็นพระภิกษุ ในพระพุทธศาสนา การสันทนาธรรมกับพระภิกษุที่ตนเองนับถือ การศึกษาพระธรรมและนำมาปรับใช้ พระภิกษุเป็นผู้บำบัด โดยตรงใช้สมุนไพรและการปฏิบัติทางพุทธศาสนา เช่น วัฏธำระบอก เป็นต้น

การประเมินพฤติกรรม (Behavioral Assessment) สิ่งสำคัญประการแรกในการปรับพฤติกรรม คือ การประเมินพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมนี้ จะช่วยวิเคราะห์ถึง

ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมและสภาวะของอินทรีย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งผลที่ได้รับจากการวิเคราะห์พฤติกรรมนี้เองจะช่วยทำให้สามารถกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เหมาะสม และเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายดังกล่าว (Linehan, 1977 อ้างถึง สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 61)

1. วิธีการประเมินโดยตรง (Direct Methods of Assessment) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Monitoring)

1.2 การวัดทางสรีระ (Physiological Measures)

2. การสัมภาษณ์ (Interview)

2.1 การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (Information From Other People)

2.1 การรายงานตนเอง (Self Report)

ในรายงานการวิจัยฉบับนี้ จะขอกล่าวเพียงแต่การประเมินพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเท่านั้น ดังนี้ คือ

วิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรง เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในกลุ่ม

นักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยม เนื่องจากวิธีการประเมินโดยตรงนี้ จะทำให้เราสามารถบอกถึงลักษณะของพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ

1. การสังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Monitoring)

แม้ว่าการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยบุคคลอื่นที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีนั้น จะเป็นวิธีการหลักในการประเมินพฤติกรรมก็ตาม นักปรับพฤติกรรมพบว่า มีพฤติกรรมอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถสังเกตและบันทึกได้โดยบุคคลอื่น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าบางพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมส่วนตัว ที่ผู้สังเกตจะไม่มีทางที่จะเข้าไปสังเกตได้เลย เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การขโมยของ การสะสมชุดชั้นในของเพศตรงข้าม และการเสพยาเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอีกลักษณะหนึ่งที่ผู้อื่นไม่สามารถที่จะสังเกตได้เลย คือ พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เช่น การปวดศีรษะ การคิดฆ่าตัวตาย การคิดที่จะข่มขืนผู้อื่น หรือการคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมภายในเหล่านี้ ถ้าผู้กระทำไม่รายงานให้ทราบก็จะไม่มีใครได้รู้เลยว่ามิอะไรเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้น จนกว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมภายนอก ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาที่รุนแรงขึ้นแล้วก็ได้ ดังนั้นนักปรับพฤติกรรมจึงมีแนวความคิดว่าน่าจะให้ผู้กระทำพฤติกรรมเป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง ซึ่งเรียกว่า การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีหลายประการดังนี้ ได้แก่

1.1 เป็นการเปลี่ยนความรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล และการปรับ

พฤติกรรมไปให้แก่ผู้ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่เพียงผู้เดียว ผู้ถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ได้ใช้ความพยายามมากขึ้น โอกาสที่โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะประสบความสำเร็จก็ย่อมจะมีมากขึ้นด้วย

1.2 การให้ผู้ถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นั้นเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นอย่างไรมีผลกระทบต่อใครบ้าง ความตระหนักในตนเองนี้เองก็จะช่วยให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป

1.3 การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้น ถ้าได้รับการฝึกจนเกิดความเคยชินแล้ว ก็อาจสามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้

2. ผลงานศึกษาวิจัยถึงผลที่เกิดจากการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง

2.1 ผลที่เกิดจากการสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมตนเองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตนเองสังเกตและบันทึกอยู่ ซึ่งพบว่าบางครั้งการสังเกตและบันทึกการเกิดและไม่เกิดพฤติกรรมที่ตนเองบันทึกอยู่ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับหรือความถี่ของพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้เป็นผลจากปฏิกิริยาการสนองตอบต่อข้อมูลที่บันทึกได้ (Nelson, 1977 อ้างถึงใน สม โภชน์เยี่ยมสุภามิต, 2539, หน้า 64-66) ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้คนเราเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเห็นข้อมูลที่ตนเองบันทึกไว้นั้น คือ แรงจูงใจหรือความต้องการของบุคคลที่อยากจะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ไม่ว่าข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกนั้นจะเป็นข้อมูลทางบวกหรือทางลบก็ตาม การบันทึกไม่ว่าจะเป็นการบันทึกทันทีหรือบันทึกทุกคืนก่อนนอน และไม่ว่าเครื่องมือในการบันทึกจะเป็นแบบใดก็ตาม ถ้าคนเรามีแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยน

2.2 พฤติกรรมของตนเองแล้ว ข้อมูลที่ได้ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นทันที

2.3 ความแม่นยำในการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง ซึ่งการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ตนเองนั้นอาจจะมีปัญหาในเรื่องของความแม่นยำในการสังเกตและบันทึกได้ เนื่องจากพฤติกรรมบางอย่างอาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้สังเกตไม่ทันระวังตัวเนื่องจากความเคยชิน หรือกระทำการเป็นนิสัยและนอกจากนี้ก็อาจเกิดขึ้นจากความลำเอียงของตนเองได้ แต่ก็มีข้อมูลที่น่าสนใจว่าความแม่นยำในการสังเกตนั้นอาจไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาการตอบสนอง

เนื่องจากการสังเกตและบันทึกตนเองอาจนำไปสู่ปฏิกิริยาสนองตอบต่อพฤติกรรมที่ตนเองกำลังสังเกตและบันทึกอยู่ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีจะต้องตระหนักกว่าจะใช้การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเองเพื่อเป้าหมายใด เพราะถ้าจะใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมของบุคคลก่อนดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว อาจจะเป็นการใช้ที่ไม่

เหมาะสมนัก เพราะอาจจะเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ แต่ถ้านำเอาการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเองมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปฏิบัติการตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ ก็อาจจะเป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมได้ แม้ว่าเราจะไม่รู้ถึงปัจจัยทั้งหมดที่ส่งผลต่อปฏิกิริยาการสนองตอบของบุคคลต่อข้อมูลที่บันทึกได้ก็ตาม อย่างไรก็ตามการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมตนเองมีประโยชน์อย่างมากในการประเมินและการใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากการรวบรวมข้อมูลเส้นฐาน (Baseline) หรือข้อมูลก่อนการดำเนินการปรับพฤติกรรม

วิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้น ไม่มีอะไรที่สลับซับซ้อน ทำเหมือนกับ การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยบุคคลอื่นทุกประการ ยกเว้นแต่ผู้กระทำพฤติกรรมจะเป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองเท่านั้น ดังนั้นจึงอาจจะบันทึกแบบความถี่ได้ เช่น การบันทึกจำนวนครั้งของการคิดถึงตนเองในทางลบ หรือจำนวนครั้งของการเข้าชั้นเรียนสาย เป็นต้น นอกจากนั้นอาจบันทึกความยาวนานของกาลเวลา เช่น บันทึกว่าตนเองใช้โทรศัพท์วันละกี่นาที อ่านหนังสือวันละกี่นาที เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกก็อาจจะใช้แค่ฟอร์มบันทึกพฤติกรรมกับดินสอก็ได้ แต่ถ้าเป็นการบันทึกเกี่ยวกับเวลาก็น่าจะมีการใช้การจับเวลา เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำกว่าที่จะดูเวลาจากนาฬิกาแขวนทั่วๆ ไป แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีได้ก้าวหน้าไปมาก เพราะว่าเดี๋ยวนี้มีนาฬิกาบางเรือนสามารถใช้เครื่องมือนับจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมจับเวลาได้ และอาจบันทึกอุณหภูมิของร่างกายได้อีกด้วย ซึ่งนับว่าสะดวกอย่างมากในการนำมาใช้บันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะมีการบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในตารางบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลและบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มและปริมาณที่ดื่ม เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

กายดิช (Gyudish, 1987) ได้ศึกษาการควบคุมตนเองในนักเรียนชาย ในวิทยาลัยที่ดื่มสุราหนัก โดยการใช้การฝึกการควบคุมตนเองร่วมกับการอ่านคู่มือช่วยตนเอง และภายหลังจากการทดลองพบว่า นักเรียนที่ได้รับการฝึกการควบคุมตนเองและอ่านคู่มือช่วยตนเอง (Self – Hand Manual) จะประสบความสำเร็จในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไดคลิเมนต์ และฮัซ (Diclemente & Hughes, 1990) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผลของโปรแกรมป้องกันการเสพยาและการรับรู้ความสามารถของตน โดยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 43 คน เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และภายหลังจากการทดลอง จึงได้ทำการวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งก็มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องแบบวัด Alcohol Abstinence Self – Efficacy (AASE) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยให้ผู้ตอบรายงานตนเองเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตน ตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่นำมาใช้กับการละเว้นการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนจะถูกนำมาใช้เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ความพยายาม และการกระทำที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 266 คน เป็นชาย 174 คน หญิง 92 คน อายุระหว่าง 18-62 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ความสามารถของบุคคลที่จะละเว้นการดื่มสุราในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงสูง 20 สถานการณ์ โดยประเมินระดับได้ 5 ระดับ และมีการประเมินภาวะกระตุ้นล่อใจให้ไปดื่มสุรามาจากสถานการณ์เดียวกัน ไปพร้อมกันด้วยจากการศึกษาพบว่า AASE มีความเชื่อมั่นและมีความเที่ยงตรงในองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ ภาวะอารมณ์ทางลบ แรงกดดันทางบวกจากสังคม ภาวะทางร่างกายและสิ่งกีดขวางใจ และอาการถอนยาและภาวะกระตุ้นล่อใจ

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) (1994) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับจิตสังคมบำบัด 3 วิธีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ คือ การบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) และการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF) ผลจากการศึกษาพบว่า จิตสังคมบำบัดทั้ง 3 วิธีการมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และได้ผลดีไม่แตกต่างกัน

สุวิทย์ โพธิราช (2542) ได้ศึกษาปัจจัยและผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของชาวชนบทอีสาน กรณีศึกษา บ้านนามะเฟือง หมู่ที่ 9 ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 32 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชายจะดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่ดื่มสุรามากคือ 15-20 ปี สาเหตุการดื่มจะมาจากการชักชวนของเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือความอยากรู้อยากลอง สำหรับแหล่งที่มาของสุรา คือ จากร้านค้าในหมู่บ้าน ประเภทเหล้าขาว 40 ดีกรีเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นจะมาจากการทำเอง เช่น สาโท เหล้ายาโดง ปริมาณของการดื่มมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการคือจะทำให้ค่าความหนาของร่างกาย (BMI) ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 25 และ

ยังมีผลกระทบจากการดื่มสุราอื่นอีกคือ ผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ ต่อสภาวะพหุวิสัยภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

ศิริพร ทองบ่อ, นิमित แก้วอาจ และคณะ (2548) ได้ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราจำนวน 17 ราย วิธีดำเนินการ 1. ขั้นเตรียมการ ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา โปรแกรมการรักษา ประเมินระดับความรุนแรงของการใช้สุราและภาวะขาดสุราเพื่อให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหา มีแรงจูงใจจะเลิกใช้สุรา 2. ขั้นดำเนินการ ให้บริการตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา โดยผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทุกวัน วันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับครอบครัว 1 ครั้ง 3. ขั้นสรุป/วิเคราะห์ประเมินผล 4. การติดตามผล ติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 หลังสิ้นสุดการบริการ สรุปผลโครงการ ผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 58.82 (N=17) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมุ่งมั่น ตั้งใจสูงและมีความเชื่อมั่นในโปรแกรมบำบัดว่าจะช่วยให้เลิกดื่มสุราได้ ส่วนที่เหลือจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 41.18 (N=17) ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้แต่มีพฤติกรรมในการดื่มลดลง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

เชอร์เซอร์ บรูซ และเชลลีย์ (Shertzer, Bruce, & Shelley, 1968, p. 449) สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง การให้คำปรึกษาที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่งหรือต้องการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกันมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนจากผู้นำศูนย์กลางมาเป็นกลุ่มเป็นศูนย์กลาง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหา ได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา หรือปรับปรุงตนเองทั้งยังได้รับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่นทั้งได้ตระหนักว่า คนอื่นก็มีปัญหาไม่ใช่ตนเองมีปัญหาเพียงอย่างเดียว วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้ จะทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจ ว่าตนสามารถให้ข้อคิดเห็นอันจะเป็นประโยชน์แก่กลุ่ม

โอห์ลเซน (Ohlsen, 1970, p. 31) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือที่ปกติให้ยอมรับปัญหาต่าง ๆ ของตนเองและแก้ปัญหาเหล่านั้น ก่อนที่จะกลายเป็นปัญหารุนแรง นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยผู้ที่มีปัญหาสามารถเรียนรู้ ที่จะนำเอาความคิดหรือประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันด้วย

วัชร ฐะคำ (2524, หน้า 117) ได้กล่าวถึง ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า

คือการที่มีผู้แนะแนวให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาครั้งละมากกว่าหนึ่งคน มุ่งที่จะช่วยให้สำรวจและประเมินตนเองเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองให้มากที่สุด สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองนำตนเองได้สามารถเจริญและดำรงชีวิตที่รับผิดชอบต่อตนเองและสังคมได้

ซูชัย สมิตีไกร (2527, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พอสรุปได้ว่า เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งมีจำนวนตั้งแต่สองคนขึ้นไป ความไว้วางใจ และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศเช่นนี้จะช่วยให้สมาชิกได้พูดถึงตนเองและสิ่งที่ทำให้เขารู้สึกกังวลใจ สิ่งที่เขาพบว่ามีปัญหากลุ่ม แต่เป็นปัญหาของเขาเอง สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มจะมีบทบาทช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้ความสนับสนุน แก่เขาในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ส่วนผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มก็มีบทบาทที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการของกลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจึงมุ่งให้สมาชิกรู้จัก เข้าใจ และยอมรับกันเองอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้สามารถเลือกทางออกแก้ไขปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจตนเองได้ อันจะนำไปสู่ความงอกงามทางจิตใจ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ตนปรารถนา

บุญโชติ แก้วแสนสุข (2532, หน้า 6) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า หมายถึง การที่บุคคล ซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการจะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกับการให้คำปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะได้มีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการสำรวจตัวเอง ได้ฝึกการยอมรับตัวเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา จะได้รับความคิดในการที่จะแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง

รวีวรรณ ชินะตะกุล (2537, หน้า 196) ได้ให้ความหมาย ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการที่จะปรึกษาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น รับฟังความรู้สึกของสมาชิกในกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มยังสามารถระบายความรู้สึกของตนให้กับกลุ่มฟังได้ ทั้งนี้เพื่อให้เขามีความรู้สึกว่าเขาได้แสดงความคิดเห็น

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้น เพื่อช่วยเหลือบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ในเวลาเดียวกันหรือกลุ่มที่มีความต้องการคล้าย ๆ กัน ซึ่งเป็นการจัดประสบการณ์เพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสสำรวจตนเองทั้งความคิด ทักษะคติ ความรู้สึก กล้าที่จะเผชิญปัญหา หรือปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาและการพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดการรับรู้เข้าใจ และยอมรับตนเองอย่างแท้จริง ตลอดจนเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนจุดมุ่งหมายของชีวิต ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มคือผู้ให้คำปรึกษาคอยกระตุ้น และเชื่อมโยงคำพูด และความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้องตอบข้อสงสัย หรือคอยให้ความรู้ และคำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ได้มีผู้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้มากมาย เช่น

เคลแมน (Kelman, 1963, pp. 339-432) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ ดังนี้

1. ทำให้สมาชิกแต่ละคนสามารถจัดความรู้สึกที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวออกไปได้
2. ส่งเสริมการยกย่องนับถือตนเอง และมีการยอมรับตนเองมากยิ่งขึ้น
3. ช่วยให้ผู้คล้อยใจปรับตัวและพัฒนาตนเอง
4. ช่วยให้ผู้สมาชิกแต่ละคนเรียนรู้ว่าจะเป็นตัวของตัวเองและกล้าแสดงความรู้สึกที่แท้จริง

ของตนเองได้

5. ทำให้เกิดความรับผิดชอบตนเองและแก้ปัญหาของตนเอง
6. ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธกับผู้อื่น
7. ช่วยให้ผู้คล้อยใจเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม
8. สามารถนำทักษะ และความรู้ ความเข้าใจ ที่ได้จากกลุ่มไปปรับปรุงตนเองใน

ชีวิตประจำวัน

บุญโชติ แก้วแสนสุข (2532, หน้า 9) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่า

1. เพื่อให้บุคคลสำรวจและประเมินตนเอง เน้นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองให้มากที่สุด
2. เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง นำตนเองได้และสามารถดำรงชีวิตที่รับผิดชอบต่อตนเองและสังคมได้
3. เพื่อให้บุคคลสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม

เหมาะสม

ทิพย์วรรณ กิตติพร (2535, หน้า 10) ได้กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพอสรุปได้ดังนี้

1. เพื่อที่จะเรียนรู้ในการให้ความไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น
2. ให้รู้จักตนเองให้ดีขึ้น และพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง
3. เพื่อให้ทราบถึงความต้องการและปัญหาของสมาชิกอื่น ๆ ที่คล้ายกัน
4. เพื่อช่วยให้มีการยอมรับตนเอง ความมั่นใจในตนเอง เคารพตนเอง รู้จักตนเอง

ได้ดีขึ้น

5. เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับข้อขัดแย้งต่าง ๆ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้
6. เพื่อให้เข้าใจถึงความรับผิดชอบของตนเอง เป็นการให้แนวทางของคนที่ถูกต้องและปฏิบัติตนกับผู้อื่น

7. ให้เข้าใจในการเลือกทางของตนเอง และสามารถเลือกได้เป็นอย่างดี
8. เพื่อเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง ให้เหมาะสมกับโครงการที่ตั้งไว้

9. เพื่อเรียนรู้ทักษะในการเข้าสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ
10. เพื่อเรียนรู้ต่อความต้องการอารมณ์ และความรู้สึกของผู้อื่นได้ดี
11. เรียนรู้ในการเผชิญหน้ากับผู้อื่นด้วยความจริงใจ บริสุทธิ์ใจ และอย่างตรงไปตรงมา

12. หลีกเลียงจากการกระทำตามความคาดหวังของผู้อื่น มาเป็นเรียนรู้ที่จะประพฤติปฏิบัติตามความต้องการ และความคาดหวังของตนเอง
13. สามารถชี้ให้เห็นถึงค่านิยมของตนเองที่แท้จริง และสามารถบอกได้ว่าค่านิยมนั้น ๆ เหมาะสมกับตนเพียงใด

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาได้สำรวจ และเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ขอมรับผู้อื่น เป็นคนมีความรับผิดชอบสามารถตัดสินใจได้เกี่ยวกับการกระทำของตนเอง นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปปฏิบัติเพื่อพัฒนา และปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองได้

บทบาทผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษา

ไคเยอร์ และเวรียน (Dyer & Vriend, 1975, pp. 142-175) ได้รวบรวมบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษาดังนี้คือ

1. ผู้นำควรบ่งชี้เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด การกระทำ และเนื้อหาสาระที่สมาชิกแต่ละคนจะอภิปราย แล้วสะท้อนกลับให้เข้าตัวเข้าใจ ถ้ายังไม่เข้าใจผู้นำควรทำความเข้าใจให้เข้าตัว และสมาชิกคนอื่นในกลุ่มเข้าใจตรงกัน
2. ผู้นำควรสรุปและทบทวนส่วนสำคัญ เพื่อให้เจ้าของปัญหา และสมาชิกคนอื่น ๆ เข้าใจในเรื่องราวโดยตลอด และทราบความก้าวหน้าของกลุ่มซึ่งจะทำเป็นระยะต่าง ๆ และการทำในตอนสุดท้ายที่ยุติการอภิปรายปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง
3. ผู้นำตีความหมายพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สมาชิกแสดงออกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่นำพูด แต่ต้องระมัดระวังเพราะถ้าสมาชิกยังมีจิตใจไม่พร้อมที่จะรับฟัง อาจทำให้เขารู้สึกไม่ปลอดภัยได้

4. ผู้นำควรให้ข้อมูลแก่กลุ่มที่คิดว่าเป็นประโยชน์และให้ข้อมูลเมื่อสังเกตว่ากลุ่มรับรู้ข้อเท็จจริงบางอย่างคลาดเคลื่อน

5. ผู้นำควรกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น พูดถึงปัญหาของตนเอง

6. ผู้นำควรช่วยให้สมาชิกตั้งเป้าหมายทุกครั้ง เช่น การระบุว่าจะเริ่มปรับปรุงตนเองเมื่อไร ที่ไหน และกระทำอย่างไร

7. ผู้นำควรช่วยให้มีการยุติการอภิปรายรายกลุ่มอย่างเหมาะสม โดยยุติ ทั้งเมื่อจบ การอภิปรายปัญหาของสมาชิกแต่ละคน จนแน่ใจว่าเขามีเป้าหมาย และควรสรุปผลของการประชุมให้สมาชิกทราบ และนัดหมายกันในคราวต่อไป

บทบาทของสมาชิกกลุ่มรับคำปรึกษา

โสรีซ์ โพธิ์แก้ว (2523, หน้า 9-10) กล่าวถึงบทบาทของสมาชิกในกลุ่มที่จะทำให้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ไม่พูดเรื่องนอกกลุ่ม สมาชิกควรพูดถึงเฉพาะบุคคลที่อยู่ในกลุ่ม สิ่งที่พูดในกลุ่มจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่นำออกไปพูดนอกกลุ่ม

2. การฟัง สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้สนใจรับฟังสมาชิกอื่นพูด ทั้งเนื้อหา และความรู้สึก ถ้ามีความยากลำบากในการฟังควรจะรีบบอกผู้พูด ไม่ควรปล่อยผ่านไป

3. การวิพากษ์วิจารณ์ สมาชิกควรพูดถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ที่นี้ เดียวนี้

4. การใช้สติปัญญาด้วยเหตุผล สมาชิกย่อมได้รับการกระตุ้นให้แสดงการร่วมความคิด และความรู้สึกซึ่งเป็นส่วนตัว จะผลัดเปลี่ยนกันไปถึงเรื่องราวต่าง ๆ ของสังคมและสนใจเรื่องราวเป็นรายบุคคล

5. การตั้งคำถาม การถามควรถามในลักษณะของคำถามปลายเปิด ข้อความความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะ

6. การเจาะระดับความรู้สึก จะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิก เพื่อให้รู้สึกว่า เขาคือใคร และรู้สึกอย่างไรอย่างแท้จริง

7. ความรู้สึกและความคิดเห็น สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจว่าสิ่งที่คิดและรู้สึกเป็นสิ่งที่แยกออกจากกัน

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)

1. หลักพื้นฐานของทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)

อารอน เบค (Aaron Beck) เป็นผู้บำบัดในแนวจิตวิเคราะห์มาหลายปี และมีความสนใจในเรื่อง ความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Automatic Thought) เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งนำมาสู่การตอบสนองอารมณ์ ของบุคคลในขณะที่ศึกษาแนวจิตวิเคราะห์อยู่นั้น เขาสนใจเนื้อหาความผัน

เกี่ยวกับการเก็บกดของผู้มารับคำปรึกษา ที่มีอารมณ์โกรธแล้วหันมาโกรธตัวเอง เขาเริ่มมองเห็นสิ่งที่มากกว่าอารมณ์โกรธ (Retroflected) ซึ่ง فروยด์ เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า โดยมีอคติจากการแปลความหมายหรือจากความคิด Beck ได้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้สังเกต Negative Automatic Thought ของตนเอง ที่ยังคงมีอยู่แม้ว่าพวกเขาพยายามไม่คิดแล้วก็ตาม อารอน เบค (Aaron Beck) ยืนยันว่า คนที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์นั้น มีแนวโน้มที่จะมีลักษณะการรับรู้ข้อเท็จจริงที่ผิดพลาด (Logical Errors) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเป็นจริง ไปในทิศทางของความรู้สึกเกลียดชังตนเอง ผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจมีแหล่งที่เกิดมาจากการคิดที่ผิด มีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้องโดยมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ข้อมูลที่ผิดหรือได้ข้อมูลที่ไมเพียงพอ และมีความล้มเหลวในการแยกแยะระหว่างความเพ้อฝันกับความเป็นจริง เรียกว่า “ความคิดที่บิดเบือน” (Cognitive Distortions) (Beck et al., 1979; Beck & Weishaar, 1995; Dattillio & Freeman, 1992 cited in Corey, 2000, p. 310) ดังนี้คือ

1.1 การสรุปที่เกินจริง (Overgeneralization) เป็นกระบวนการที่ยึดมั่นในความเชื่อที่มาจากเหตุการณ์เพียงเหตุการณ์เดียว และนำมาปรับใช้อย่างไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ไม่ได้คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเช่น ถ้าเรามีความยุ่งยากในการทำงานกับผู้ใหญ่คนหนึ่ง เราอาจจะสรุปได้ว่าเราจะไม่สามารถทำงานกับผู้ใหญ่ทั้งหมดได้ และอาจคิดเลยว่าเราไม่สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้

1.2 การยึดตนเองเป็นสำคัญ (Personalization) การถือเอาตัวไว้กับตัว เป็นความโน้มเอียงของแต่ละบุคคล ในการเชื่อมโยงเหตุการณ์ภายนอกกับตนเอง แม้ว่าจะไม่มีพื้นฐานในการเชื่อมโยงก็ตาม ตัวอย่างเช่น ในฐานะที่ผู้ให้บริการ หากผู้รับบริการได้รับการให้คำปรึกษาเป็นครั้งที่ 2 เราก็จะคิดว่า การขาดหายไปนั้นเนื่องมาจากการให้คำปรึกษาในครั้งแรกไม่ดีพอ เราจะบอกกับตัวเองว่า “เหตุการณ์นี้พิสูจน์ได้ว่า ฉันทำให้ผู้รับบริการแย่ลงและตอนนี้ผู้รับบริการคงไม่ต้องการความช่วยเหลืออีกต่อไป”

1.3 การตีตราและการตีตราที่ไม่เป็นความจริง (Labeling and Mislabeling) จะเกี่ยวกับการแสดงลักษณะที่คล้ายคลึงกันของบุคคล โดยมีพื้นฐานของความไม่สมบูรณ์แบบและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต แล้วปล่อยให้สิ่งนั้นเป็นตัวกำหนด ลักษณะของตนเองให้เป็นจริงขึ้นมา ตัวอย่างเช่น หากเราไม่สามารถเป็นดังที่พ่อแม่คาดหวังไว้ เราอาจจะบอกตัวเองว่า “ฉันนี้ช่างไร้ค่าเสียจริง ๆ ฉันติดยา ฉันจึงไม่ควรเป็นลูกของพ่อแม่เลย”

1.4 ความคิด 2 ด้าน (Polarized Thinking) เกี่ยวกับความคิดและการแปลความหมายในทุกคำหรือไม่แปลเลย อีกนัยหนึ่งคือ การจัดหมวดประสบการณ์ในอย่างใดอย่างหนึ่งหรือลักษณะสุดกู่ตัวอย่าง เช่น ความคิดที่จัดแบ่งออกเป็น 2 ทาง โดยถือเอาลักษณะตรงข้ามเป็นเกณฑ์

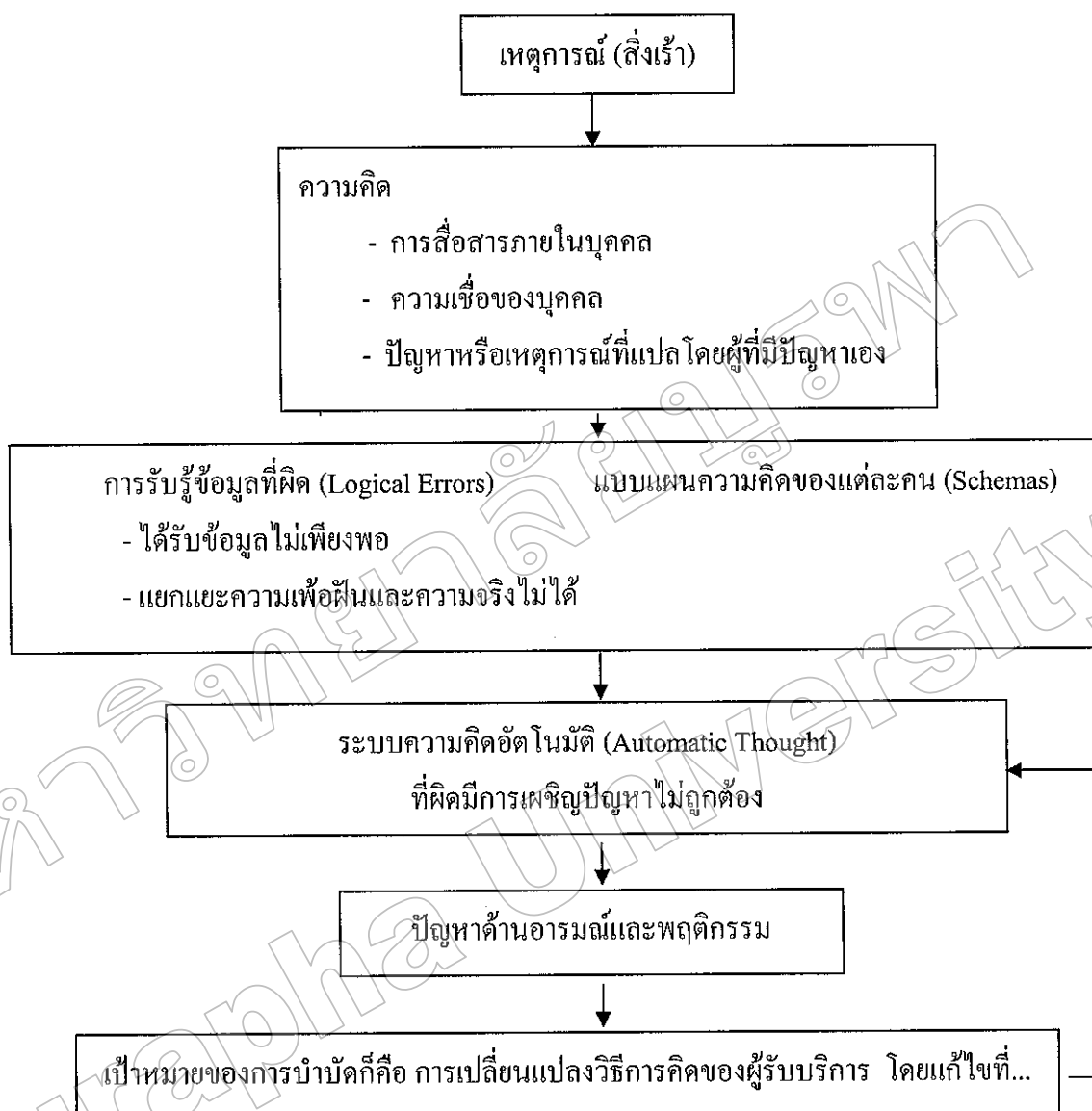
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะถูกจัดแบ่งเป็น คำหรือขาว เราอาจไม่มีเส้นกำหนดของการเป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ อาทิ เช่น การที่เราเป็นนักเรียนคนหนึ่ง หากเราคิดว่าเราเป็นคนไม่เก่ง เราจะคิดว่าเราเป็นนักเรียนที่เรียนได้ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง หรือในแง่ตรงกันข้าม หากเราคิดว่าเราเป็นคนเก่ง เราจะคิดว่าเราเป็นนักเรียนที่เก่งมากคนหนึ่ง

1.5 การเลือกสรุป (Selective Abstraction Consists) ประกอบด้วย รูปแบบของการลงสรุป โดยมีพื้นฐานจากรายละเอียดที่แยกออกจากเหตุการณ์ในแต่ละวัน ซึ่งในกระบวนการนี้ คนจะเพิกเฉยต่อข้อมูลอื่นๆ และมีการขาดหายไปของความสำคัญของบริบททั้งหมดมีความรู้สึกลัวว่า ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่จะต้องล้มเหลวและทำให้ไม่มีความสุข ในฐานะตัวอย่าง เช่น ในฐานะของคนคนหนึ่ง จะวัดคุณค่าของตนเองจากข้อผิดพลาดหรือจุดอ่อน ไม่ได้วัดจากความสำเร็จโดยรวม

1.6 การเพิ่มและลดระดับความเป็นจริง (Magnification and Minimization) ประกอบด้วย การรับรู้ในตัวผู้รับบริการ หรือสถานการณ์ที่ใหญ่หรือเล็กเกินความจริง โดยเราอาจสร้างความคิดที่ผิดพลาดนี้จากการคาดคะเนของตัวเอง คือ ความผิดพลาดเล็กน้อยของผู้อื่นเราอาจคาดคะเนว่ามีรุนแรงมากกว่าความจริงกว่าที่ผู้มีปัญหานั้นคิด หรือความผิดพลาดของผู้อื่นที่บางเรื่องเราจะมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย สำหรับการแก้ไขปัญหา

เบค (Beck, 1976, cited in Corey, 2000, p. 310) ได้เขียนข้อความหนึ่งไว้ คือ

“Cognitive Therapy ประกอบด้วยวิธีการทั้งหมดที่ทำให้ลดภาวะความไม่สบายใจโดยการแก้ไขความคิดที่ผิดและสัญญาณเด่นชัดของตนเอง” ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ Cognitive Therapy ของ เบค (Beck, 1979 อ้างอิงใน
น้ำฝน วุฒิสินธ์, 2545 หน้า 78)

2. ข้อตกลงเชิงทฤษฎี

ทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาสำหรับยาเสพติด (Cognitive Theory of Substance Abuse) คือ ทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ซึ่งเกิดจากการวิจัยศึกษาค้นคว้าหาความรู้ และจากประสบการณ์ ของ เบค (Beck) และคณะในมหาวิทยาลัย ซึ่งการบำบัดทางปัญญา เป็น กระบวนการทางจิตวิทยาที่พยายามที่จะเปลี่ยนอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้อง

โดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อที่ผิดพลาด ซึ่งเป็นรากฐานของการตอบสนองให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว ในการบำบัดจะเริ่มจากการรับทราบข้อมูลจากความคิดเฉพาะของผู้ป่วยนำมากำหนดหลักสูตร และสะท้อนกลับ ถึงรูปแบบความคิดที่ทำให้เกิดปัญหานั้น ซึ่งรูปแบบการบำบัดจะประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพในแต่ละแบบแผนชีวิตที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน รูปแบบการบำบัดทางปัญญาจะแตกต่างจากทฤษฎีอื่น ๆ (Beck et al., 1993, p.27) ดังนี้ คือ การสร้างความไว้วางใจกับผู้บำบัด เชิงรุก การใช้คำถามปลายเปิด – ปิด เป็นพื้นฐานส่วนใหญ่ รูปแบบโครงสร้างที่แข็งแกร่ง และชัดเจน

ตามทฤษฎีของการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Theory) ได้กล่าวไว้ว่า บุคลิกภาพนั้นสะท้อนถึงการจัดระเบียบและโครงสร้างของกระบวนการรับรู้ ซึ่งมีอิทธิพลมาจาก พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Beck & Weishaar, 1989 cited in Corey, 2000, p. 317)

ทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ให้ความสำคัญกับกระบวนการรับรู้ที่ก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม อารมณ์และพฤติกรรมของคนที่แสดงออกจะเป็นผลมาจากวิธีที่คนคนนั้นเข้าใจและแปลความหมายในแต่ละเหตุการณ์และสภาพการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร (Beck, 1976 cited in Corey, 2000, p. 317)

แบบแผนความคิด (Schemas) คือแบบแผนความคิดความเชื่อพื้นฐานและสมมติฐานความคิดของแต่ละคนมีอิทธิพลอย่างมากต่อกระบวนการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งมีผลต่อสภาพความเป็นจริงของแต่ละคน (Individual Structures Reality) การตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับตนเอง การแปลความหมายประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับอนาคต (Beck & Weishaar, 1989 cited in Corey, 2000, p. 317) Schemas ของแต่ละคน อาจเป็นไปได้ทั้งแบบปรับตัวได้ หรือลึ้มเหลวขึ้นอยู่กับโครงสร้างการรับรู้ ของแต่ละคน คนนั้นจะถูกสร้างและคงสภาพอยู่ได้แค่ไหน คนแต่ละคนจะสร้าง จัดการ และแปลผลเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้พื้นฐานจะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะเข้าใจและปฏิบัติต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร อารอน เบค (Aaron Beck) เชื่อว่า จุดสำคัญของการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมไม่ได้มาจากการเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลดังเช่น REBT ของ ELLIS แต่เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการรับรู้ ความคิดและความเข้าใจ (Cognition) พฤติกรรมที่ผิดพลาดไป เกิดจากการผิดพลาดของระบบความคิด (Cognitive Distortion) ความคิดที่ถูกบิดเบือนและความเข้าใจที่ผิดพลาดหวังและปรับตัวไม่ได้ Beck จึงให้ความสำคัญของปัจจัยด้านความคิดของแต่ละคน (Weishaar, 1993 cited in Corey, 2000, p. 310) ดังนี้

2.1 การเข้าถึงกระบวนการสังเกตความเป็นไปเกี่ยวกับจิตใจของตนเอง

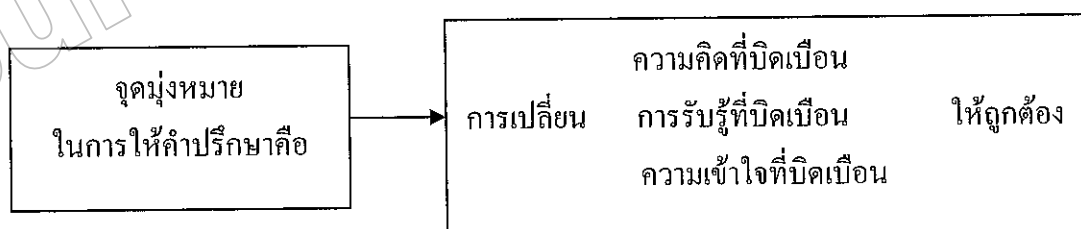
2.2 ความเชื่อของผู้ป่วย (Client) มีความหมายต่อตนเองอย่างยิ่ง

2.3 ความหมายต่าง ๆ สามารถถูกค้นพบได้เองโดยผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจของคนที่มากกว่าที่จะได้รับการสอนหรือแปลความหมายจากผู้บำบัด

พื้นฐานทางทฤษฎีสนับสนุนว่าการเข้าถึงธรรมชาติอารมณ์ที่เกิดขึ้นในใจหรือเมื่อถูกรบกวนอารมณ์ เป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องไปที่เนื้อหาในด้านการรู้คิดของปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้นเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ (De Rubeis & Beck, 1988 cited in Corey, 2000, p. 310)

เป้าหมายก็คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดของผู้รับบริการ โดยการให้เขาใช้ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีที่มีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ เพื่อที่จะให้เข้าใจถึง แบบแผนของความคิด (Schema) จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและเริ่มที่จะใส่ความคิดลงไปแบบแผนความคิด เพื่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด ซึ่งทำได้โดยการให้กำลังใจผู้รับบริการในการรวบรวมและพิจารณาอย่างรอบคอบต่อเหตุการณ์ที่สนับสนุนความเชื่อของตนจากการศึกษาทางคลินิกแสดงให้เห็นความสำคัญของการนำการบำบัดทางปัญญา ไปใช้ในการบำบัดความผิดปกติอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการนำไปบำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Beck, 1991 cited in Corey, 2000, p. 310) อาการกลัวจนเกินเหตุ (Phobia) ความผิดปกติทางจิตที่ก่อให้เกิดอาการทางกาย (Psychosomatic Disorders) ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร (Eating Disorder) อาการโกรธและการตื่นตระหนก (Anger and Panic Disorders) (Dattilio & Salas-Auvert, 1998 cited in Corey, 2000, p. 310)

ซึ่งผู้วิจัยแสดงรูปภาพเพื่อความเข้าใจ ถึงจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงกรอบจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาดังตามแนวการบำบัดทางปัญญา

การบำบัดรักษาจะต้องเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน การรับรู้ที่บิดเบือน ความเข้าใจที่บิดเบือนให้ถูกต้อง ซึ่งจะต้องเข้าใจกลไกต่อไปนี้

สิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในร่างกาย จิตใจ หรือความคิดฝังรากลึกเช่น “ผมมันเลว จึงไม่มีคนชอบผมเลย” ส่งผลให้เกิดความนึกคิดติดยา (Addictive Belief) เช่น “ถ้าผมใช้ยาเหมือนเขา เขาก็จะชอบผม เขาก็จะยอมรับผม” ส่งผลให้เกิดการพลอใช้ยา (Lapse) และเกิดความนึกคิดลงโทษตัวเอง หรือประณามตนเอง ซึ่งจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้กลับมาใช้อีก (Relapse) จะต้องช่วยผู้รับการบำบัด (Client) แก่ไขความนึกคิดผิด ๆ ข้างต้น (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2545, หน้า 173)

3. กระบวนการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)

มีกระบวนการหลายอย่างที่ช่วยให้คนไข้เปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบ ไปเป็นความคิดด้านบวก และมีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ การให้คำปรึกษาแบบการบำบัดทางปัญญา ทั้งผู้บำบัดและผู้รับบริการจะต้องมีความเชื่อว่า ความเชื่อ ความคิดทัศนคติมุมมอง และการสนทนาทั้งหมดนั้นมาจากภายในของคน ผู้บำบัดจะสามารถดึงข้อมูลส่วนนี้ออกมา เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่อไปนี้ คือ

3.1 ความบกพร่องทางอารมณ์ (Dysfunctional Emotions)

3.2 พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนในทางที่ไม่ถูกต้อง (Behavior is to Modify Inaccurate)

3.3 ความบกพร่องทางความคิด (Dysfunctional Thinking)

ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้มารับบริการได้รับรู้ถึงลักษณะดังกล่าวว่า เป็นความคิดที่บิดเบือนและบกพร่อง และจะช่วยให้ผู้รับบริการก็จะสามารถแยกแยะได้ระหว่างความคิดของตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงผู้รับบริการจะถูกสอนให้ตระหนักในการเฝ้าสังเกต เฝ้าดูความคิด และข้อสมมติฐานของตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยเสริมสร้างให้ความคิด การปรับตัวและพฤติกรรมของผู้รับบริการไปในทางที่ดีขึ้น

หลังจากที่ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้ถึงการที่มีความคิดทางด้านลบที่ไม่เป็นจริงนั้น ส่งผลต่อตัวเองอย่างไรแล้ว ผู้รับบริการจะถูกฝึกเพื่อทดสอบว่า ความคิดอัตโนมัติต่อต้านความจริงหรือไม่ โดยการตรวจสอบและให้น้ำหนักการต่อต้านนั้น ซึ่งกระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับ

- 1) การทดสอบสิ่งที่สังเกตได้จากความเชื่อที่อยู่ในรูปประโยคที่ผู้บำบัดใช้ถามตอบ ซึ่งเป็นวิธีการสอนแบบหนึ่งที่ไซเกรติส เคยสอนไว้
- 2) มีการกำหนดงานให้กลับไปทำที่บ้าน
- 3) รวบรวมข้อสมมุติที่ตนสร้างขึ้นและทำการจัดทำกิจกรรม
- 4) สร้างการแปลความในรูปแบบอื่น ๆ (Freeman & Dattilio, 1994 cited in Corey, 2000, p. 312)

ผู้รับบริการสร้างสมมุติฐาน ที่เกี่ยวพฤติกรรมและเรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะเฉพาะอย่าง และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อผ่านกระบวนการการค้นพบข้อที่เนะดังกล่าว ผู้รับบริการจะได้รับการหยั่งรู้เกี่ยวกับการเชื่อมโยง ระหว่างความคิดของตนเองและสิ่งที่ตนเองรู้สึกและกระทำ

4. สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด

การบำบัดในแนวทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (CT) นั้น จะแตกต่างกับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) ในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด Ellis มองว่าผู้บำบัดส่วนใหญ่เปรียบเสมือนครู โดยไม่คำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในทางตรงกันข้าม Beck (1987 cited in Corey, 2000, p. 310) เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งกระบวนการบำบัดในแนวการบำบัดทางปัญญา มีปัจจัยสำคัญ คือ

4.1 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับผู้บำบัด จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินการบำบัด

4.2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้บำบัด อาทิ เช่น บุคลิกภาพมีความอบอุ่นอย่างแท้จริง เข้ากับผู้อื่นได้ ยอมรับโดยไม่ใช้การตัดสินใจของตนเอง มีความสามารถในการสร้างความไว้วางใจกับผู้รับคำปรึกษา หลักของการบำบัดที่โรเจอร์ได้อธิบายไว้ใน การให้คำปรึกษา โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นผู้บำบัดในแนวทาง Cognitive Therapy เห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดผลต่อการบำบัดสูงสุด

ดังนั้นในแนวทางของการบำบัดทางปัญญา จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการดังนี้ คือ

1. ผู้บำบัดกับผู้รับบริการจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่มั่นคงอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องมีความกระตือรือร้นที่จะให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ได้รับการบำบัด ผู้บำบัดและผู้รับบริการจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้บำบัดได้ให้การควบคุม ความคิดและพฤติกรรมต่อปัญหาที่มีอยู่ในขณะนั้น มีการสร้างมโนภาพของความคิดและสังเกตพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ทั้งทางด้านบวกและลบ ที่จะชี้นำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว (Weishaar, 1993 cited in Corey, 2000, p. 313)

2. ผู้บำบัดจะต้องทำให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง เพื่อนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดเพื่อทำให้เกิดทักษะใหม่ๆ ผู้บำบัดจะต้องทำให้เกิดความคิดที่หลากหลาย เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ และการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดบางอย่างไปสู่การปฏิบัติได้ (Beck, 1979, Beck & Wechaar, 1995 cited in Corey, 2000, p. 313)

3. ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้แสดงบทบาทในกระบวนการบำบัด นำหัวข้อของปัญหามานำเสนอ เพื่อคุณลักษณะความคิดที่บิดเบือนไป สรุปประเด็นปัญหาและให้ความร่วมมือในการทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการปฏิบัติตามรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมแบบใหม่ จนกระทั่งสามารถให้ผู้รับบริการมีความคิดและการแสดงออกไปในทางที่ดี

ขึ้น (Beck 1995; Meichenbaum, 1997 cited in Corey, 2000, p. 313) ในแนวคิดของ Beck การมีส่วนร่วมในความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการจะมีลักษณะคล้ายกับที่เคยเกิดขึ้น (Beck & Haaga 1992; Beck, 1995 cited in Corey, 2000, p. 313) จุดมุ่งหมายของผู้บำบัดในแนว Cognitive Therapy คือ การสอนให้ผู้รับบริการได้เป็นผู้บำบัดตนเอง โดยผู้บำบัดจะให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับธรรมชาติและแนวคิดของปัญหาตนเอง และกระบวนการของ Cognitive Therapy รู้วิธีคิดที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม กระบวนการให้ความรู้ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของเขาและกลับไปสู่การป้องกันการกำหนดงานให้ทำ และหนังสือบำบัดมักถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของ Cognitive Therapy ซึ่งการกำหนดงานนี้จะเหมือนการได้ ดูแลปัญหาเฉพาะอย่างของผู้รับบริการ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด โดยการทำให้เกิดความร่วมมือ เป้าหมายของการทำการบ้านใน Cognitive Therapy ไม่ได้เพียงสอนทักษะใหม่ ๆ ให้กับผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังให้ผู้รับบริการสามารถทดสอบความเชื่อในสถานการณ์ประจำวันได้ สิ่งที่เน้น คือ การมอบหมายงานให้ผู้รับบริการได้ช่วยเหลือตนเอง โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้รับขณะบำบัดรักษาไปปรับใช้ในสถานการณ์ประจำวัน

5. การนำการบำบัดทางปัญญามาใช้ในการบำบัดรักษา

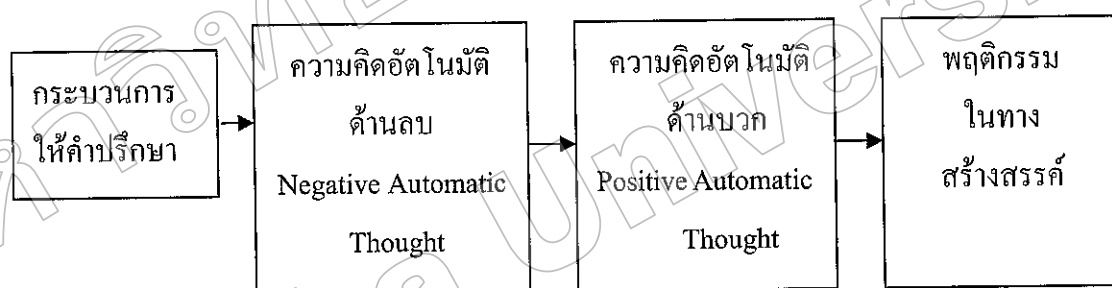
ในระยะแรกการบำบัดทางปัญญาจะเป็นที่รู้จักในฐานะที่เป็นวิธีการรักษา ภาวะซึมเศร้า แต่ในงานวิจัยต่อ ๆ มาได้มุ่งไปในการศึกษาและการรักษาความวิตกกังวล วิธีการบำบัดในแนว CT ได้นำไปประยุกต์ใช้กับเด็กและครอบครัว เด็กที่ถูกทำร้าย การฟื้นฟูสมรรถภาพจากการใช้ยาเสพติด กลุ่มสมรส การให้คำปรึกษาเรื่องการหย่าร้าง ความวิตกกังวล ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและปัญหาสุขภาพ (Granvold, 1994; Dattilio, 1998 cited in Corey, 2000, p. 314)

การนำเทคนิคการบำบัดทางปัญญามาประยุกต์ใช้ ไม่ได้คำนึงถึงธรรมชาติของปัญหาที่เฉพาะเจาะจง แต่ผู้บำบัดแนว CT นั้นจะให้ความสนใจกับวิธีการที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือบุคคลให้สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่แตกต่างออกไปจากชีวิตประจำวัน การลองคิดประยุกต์เอาหลักการของ CT มาใช้ในห้องเรียน และการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (Beck, 1976 cited in Corey, 2000, p. 314) ยกตัวอย่างเช่น ในชั้นเรียนอาจารย์ไม่ได้เรียกชื่อคุณ ในระหว่างการสอน คุณรู้สึกหงุดหงิดและมีความคิดต่อตัวเองว่า “อาจารย์คงคิดว่าเราโง่ และฉันคงไม่มีค่าพอสำหรับชั้นเรียนชั้นนี้แล้ว อาจารย์ก็คิดถูก เพราะคนอื่นเขาฉลาดกว่าฉันและยังพูดได้ชัดเจนกว่าฉันซึ่งมันก็จะเกิดขึ้นกับชีวิตของฉันเช่นนี้เสมอ” ดังนั้นการแปลความที่แตกต่างออกไป ที่อาจเป็นไปได้ก็คือ อาจารย์ที่สอนคงต้องรวบรัดในประเด็นที่ได้อภิปรายกันเพราะมีเวลาน้อย และต้องการสอนต่อไป ซึ่งอาจารย์รู้ถึงความคิดคุณแล้ว ผู้บำบัดอาจทำให้คุณได้ตระหนักถึงรูปแบบความคิดที่บิดเบือนโดยการทดสอบ ความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ (Automatic Thinking)

ของคุณ ผู้บำบัดจะฟังความคิดเห็นของคุณ ซึ่งอาจจะผิดหลังจากนั้น ก็จะให้ย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์ตอนเริ่มต้นในชีวิตคุณ ดังนั้นผู้บำบัดจะช่วยให้คุณเห็นว่า สิ่งที่คุณคิดสรุปว่าตัวเองโง่ และมีคุณค่าเพียงเล็กน้อยนั้น เป็นพื้นฐานข้อมูลที่บิดเบือนไปจากอดีต

ในฐานะผู้รับบริการ จะเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการของความคิดที่เกินจริงและดูหมิ่นตนเอง ซึ่งเป็นการตีความเหตุการณ์เกินความเป็นจริง (ที่คิดว่าอาจารย์คิดว่าคุณโง่) การดูหมิ่นตนเอง (ตนเองมีคุณค่าน้อยต่อชั้นเรียน) ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้เกี่ยวกับ ความคิดด้านลบของผู้รับบริการ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม อาทิเช่น ความคิดที่ยึดติด ความคิดที่ขยายออก จากเหตุการณ์ที่ล้มเหลวเพียงครั้งเดียว มาเป็นความคิดด้านบวก ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยจะสรุปกระบวนการการให้คำปรึกษาเป็นรูปภาพดังนี้

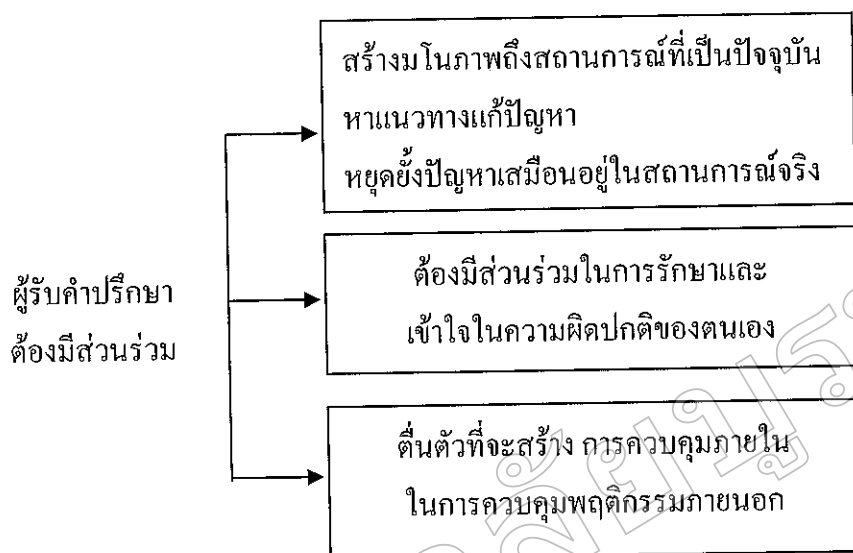
กระบวนการให้คำปรึกษา



ภาพที่ 4 แสดงกรอบแนวคิดในการให้คำปรึกษาตามแนวทางของ อารอน เบค (Beck, 1979

อ้างอิงใน ธิดา จัปจิตต์, 2547, หน้า 52)

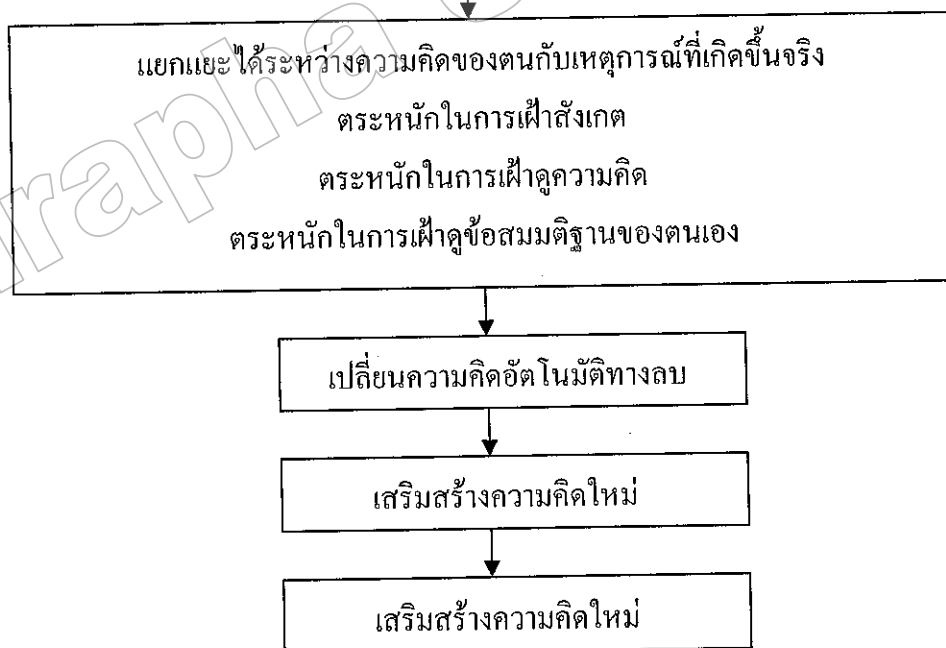
การมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษาต่อกระบวนการให้คำปรึกษาแนวการบำบัดทางปัญญา



ภาพที่ 5 แสดงกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษาตามแนวการบำบัด
ทางปัญญา ของ อารอน เบค (Beck, 1979 อ้างอิงใน ธิดา จัปจิตต์, 2547, หน้า 52)

การให้คำปรึกษาเกิดผลทางบวก

ผู้รับคำปรึกษา



ภาพที่ 6 แสดงผลที่เกิดจากการให้คำปรึกษาต่อผู้รับการบำบัด เบค (Beck, 1979
อ้างอิงใน ธิดา จัปจิตต์, 2547, หน้า 52)

ลักษณะและระยะเวลาในการทำกลุ่มปัญญบำบัด ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มปัญญบำบัด เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) เสนอแนะว่าในการทำกลุ่มปัญญบำบัดควรเป็นกลุ่มเปิด ขนาดเล็ก จำนวนผู้รับการบำบัดตั้งแต่ 3- 15 คน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เตรียมความพร้อมร่วมกันตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการบำบัด เกิดการร่วมมือ ความเข้าใจและยอมรับการเป็นสมาชิกของกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากที่สุด

2. ระยะเวลาและความถี่ในการทำกลุ่มปัญญบำบัด ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1.5 – 2 ชั่วโมง เนื่องจากผู้บำบัดและกลุ่มผู้รับการบำบัดไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป มีความสนใจและร่วมมือในการบำบัดได้ดี และความถี่แต่ละครั้งไม่มีการกำหนดระยะเวลาชัดเจน แต่ควรทำการบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. จำนวนครั้งในการทำกลุ่มปัญญบำบัด ควรมีจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 12-20 ครั้ง โดยผู้บำบัดวางแผนกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด แล้วเสนอตกลงร่วมกับกลุ่มผู้รับการบำบัดอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มผู้รับการบำบัดทราบถึงกำหนดการและแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจน

แต่อย่างไรก็ตาม เฟนเนล (Fennell, 1998) ได้กล่าวว่าการทำกลุ่มปัญญบำบัดเป็นการบำบัดระยะสั้น อาจกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 4- 20 ครั้ง และการทำกลุ่มปัญญบำบัดกับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มักประสบผลสำเร็จ ได้ตั้งแต่จำนวนครั้งของการบำบัดที่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับที่ยังไม่มีการติดแอลกอฮอล์

6. เทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)

เทคนิคการบำบัดทางปัญญาที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอยู่หลายเทคนิค ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะนำเฉพาะเทคนิคที่เกี่ยวข้อง กับขบวนการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ซึ่งมีดังนี้

6.1 เทคนิคการหยุดความคิด (Thought Stopping) เทคนิคการหยุดความคิดพัฒนาขึ้นมา โดย เบิน (J.A. Bain) ตั้งแต่ ค.ศ. 1928 แต่ผู้ที่พัฒนาและเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย คือ โวลเป้ (Joseph Wolpe) การหยุดความคิดเป็นเทคนิคที่ง่าย แต่มีประสิทธิภาพในการยับยั้งความคิดที่ไม่พึงประสงค์อย่างได้ผล (Mikulas, 1978, p. 132) การหยุดความคิด เป็นเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อันเนื่องมาจากความคิดวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา เช่น มีความคิดว่าตนเป็นคนล้มเหลวในชีวิต เป็นคนไร้ค่า เป็นต้น ความวิตกกังวลเหล่านี้เป็นความคิดที่ไม่พึงประสงค์ เป็นความคิดที่ไม่ค่อยอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง และเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล

6.1.1 กระบวนการหยุดความคิดของเวลเป้ มีกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (Martin, 1988, pp. 402-403; Mikulas, 1978, p. 132)

6.1.1.1 ให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่เขามีความวิตกกังวลนั้น ขณะที่ผู้รับการบำบัดกำลังคิดอยู่นั้น ให้ผู้บำบัดตะโกนด้วยเสียงอันดังว่า “หยุด” การตะโกนว่า “หยุด” ให้กระทำโดยไม่ให้ผู้รับการบำบัดรู้ตัว และให้กระทำทันทีทันใด เมื่อผู้รับการบำบัดกำลังคิดถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวที่กำลังกังวลอยู่ กระทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

6.1.1.2 ฝึกให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่เขามีความวิตกกังวล และตะโกนด้วยเสียงอันดังว่า “หยุด” เพื่อหยุดความวิตกกังวล ฝึกซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งผู้รับบริการทำได้ด้วยตนเองอย่างคล่องแคล่ว

จากกระบวนการการหยุดความคิด ที่เวลเป้เสนอมา 2 ประการนั้น จะเห็นว่าเทคนิคการหยุดความคิดของเวลเป้ ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักทฤษฎีการวางเงื่อนไขสิ่งเร้าเป็นพื้นฐานนั่นเอง

6.1.2 ข้อควรพิจารณาในการใช้เทคนิคการหยุดความคิด ในการใช้เทคนิคการหยุดความคิดมีความยุ่งยากคือ ผู้บำบัดจะรู้ได้อย่างไรว่า ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์หรือความคิดที่เขาวิตกกังวลจริง เพราะความคิดเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ถ้าผู้รับการบำบัดไม่ได้คิดถึงเรื่องดังกล่าว การใช้เทคนิคการหยุดความคิดคงไม่บังเกิดผลในการบำบัด ดังนั้นในการใช้เทคนิคในการหยุดความคิด จะต้องแน่ใจได้ว่า ผู้รับการบำบัดจะต้องคิดถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เขากำลังวิตกกังวลโดยเปล่งเสียงออกมาด้วย แล้วดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการหยุดความคิดต่อไป ต่อมาก็ให้คิดในใจแล้วดำเนินการตามกระบวนการต่อไปเช่นเดิม ในการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ โดยการนำเทคนิคการหยุดความคิดมาใช้ในขั้นตอนหยุดวงจรการดื่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ในระหว่างสภาวะการติดสุราตัวกระตุ้นความคิดถึงการดื่ม รู้สึกอยากดื่มจะไปด้วยกันอย่างไรก็ตาม โดยปกติแล้วจะเกิดขึ้นเป็นลำดับต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1

ตัวกระตุ้น → คิดถึงการดื่ม → รู้สึกอยากดื่ม → กลับไปดื่ม

ขั้นตอนที่ 2

การหยุดความคิด

ตัวกระตุ้น → คิดถึงการดื่ม ~~→ รู้สึกอยากดื่ม~~ → หยุดดื่ม

ภาพที่ 7 แสดงการใช้ เทคนิคการหยุดความคิดในวงจรการดื่มแอลกอฮอล์

กฎเกณฑ์สำคัญที่จะจัดการกับกระบวนการเหล่านี้ได้สำเร็จ คือ การหยุดความคิดถึงการดื่มไว้ ตั้งแต่เริ่มต้นก่อนที่จะไปถึงขั้นรู้สึกอยากดื่ม ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สิ่งสำคัญที่จะต้องทำก็คือ ให้รู้เท่าทันความคิดของตัวเองว่าจะเกิดอะไรขึ้นให้เร็วที่สุด

6.2 การบำบัดแบบควบคุมตนเอง (Self – Control Therapy) แคชดิน (Kazdin, 1980, p. 196) กล่าวว่า การควบคุมตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนต้องการ โดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ตนเองพิจารณาตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่คอมเมียร์ และคณะ (Comier & Sherilyn, 1979, p. 476) ให้ไว้ว่าการควบคุมตนเองคือ กระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีการรวมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยที่บุคคลนั้นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นด้วยตนเอง ส่วนผู้บำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษานั้น มีบทบาทเพียงเป็นผู้ฝึกวิธีการที่เหมาะสมให้เท่านั้น ในงานวิจัยครั้งนี้จะขอกล่าวถึงเทคนิคการควบคุมตนเองที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาจากแอลกอฮอล์ คือ

6.2.1 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) (Beck et al. , 1993)

สิ่งแรกที่เรควรใช้เป็นยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพต่อการลดการดื่มแอลกอฮอล์ คือ การกำจัดสิ่งเร้าซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ไปดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามตัวกระตุ้นมีทั้งตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก คนมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ คือ รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว วิตกกังวล เหนื่อย ตื่นตระหนก และสิ่งเร้าภายในอื่นๆ เมื่อผู้รับการบำบัดอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ผู้บำบัดจะให้กำลังใจแยกแยะสิ่งเร้า (ทั้งภายในและภายนอก) และวิธีการจัดการกับตนเอง เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการไม่ไปเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์กระตุ้น (Carroll, Rounsaville & Killer, 1991 cited in Beck et al., 1993)

สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนี้ไม่ใช่สาเหตุของพฤติกรรม แต่เป็นเพียงตัวนะให้บุคคลรู้ว่าเวลาและสถานที่เชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการนั่ง เป็นต้น สิ่งเร้าที่เป็นตัวนะให้กระทำพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ อากาศ แสง เสียง การกระทำของผู้อื่น และสิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึกของบุคคล เป็นต้น

วิธีการควบคุมสิ่งเร้า วัดสัน และ ทาร์ป (Watson & Tharp, 1972, pp. 153-162) เสนอวิธีการควบคุมสิ่งเร้าไว้ 4 วิธี ดังนี้

6.2.1.1 วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ วิธีการนี้กระทำโดย หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่จะนะให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์แล้ว จึงสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ขึ้นมาพร้อม ๆ กัน วิธีการ

ควบคุมสิ่งเร้านี้นิยมใช้กับบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมทางด้านการบริโภค เช่น ดิสุราเรื้อรัง สูบบุหรี่จัด คนอ้วน และผู้ที่มีปัญหาทางด้านการเข้าสังคมกับผู้อื่น เป็นต้น

6.2.1.2 การหยุดชั่วขณะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นอย่างรุนแรง สิ่งเร้าบางอย่างกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมหุ่นยนต์ ขาดการยั้งคิด เช่น สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นต้น การควบคุมสิ่งเร้าวิธีนี้กระทำโดยการหยุดชั่วขณะในการที่จะกระทำพฤติกรรม เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น เช่น บุคคลถูกกระตุ้นเมื่อเห็นบุหรี่บุคคลถูกเพื่อนขู่ยู่ให้กล่าวคำหยาบจะหยุดชั่วขณะก่อนที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น การหยุดชั่วขณะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น จะทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินยั้งคิดก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม

6.2.1.3 การทำลายโซ่พฤติกรรม มีพฤติกรรมเป็นจำนวนไม่น้อยที่เกิดจากการเชื่อมโยงของสิ่งเร้าที่เป็นพฤติกรรมของตนเองเป็นลูกโซ่ต่อกัน และพฤติกรรมสุดท้ายที่เกิดในลูกโซ่นั้นอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ บุคคลสามารถควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้โดยการทำลายโซ่ของพฤติกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น บุคคลต้องการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และมักพบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ มักเริ่มด้วยการเข้าร่วมวงสนทนากับเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์ นั่งสนทนากัน เพื่อนยื่นแอลกอฮอล์ให้ดื่ม รับแอลกอฮอล์มาดื่ม การควบคุมพฤติกรรมไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ ทำได้โดยการทำลายโซ่พฤติกรรม คือไม่เข้าไปร่วมวงสนทนากับเพื่อนที่กำลังนั่งสนทนากันและดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่แรก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก็จะไม่เกิดขึ้น

6.2.1.4 การเปลี่ยนโซ่พฤติกรรม หรือการสร้างพฤติกรรมอื่นที่ขัดแย้ง วิธีการนี้กระทำโดยการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ กับสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น หรือกระทำพฤติกรรมอื่นแทน เช่น บุคคลที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก เมื่อพิจารณาโซ่เหตุการณ์มักพบว่า โซ่พฤติกรรมมักเริ่มจากการไม่มีอะไรทำ อยู่ว่าง ๆ เดินเข้าครัวเปิดตู้เย็นหรือตู้กับข้าวและหยิบอาหารมารับประทาน กรณีเช่นนี้บุคคลสามารถเปลี่ยนโซ่พฤติกรรมเสียใหม่ คือ เมื่อรู้สึกเบื่อ อยู่ว่าง ๆ ไม่มีอะไรทำก็ควรหางานอื่นทำแทน เช่นกวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

6.2.2 การจัดตารางเวลาและการเตือนตนเอง (Activity Monitoring and Scheduling) (Beck et al., 1993) การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยนำไปสู่กิจกรรมและพฤติกรรมซึ่งสนับสนุนการดื่มแอลกอฮอล์ของพวกเขาเอง และอาจเกิดความล้มเหลวในขณะเดียวกัน การจัดตารางเวลา และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม เพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กระบวนการของกิจกรรมการเตือนตนเอง และการจัดตารางเวลาเป็นกระบวนการที่ง่ายและตรงไปตรงมาผู้ป่วยจะได้รับตารางการจัดกิจกรรมประจำวัน 1 ใบ ในตารางกิจกรรมจะประกอบด้วยการจัดกิจกรรม

7 วัน ใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะบันทึกตารางกิจกรรมประจำวัน และให้คะแนนด้วยความรู้สึของผู้ป่วยเองว่ามี ความสุข และความเชื่อมั่นจากกิจกรรมที่ตนเองทำ ด้วยอัตรา 0 ถึง 10 จากกิจกรรมเดือนตนเองจะเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วย เพราะรางวัลของความพึงพอใจที่ได้รับจากกิจกรรมของตนเอง

6.2.2.1 การจัดตารางกิจกรรมประจำวันของโปรแกรมการบำบัดทำเพื่อวัตถุประสงค์ 3 ข้อ

6.2.2.1.1 การบันทึกกิจกรรมลงในตาราง จะเป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ว่ากิจกรรมใดของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์

6.2.2.1.2 ตารางกิจกรรมประจำวันสามารถนำมาเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมในอนาคตผู้ป่วย และผู้บำบัดสามารถช่วยกันเติมกิจกรรมทางเลือกในช่องที่ยังว่าง ทำให้มีเวลาน้อยในการไปเกี่ยวข้องกับการดื่ม ยิ่งไปกว่านั้นในผู้ป่วยที่ขาดความพึงพอใจ และขาดความรู้สึก ถึงการประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้บำบัดอาจเลือกยกตัวอย่าง เช่น ความน่าเชื่อถือ ความน่ารัก

6.2.2.1.3 การจัดตารางกิจกรรมประจำวันสามารถใช้ในการประเมินผลติดตามว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม ที่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หลังจากการวางแผนกิจกรรมอย่างสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยนำตารางกลับบ้านเป็นตัวกำหนดในการทำกิจกรรมที่บ้านได้จริงเมื่อเกิดความล้มเหลวในการทำกิจกรรมตามตารางบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือต่อตนเอง ซึ่งอาจเกิดความคิด เช่น “ฉันไม่สามารถทำอะไรที่ถูกต้องได้” หรือ “ฉันไม่เคยทำอะไรได้ตามเป้าหมาย” เมื่อเกิดกรณีเช่นนี้ผู้บำบัดต้องช่วยผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยยังสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคบ้าง

6.2.2.2 ขั้นตอนการเตือนตนเอง ตามคำกล่าวของ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2539, หน้า 228-229) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

6.2.2.2.1 เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน โดยที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะต้องตกลงร่วมกัน พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นพฤติกรรมภายในหรือพฤติกรรมภายนอกก็ได้ อีกทั้งทิศทางของการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นการลดหรือการเพิ่มก็ได้

6.2.2.2.2 ฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้น

6.2.2.2.3 ฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะทำการบันทึกเป็นความถี่หรือความยาวของเวลา เป็นต้น การฝึกนั้นควรจะรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและการทำแผนภูมิของข้อมูลด้วย ควรจะให้การฝึกการบันทึกพฤติกรรมนั้น

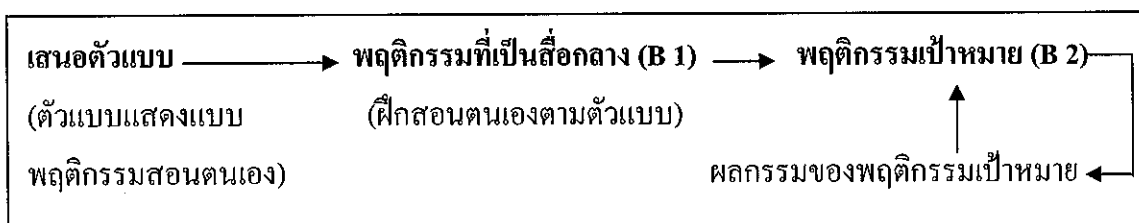
มีความแม่นยำเสียก่อน จึงจะยุติการฝึกและดำเนินการเตือนตนเองได้

6.2.2.2.4 การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้ก็

ดำเนินการเช่นเดียวกับการฝึกแต่ทว่าผู้รับการบำบัดจะดำเนินการเองทั้งหมด โดยที่ผู้บำบัดอาจจะ สุ่มตรวจสอบถึงความแม่นยำของการบันทึกเป็นครั้งคราว

6.2.2.2.5 การประเมินผลหรือวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนนี้เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผลที่ได้จะนำไปสู่ การเสริมแรงตนเองถ้าทำได้ตามเป้าหมาย หรือการลงโทษตนเองถ้าทำไม่ได้ตามเป้าหมายที่ วางไว้ ขั้นตอนนี้จากกล่าวได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมากในการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของ เทคนิคการเตือนตนเอง

6.3 การฝึกสอนตนเอง (Self – Instructional Training) เทคนิคการสอนตนเอง เป็น เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีไมเชินบอม (Donal Meichenbaum, 1973) นักปรับ พฤติกรรมเชิงปัญญา ซึ่งได้รับอิทธิพลทางความคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบ การกระทำ ที่ศึกษาถึงพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่าง ภาษา และพฤติกรรม โดยที่พวกเขาได้ เสนอว่าพัฒนาการของการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเริ่มจากการได้รับกฎเกณฑ์จากบุคคล ที่สำคัญ เช่น ผู้ปกครองหรือครู เป็นต้น จากนั้นจึงนำไปสู่การกำกับตนเอง ซึ่งเป็นการบอกกับ ตนเองภายในใจ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตนเองในใจ กับพฤติกรรม จึงเป็นจุดสนใจ ของ Meichenbaum เขาจึงได้เสนอว่าพฤติกรรมภายในนั้นมีกระบวนการ การเช่นเดียวกับ พฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายในสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยใช้กลวิธีเช่นเดียวกับการ เปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก (Meichenbaum, 1973 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) เทคนิคการสอนตนเอง เป็นเทคนิคการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ด้วยการให้การพูดกับตนเอง ภายในใจ ซึ่งการพูดกับตนเองภายในใจนี้จะเป็นตัวชี้แนะหรือนำทางให้มีพฤติกรรมเป้าหมาย เกิดขึ้น ในกระบวนการฝึกให้บุคคลสอนตนเองได้นั้น อาจทำได้โดยวิธีการเสนอตัวแบบ (Modeling) การฝึกซ้อม (Rehearsal) การให้ข้อมูลย้อนกลับ การวางเงื่อนไขผลกรรม (Meichenbaum, 1984, p. 357 อ้างถึงใน ประเทือง ภูมิภักทรคม, 2540 หน้า 15) กระบวนการฝึกให้ บุคคลสอนตนเอง แสดงให้เห็นดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงกระบวนการฝึกให้บุคคลสอนตนเอง (Meichenbaum, 1984, p. 357 อ้างถึงใน ประเทือง ภูมิภักทรคม, 2540, หน้า 15)

จากภาพที่ 8 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการสอนให้บุคคลสอนตนเองนั้น เริ่มจากการสร้างพฤติกรรมการสอนตนเอง (B 1) ให้กับบุคคลด้วยวิธีการเสนอตัวแบบแสดงการสอนตนเอง แล้วให้บุคคลนั้นฝึกซ้อมการสอนตนเองตามตัวแบบ (B 1) ขั้นต่อมาพฤติกรรมสอนตนเอง พฤติกรรมสอนตนเอง (B 1) ของบุคคลจะเป็นตัวแนะหรือชี้ทำให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย (B 2) ขึ้น บุคคลให้การเสริมแรง บุคคลจึงเลือกใช้การสอนตนเองเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งนำไปสู่การได้รับการเสริมแรง อันมีผลทำให้พฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้น ไมเซนบอมและกู๊ดแมน (Meichenbaum & Goodman, 1961, อ้างถึงในประเทือง ภูมิภักทรคม, 2540 หน้า 15) ได้เสนอขั้นตอนการฝึกการสอนให้บุคคลสอนตนเอง โดยใช้ตัวแบบและการฝึกซ้อมการสอนตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายไว้เป็นลำดับ ดังนี้

6.3.1 ตัวแบบพูดสอนตนเองด้วยเสียงดัง ซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

6.3.2 ตัวแบบพูดสอนตนเองด้วยเสียงดัง ซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลที่รับการฝึก

6.3.3 บุคคลที่รับการฝึกพูดสอนตนเองด้วยเสียงดัง ซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

6.3.4 บุคคลผู้รับการฝึกพูดสอนตนเองด้วยเสียงกระซิบ และชี้เน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

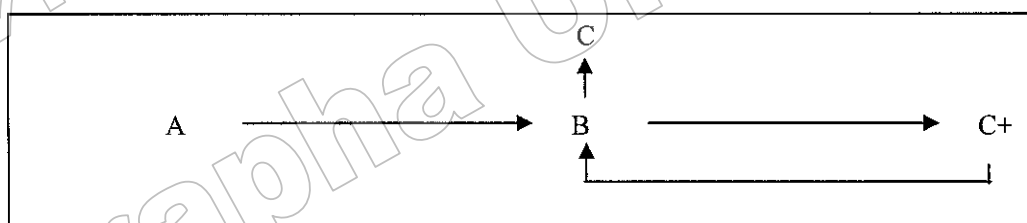
6.3.5 บุคคลผู้รับการฝึกพูดสอนตนเองในใจ และชี้เน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

6.4 การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency Management) การจัดการเงื่อนไขผลกระทบนั้นเป็นวิธีการที่มีทั้งการให้ และการถอดถอนผลกระทบ ซึ่งผลกระทบนั้นได้แก่การเสริมแรงทางบวก และการลงโทษ (Rimm & Masters, 1979 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

การจัดการเงื่อนไขผลกรรมนั้น พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ Skinner (1953) ซึ่ง สกินเนอร์มีความเชื่อว่าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลง ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะขอกล่าวถึงเพียง การเสริมแรงทางบวก เพราะในการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ จะใช้การเสริมแรงทางบวก เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

6.4.1 เทคนิคการเสริมแรงบวก (Positive Reinforcement) การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือ การเสริมแรงที่มีผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจสับสนว่าการให้การเสริมแรงทางบวกและการให้รางวัล (Reward) มีความหมายเหมือนกัน แต่ทว่าความจริงแล้วทั้งสองอย่างนี้มีความหมายแตกต่างกัน การให้การเสริมแรงบวกนั้น เป็นการทำให้พฤติกรรมมีความถี่มากขึ้นในขณะที่การให้รางวัลเป็นการให้สิ่งของใดๆ แก่พฤติกรรมที่บุคคลทำสิ่งหนึ่งตามวาระและโอกาสที่สำคัญ โดยที่ไม่จำเป็นว่าจะต้องทำให้พฤติกรรมนั้นมีความถี่มากขึ้น (Kazdin, 1980 อ้างถึงในสม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

กระบวนการเสริมแรงทางบวกแสดงได้ดังภาพที่ 9



A แทน เงื่อนไขนำ (Antecedents)

B แทน พฤติกรรม (Behavior)

C แทน ผลกรรม (Consequence)

C⁺ แทนผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforce)

ภาพที่ 9 แสดงถึงกระบวนการเสริมแรงทางบวก (Kazdin, 1980 อ้างถึงในสม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

6.4.2 ประเภทของตัวเสริมแรง สิ่งที่มีศักยภาพเป็นตัวเสริมแรงได้นั้น อาจแบ่งออกเป็น 5 ประเภทด้วยกัน (Rimm & Masters, 1979 อ้างถึงในสม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcers) ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers)

ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforcers) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcers) ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforces) ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะขอกล่าวเพียงตัวเสริมแรงที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ คือ การเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers) แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เป็นคำพูดและเป็นการแสดงออกทางท่าทางได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัวเป็นต้น ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้น ก็มีการให้และการระงับการให้ตัวเสริมแรงทางสังคมกันอยู่ตลอดเวลา อย่างเช่น แม่กอดลูก เมื่อลูกแสดงพฤติกรรมที่ตนพอใจ สามีกล่าวชมภรรยาของตนเมื่อภรรยาของตนแต่งตัวสวย หรือการที่ครูไม่ให้ความสนใจต่อการที่นักเรียนโต้เถียง เป็นต้น เนื่องจากตัวเสริมแรงทางสังคมนั้น มีอยู่ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ และค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่มีการให้หรือระงับการให้โดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการแสดงออกที่เป็นภาษาท่าทาง เช่น การมองหรือการแสดงออกทางสีหน้าที่ไม่พึงพอใจ การแสดงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการแสดงออกของบุคคล ดังนั้นนักปรับพฤติกรรม จึงควรจะต้องระงับการแสดงออกในลักษณะดังกล่าวนี้ด้วย (Rimm & Masten, 1979, อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

ในการใช้แรงเสริมทางสังคมให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดนั้น ผู้ใช้จะต้องใช้ด้วยความจริงใจมิใช่ใช้ในลักษณะของปากว่าตาขยิบ เพราะนอกจากจะทำให้ไม่ได้ผลแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดผลในแง่ลบอีกด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 195-197) โดยมีหลักการในการใช้แรงเสริมทางสังคม (การชม) อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ต้องชมต่อหน้า ต้องชมทันที การชมนั้นจะต้องบอกว่าผู้ที่ถูกชมนั้นแสดงพฤติกรรมอะไรที่ดี โดยบอกให้ชัดเจน การชมนั้นจะต้องบอกว่า คุณมีความรู้สึกที่ดีอย่างไร ต่อการที่ผู้ที่ถูกชมแสดงพฤติกรรมที่ดีและแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น จะช่วยให้เขาดีขึ้นอย่างไร หลังจากพูดชมและหยุดชั่วขณะหนึ่งแล้วใช้การแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น จะช่วยให้เขาดีขึ้นอย่างไร ต่อการที่ผู้ที่ถูกชมและหยุดชั่วขณะหนึ่งแล้ว ใช้การแสดงชื่นชมทางสีหน้าเพื่อให้ผู้ถูกชมมีความรู้สึกว่าคุณมีความรู้สึกดีอย่างไร กระตุ้นให้ผู้ถูกชมนั้นแสดงพฤติกรรมที่ดีนั้นเพิ่มมากขึ้นอีก การจับมือ หรือแตะตัวผู้ที่ถูกชมให้เขารู้สึกว่าคุณสนับสนุนเขา

ในการที่จะใช้แรงเสริมทางสังคมเป็นตัวเสริมแรงนั้น ควรที่จะมีข้อพิจารณาดังต่อไปนี้ สามารถใช้ได้ง่าย และสะดวกในการใช้เนื่องจากใคร ๆ ก็ใช้ได้ อีกทั้งไม่ต้องลงทุนอะไรเลย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อใช้แล้ว ไม่รบกวนพฤติกรรมที่กำลังกระทำอยู่ อีกทั้งสามารถให้ได้ทันทีและผู้ที่ได้รับการเสริมแรงยังสามารถดำเนินพฤติกรรมที่ตนกำลังกระทำอยู่นั้นต่อไป ตัวเสริมแรงทางสังคม สามารถที่จะทำให้เป็นตัวเสริมแรงแผ่ขยายได้ โดยนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงอื่น ๆ มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป อย่างเช่นเมื่อชมแล้วอาจจะมีการให้รางวัลหรือ

พาไปเที่ยว เป็นต้น จะทำให้แรงเสริมทางสังคมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แรงเสริมทางสังคมในการปรับพฤติกรรมแล้ว จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องถอดถอนโปรแกรม เพราะสิ่งที่ทำอยู่นั้นได้เกิดขึ้นอยู่ทุกวัน ดังนั้น เมื่อใช้แรงเสริมทางสังคมในการปรับพฤติกรรมแล้ว จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องถอดถอนโปรแกรม เพราะสิ่งที่ทำอยู่นั้น ได้เกิดขึ้นอยู่ทุกวันในสังคม

6.4.3 หลักการใช้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 191 – 193) มีหลักการทั่ว ๆ ไป ดังนี้

6.4.3.1 การเสริมแรงบวก จะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง เช่น การที่คุณพ่อวางเงื่อนไขกับลูกว่าถ้าทำการบ้านเสร็จแล้วจะให้ดูโทรทัศน์ ลูกขอดูโทรทัศน์ก่อนแล้วบอกว่าจะทำการบ้าน คุณพ่อก็ตกลงให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนแล้ว ปรากฏว่าลูกไม่ทำการบ้าน หรืออาจทำการบ้านก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ดูโทรทัศน์ก่อนทำการบ้าน ไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรงทางบวก แม้ว่าลูกจะทำการบ้านหลังดูโทรทัศน์แล้วก็ตาม การเสริมแรงจะต้องทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น

6.4.3.2 การเสริมแรงพฤติกรรมเป้าหมาย ทันทีนั้นจะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้คิดว่าควรจะต้องแสดงพฤติกรรมอะไร จึงไม่น่าประหลาดใจเลยที่ว่า การที่ครูบอกให้นักเรียนขยันเรียน เพื่อว่าวันหน้าจะได้มีงานทำที่ดี จะไม่ค่อยได้ผลเท่ากับการที่ให้นักเรียนแล้วจะได้รับผลกระทบจากการขยันเรียนทันทีทันใด เช่น การได้รับคำชมจากผู้ปกครอง การประสบความสำเร็จในการสอบ จะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการขยันเรียนมากกว่าการที่บอกถึงสิ่งเสริมแรงในอนาคต ควรให้การเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการเสริมแรงทุกครั้งหรือแทบทุกครั้งพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

6.4.3.3 ควรบอกถึงเงื่อนไขการเสริมแรง นั่นคือควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรจะต้องแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง เช่น บอกว่า “ลูกอ่านหนังสือให้จบหน้าที่ 12 ก่อนแล้วค่อยดูโทรทัศน์” หรือ “ถ้าใครทำงานได้เสร็จก่อนเวลา ครูจะให้เวลาว่าง 10 นาทีไปทำกิจกรรมที่ชอบ” เป็นต้น และเงื่อนไขในการแสดงพฤติกรรมไม่ควรสูงเกินไปจะทำให้ผู้ถูกปรับพฤติกรรมทำสำเร็จได้ยาก เช่น ให้ท่องคำศัพท์ให้ได้ 50 คำก่อน แล้วจึงดูโทรทัศน์ เป็นต้น

6.4.3.4 ตัวเสริมเรานั้น ควรจะมีปริมาณพอเหมาะ ไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้สั้นเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

6.4.3.5 ตัวเสริมเรานั้นจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยใช้กับคน ๆ หนึ่งได้ผล อาจจะไม่ได้อีกกับคนนั้นในเวลาต่อมาก็ได้

6.4.3.6 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น

6.4.3.7 ควรมีการใช้ตัวแบบ หรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใด จึงจะได้รับการเสริมแรง

6.4.3.8 ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือขีดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสีย ให้ใช้เป็นตารางเสริมแรง หรืออาจจะใช้การขีดเวลาการเสริมก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

6.4.4 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Informative Feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการกระทำบุคคลข้อมูลย้อนกลับเป็นตัวเสริมแรงที่ต้องวางเงื่อนไข เพราะโดยทั่วไปแล้วต้องใช้ควบคู่กับตัวเสริมแรงอื่นๆ จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการเป็นตัวเสริมแรง โดยข้อเท็จจริงแล้วการให้ข้อมูลย้อนกลับนั้นแฝงอยู่ในการใช้ตัวเสริมแรงอื่น ๆ อยู่ด้วย เพราะการเสริมแรงด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ จำเป็นต้องระบุให้บุคคลทราบว่า พฤติกรรมใดเหมาะสม หรือเป็นที่พึงปรารถนาและสมควรได้รับการเสริมแรง ดังนั้นไม่ว่าจะใช้อาหาร ตัวเสริมแรงทางสังคม กิจกรรม หรือคะแนนก็ตาม บุคคลผู้รับจะต้องได้รับข้อมูลย้อนกลับก่อนเสมอว่าพฤติกรรมของตนอยู่ในระดับดีหรือไม่เพียงใด อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลย้อนกลับตามคำฟังก็สามารถใช้เป็นตัวเสริมแรงได้ แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นข้อมูลย้อนกลับทางบวกจึงจะมีประสิทธิภาพในการเสริมแรง ซึ่ง ดร.บแมนและลาเฮย์ (Drabman & Lahey, 1974 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 203) ได้ใช้ข้อมูลย้อนกลับในเด็กอายุ 10 ขวบ แต่เพียงอย่างเดียว ปรากฏว่าได้ผลพอสมควร อาจจะไม่ส่งผลเท่าที่ควรนอกจากร่วมกับการร่วมกับตัวเสริมแรงอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับตัวเสริมแรงทางสังคมหรือเบี้ยอรรถกรจะทำให้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 203) และมีหลักการในการใช้การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ควรให้ข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในทางบวก ข้อมูลย้อนกลับที่ให้นั้นต้องชัดเจน และเป็นข้อมูลที่แท้จริงของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ควรให้ข้อมูลย้อนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ให้ข้อมูลย้อนกลับในระยะเริ่มแรกต้องให้ข้อมูลย้อนกลับในทันทีและเมื่อเกิดการเรียนรู้แล้ว จึงให้ข้อมูลย้อนกลับแบบยืดยาว ควรมีการบันทึกข้อมูลย้อนกลับไว้อย่างชัดเจนทุกครั้ง ควรให้ข้อมูล

ย้อนกลับจะต้องเป็นบุคคลที่ถูกปรับพฤติกรรมเชื่อถือและได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความตั้งใจและจริงจังในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรอธิบายให้บุคคลเห็นความสำคัญของข้อมูลย้อนกลับเพื่อที่ได้นำไปปรับปรุงพฤติกรรมของตนให้ดีขึ้น ให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับ กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองต้องการจะปรับปรุงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจากให้ข้อมูลย้อนกลับนั้น ควรจะเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ชัด การให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรใช้ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวก ซึ่งในการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ มีการนำทฤษฎีการเสริมแรงบวกนำมาเพิ่มพฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดช่วงการบำบัดรักษา โปรแกรมการบำบัดจะใช้การเสริมแรงบวกทุกครั้งหลังการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง

6.4.5 การทำสัญญาเงื่อนไข (Contingency Contracts) การทำสัญญาเงื่อนไขเป็นการตกลงกัน ระหว่างผู้ที่ต้องการจะเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น เด็กนักเรียน หรือคนไข้ เป็นต้น โดยที่ข้อตกลงนั้นจะต้องมีการร่างเป็นสัญญาขึ้นมา พร้อมทั้งมีการเซ็นชื่อ ของผู้ที่ต้องการจะเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและของผู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องกระทำ และผลกรรมที่จะได้รับ ผลกรรมก็จะไปไปตามความต้องการของผู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนพฤติกรรมนั้น ก็จะเป็นไปตามความต้องการของผู้ที่ต้องการจะเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Twiford, 1984, p. 72 – 73 อ้างอิงในสมโภชน์ เขียมสุภานิต, 2539, หน้า 206) ได้กล่าวว่ามียอดประกอบที่สำคัญ 5 ประการดังต่อไปนี้

6.4.5.1 ในสัญญาจะต้องระบุให้ชัดเจนว่า แต่ละฝ่ายจะต้องทำอะไร

6.4.5.2 พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสัญญา จะต้องเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้

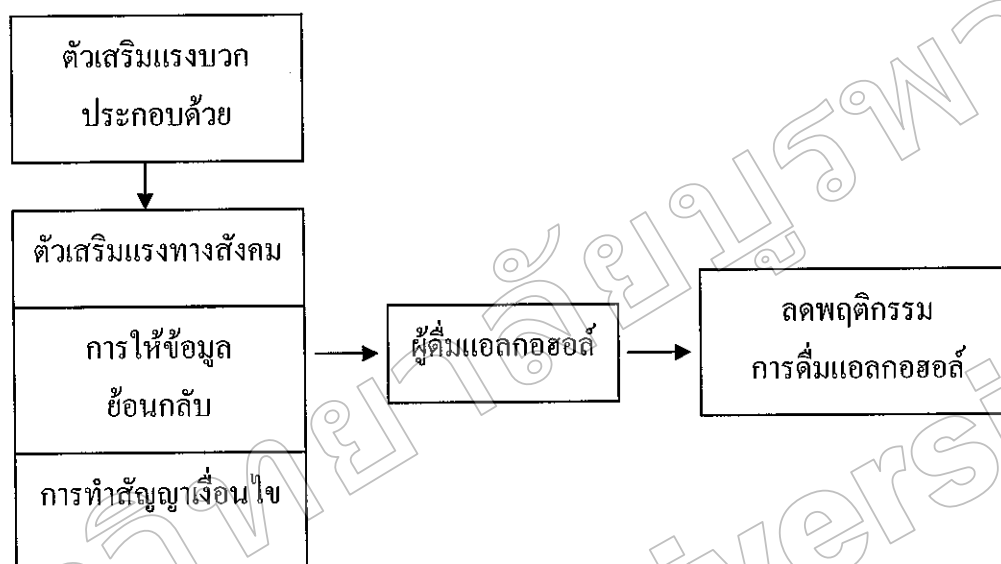
6.4.5.3 ในสัญญาจะต้องระบุโทษที่จะได้รับ เมื่อไม่ปฏิบัติตามสัญญา

6.4.5.4 ระบุโบนัสที่จะได้รับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นสม่ำเสมอเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควร

6.4.5.5 ระบุการให้การเสริมแรงให้ชัดเจน และอาจจะระบุถึงการทบทวนเงื่อนไขข้อตกลงใหม่ ถ้าเห็นว่าสมควรแก้ไข

ในการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญาคือพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้นำแนวคิดทฤษฎีการทำสัญญาเงื่อนไขในก่อนการให้คำปรึกษาและหลังให้คำปรึกษา ที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องทำสัญญาดตกลงในการปรับพฤติกรรมร่วมกันตลอดระยะเวลาการบำบัด และเมื่อสิ้นสุดการบำบัดแล้วจะให้ผู้เข้ารับการบำบัดเซ็นหนังสือสัญญาที่เป็นลายลักษณ์อักษร (ดังแสดงในภาคผนวก) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน

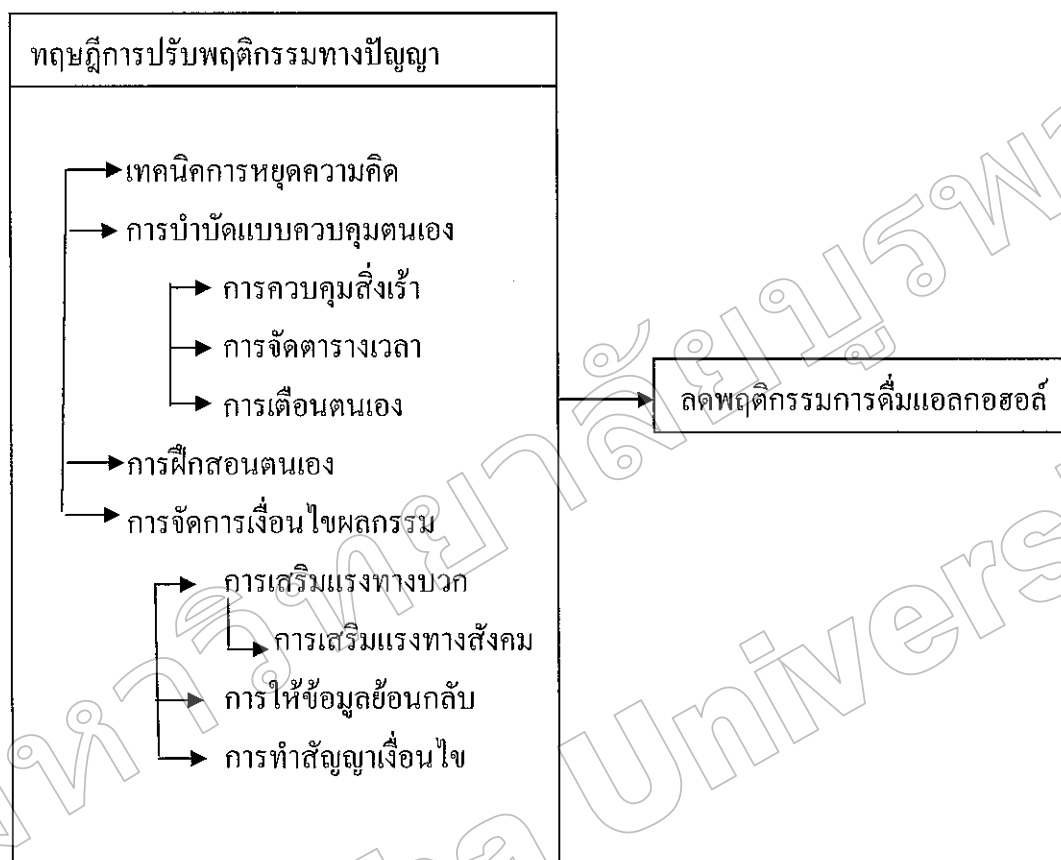
คือ การลดพฤติกรรม ในการดื่มแอลกอฮอล์ แสดงดังภาพที่10 ในการแสดงตัวอย่างของ การทำ
สัญญาเงื่อนไข



ภาพที่ 10 แสดงการใช้การจัดการเงื่อนไขเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
(กรมสุขภาพจิต, 2544, หน้า 38)

ผู้วิจัยสามารถสรุปโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เป็นแผนภาพของทฤษฎีที่
เกี่ยวข้องทั้งหมดที่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดังภาพที่ 11

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา



ภาพที่ 11 แสดงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา

กายดิช (Guydish, 1987) ได้ศึกษา การควบคุมตนเองในนักเรียนชาย ในวิทยาลัยที่ดื่มสุราหนัก โดยการใช้การฝึกการควบคุมตนเองร่วมกับการอ่านคู่มือช่วยตนเอง และภายหลังจากการทดลองพบว่า นักเรียนที่ได้รับการฝึกการควบคุมตนเองและอ่านคู่มือช่วยตนเอง (Self – Hand Manual) จะประสบความสำเร็จในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จงรักษ์ อินทร์เสวก (2539) ได้ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อเพิ่มระดับการควบคุมตนเองและ พฤติกรรมการเสพยาซ้ำ ของผู้ติดยาอื่นของผู้เข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการถอนพิษยา โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ จำนวน 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน

ความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองต่ำ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีการควบคุมตนเองสูงขึ้น และประสบความสำเร็จจากการลดพฤติกรรม การเสพยาซ้ำสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิตยา ตัวเรื่อง (2540) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้การควบคุมตนเองกับการใช้สัญญาเงื่อนไขเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ที่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน 5 เดือน ถึง 1 ปี มีปริมาณการสูบบุหรี่ 5-10 มวนต่อวัน และมีความต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้มาจากการสุ่ม อย่างง่ายจากประชากร จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้การควบคุมตนเอง และกลุ่มที่ 2 ใช้สัญญาเงื่อนไข ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 ภายหลังการใช้การควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง กลุ่มทดลองที่ 2 ภายหลังการใช้สัญญาเงื่อนไข มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่ม ทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

น้ำฝน วุฒิสันธุ์ (2545) ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามแบบกาย-จิต- สังคม บำบัด ต่อพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้า และทัศนคติของ ครอบครัวต่อกระบวนการเลิกยาบ้า เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 1 องค์ประกอบแบบวัดซ้ำกลุ่มตัวอย่างมี 16 คน ได้แก่ ผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลบางบ่อ และโรงพยาบาล สมุทรปราการ จำนวน 8 คน มีระยะเวลาในการทดลอง 16 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามแบบกาย- จิต- สังคม บำบัด ได้แก่ กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น, กลุ่มฝึกทักษะการป้องกันการติดซ้ำ, การให้คำปรึกษารายบุคคล, กลุ่มครอบครัวซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยทฤษฎีพื้นฐานดังนี้ ทฤษฎี การเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจ ทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนในการไม่เสพยาบ้า เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้ติดยาบ้ามีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการไม่เสพยาบ้าสูงขึ้นจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้า กับพฤติกรรมไม่เสพยาบ้าในระยะหลังการทดลอง มี ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะติดตามผล มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ธิดา จับจิตต์ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยบุรี โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มี อายุระหว่าง 18-35 ปี จำนวน 9 คน และผู้ที่มีอายุระหว่าง 36-60 ปี จำนวน 9 คน เข้าร่วมโปรแกรม

จำนวน 8 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลชัยบุรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ของผู้มีอายุระหว่าง 18-35 ปี กับผู้มีอายุระหว่าง 36-60 ปี ระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มในระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร ทองบ่อ, นิमित แก้วอาจและคณะ (2548) ได้ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราจำนวน 17 ราย วิธีดำเนินการ 1. จัดเตรียมการ ให้ความรู้เกี่ยวกับ สุรา โปรแกรมการรักษา ประเมินระดับความรุนแรงของการใช้สุราและภาวะขาดสุราเพื่อให้ ผู้รับบริการมองเห็นปัญหา มีแรงจูงใจจะเลิกใช้สุรา 2. ขั้นตอนการ ให้บริการตาม โปรแกรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา โดยผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทุกวัน วันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับครบวงจร 1 ครั้ง 3. ขั้นสรุป / วิเคราะห์ ประเมินผล 4. การติดตามผล ติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 หลังสิ้นสุด บริการ สรุปผลโครงการ ผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 58.82 (N=17) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมุ่งมั่น ตั้งใจสูงและมีความเชื่อมั่นใน โปรแกรมบำบัดว่าจะช่วยให้เลิกดื่มสุราได้ ส่วนที่เหลือจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 41.18 (N=17) ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้แต่มีพฤติกรรมในการดื่มลดลง

จันทร์เพ็ญ อุงอรุ่ง (2548) ได้ศึกษาผลของกลุ่มปัญญบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างรักษาที่ศูนย์มะเร็งชลบุรี มี คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 17- 30 คะแนน ผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญบำบัด 11 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตาม ผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ