

บทที่ 2

เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษารูปแบบในการดำเนินการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. บริบทและข้อมูลด้านการสาธารณสุขของอำเภอโคกพระ
2. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า
3. ทฤษฎีและแนวคิดทั่วไปที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา
 - 3.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรม
 - 3.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 ทฤษฎีแรงจูงใจ
 - 3.5 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม
 - 3.6 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 3.7 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
4. กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า
 - 4.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง
 - 4.2 รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า
 - 4.3 การติดตามประเมินผล
 - 4.4 การกลับไปเสพซ้ำ
5. การสนทนากลุ่ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ
7. กรอบความคิดในการวิจัย

บริบทและข้อมูลด้านการสาธารณสุขของอำเภอโกรกพระ

สภาพทางกายภาพของอำเภอโกรกพระ ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัดนครสวรรค์ ห่างจากศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์ประมาณ 17 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 248 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 185,746 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 2.57 ของพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ เดิมตั้งอยู่ที่ตำบลเนินศาลา เรียกว่าอำเภอเนินศาลา ซึ่งห่างจากเชิงเขาหลวงไปทางทิศตะวันออกประมาณ 3 กิโลเมตร ตามหลักฐานอำเภอเนินศาลา ตั้งขึ้นระหว่าง ปี ร.ศ. 113-117 (พ.ศ. 2437 - 2441) ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ต่อมาราวปี ร.ศ. 118-120 (พ.ศ. 2442 - 2444) ซึ่งสมัยนั้นการคมนาคมทางบกไม่สะดวก แต่การสัญจรทางแม่น้ำเจ้าพระยาสะดวกกว่า จึงได้ย้ายอำเภอมายังที่ตั้งอยู่ที่ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาที่บ้านโกรกพระและได้เปลี่ยนชื่อจาก อำเภอเนินศาลา เป็น อำเภอโกรกพระ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ปัจจุบันแบ่งเขตการปกครองเป็น 9 ตำบล 63 หมู่บ้าน 8,991 หลังคาเรือน ประชากร 36,860 คน แบ่งเป็นพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง เทศบาลตำบล 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลโกรกพระและเทศบาลตำบลบางประมุง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ. 2547 : 1 - 2)

ข้อมูลด้านการสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ ประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ดังนี้คือ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งที่สถานีอนามัย 2 แห่ง และ สถานีอนามัยทั่วไป 7 แห่ง ซึ่งทุกแห่งเป็นหน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า มีอัตรากำลังด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ 5 คนเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 9 คน นักวิชาการสาธารณสุข 10 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 12 คน และผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน โดยให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า/ผู้ติดยาบ้าที่มารายงานตัวและเข้ารับการบำบัดในระย่ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2545 – 31 กรกฎาคม 2547 มีจำนวนผู้เสพ 609 ราย ใช้รูปแบบค่ายบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน จำนวน 11 ครั้งๆ ละ 5- 9 วัน แล้วติดตามประเมินผล 7 ครั้งในระยะเวลา 1ปี ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 1,804,791.25 บาท โดยระดมบุคลากรประมาณค่าละ 45 - 60 คนจากหลายหน่วยงาน เช่น พัฒนาชุมชน เกษตร ตำรวจ ปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำหมู่บ้าน/ตำบลและอาสาสมัครในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยจำนวนแห่งละ 2 – 3 คน ติดตามประเมินผลจนครบระยะเวลา 1 ปี ซึ่งจากการติดตามสำรวจผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าหลังจากจบโปรแกรมแล้วในห้วงเวลาวันที่ 1 - 20 มีนาคม 2548 พบว่ามีข้อมูลที่สำคัญดังนี้ ติดตามพบตามที่อยู่ ที่แจ้งไว้ 362 คนไปทำงานที่อื่น 210 คน หนีคดีหรือ ต้องโทษ 4 คน และเสียชีวิต 1 คน โดยเฉพาะข้อมูลการย้ายบ้านไปอยู่ที่อื่น 17 คนและที่ไม่อยู่ ญาติไม่สามารถติดต่อได้ 18 คน ซึ่งผลการตรวจปีศาจะผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าที่ติดตามพบ 362 คน ปรากฏว่าพบ

สารแอมเฟตามีนหรือสารยาบ้า 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56 และพบว่าติดสารเสพติดชนิดอื่น เช่น สารระเหย กาว 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.84 มีการดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกันเป็นประจำ 260 คน คิดเป็นร้อยละ 71.82 ทั้งนี้ยังพบว่ามีปัญหาการหย่าร้าง 42 คนในจำนวนผู้ที่สมรสแล้ว 239 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 และมีความขัดแย้งกันรุนแรงในครอบครัวและชุมชน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 15 (ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดในหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ. 2548 : 3 - 5)

ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า

1. ความหมายของยาบ้า

ยาบ้าเป็นสารเสพติด ซึ่งมีตัวยาที่สำคัญที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันคือแอมเฟตามีน (Amphetamine) และอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน 2 ชนิด คือ เด็กซ์แอมเฟตามีน (Dexamphetamine) และเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นวัตถุออกฤทธิ์พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 และถือว่าเป็นยาเสพติด ตามความในพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 พ.ศ. 2539 กำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539 (อัญชลี ดำรงไชย. 2543 : 25)

2. ความเป็นมา

ในปี ค.ศ.1887 นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ เอเดเลียโน (Edeleano) ได้สังเคราะห์ยาบ้าขึ้นมาเป็นครั้งแรกและตั้งชื่อว่า แอมเฟตามีน (Amphetamine) โดยแอมเฟตามีนนี้เป็นสารกลุ่มหนึ่งซึ่งมีสารต่าง ๆ แยกย่อยออกไปเป็นอนุพันธ์อีกมากมาย ต่อมาปี ค.ศ.1888 นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็สามารถสังเคราะห์อนุพันธ์อีกตัวหนึ่งตั้งชื่อว่า เมทแอมเฟตามีน (Meth-Amphetamine) ซึ่งขณะนั้นยังไม่ได้มีการนำไปใช้ประโยชน์ใดๆ จนกระทั่งปี ค.ศ.1928 นายแพทย์กอร์ดอน เอ. แอลลิส (Gordon A. Alles) ได้นำมาทดลองและพบว่ายาบ้านี้สามารถรักษาโรคหัด คัดจมูก น้ำมูกไหลให้หายขาดได้ และเป็นยารักษาโรคหัดเป็นอย่างดี จึงนำผลงานนี้ไปเสนอขายให้บริษัทผลิตยาชื่อ สมิท เฟรนช์ แอนด์ ไคลน์ (Smith French and Kline) ซึ่งเป็นบริษัทเภสัชกรรมขนาดใหญ่เพื่อผลิตยาตัวนี้ออกมา ยาบ้าชนิดแรกของโลกเป็นยาดมเรียกว่า ยาเบนซีดรีน (Bezadrine) ปี ค.ศ.1936 มีการผลิตยาบ้าให้เป็นเม็ดได้เรียกว่า ยาเม็ดเบนซีดรีน และมีการโฆษณาสรรพคุณของยาบ้าว่าสามารถรักษาโรคได้ถึง 39 โรค เช่น โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคความดันโลหิตต่ำ ลดความอ้วน ฯ สามารถหาซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งจากแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์คือ เพื่อใช้เป็นยาได้ป ช่วยให้อ่านในหมู่นักเรียน นักศึกษา กรรมกรและคนขับรถบรรทุก ดังนั้น

ในปี ค.ศ.1937 สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา จึงประกาศให้ผู้ขายจะต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์โดยตรง จากการประกาศห้ามนี้จึงทำให้ยาแอมเฟตามีนหายจากท้องตลาด

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ปีค.ศ. 1940 สหรัฐอเมริกานำยาบ้ามาใช้ในกองทัพมากถึง 200 ล้านเม็ด เพื่อให้ทหารไม่หิวอดทนต่อความตาย พร้อมจะออกรบ สำหรับฝ่ายประเทศญี่ปุ่นก็มีการใช้เมทแอมเฟตามีนในคนงานของโรงงานผลิตอาวุธเพื่อให้มีเรี่ยวแรงในการผลิตอาวุธได้มาก ๆ เช่นกัน รวมทั้งหลังญี่ปุ่นแพ้สงคราม ทำให้คนในญี่ปุ่นติดยาบ้าถึง 2 ล้านคน จากจำนวนประชากร 84 ล้านคน รัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้ทำการปราบปรามและใช้เวลาถึง 4 ปี ยาบ้าจึงหายไปจากประเทศญี่ปุ่น แต่กลับไปแพร่หลายที่ประเทศเกาหลี โดยทหารอเมริกันนำไปใช้ในช่วงสงครามเกาหลีโดยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด หลังสงครามยุติทหารอเมริกันเหล่านี้ก็กลับประเทศ จึงได้นำวิธีการนี้ไปใช้ที่อเมริกา ทำให้คนอเมริกาติดยาบ้าโดยวิธีฉีดเพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1980 มีการระบาดของยาบ้าในรูปแบบใหม่มาจากประเทศเกาหลีและฮ่องกง เข้าสู่สหรัฐอเมริกาโดยผ่านมาจากเกาะฮาวายโดยยาบ้ารูปแบบใหม่นี้เป็นยาบ้าดัดแปลงโดยผลิตให้เป็นก้อนตลกผลึก เรียกว่า ไอซ์ (ICE) มีราคาไม่แพง หาซื้อง่าย สามารถสูบควันเข้าไปในปอดได้โดยการจุดไฟลงให้ระเหย ด้วยความร้อนเพียงเท่านี้ก็อบกึ่งองศาฟาเรนไฮต์ และสามารถออกฤทธิ์ได้เร็วในระยะเวลาเพียง 8 วินาที

สำหรับประเทศไทย ยาบ้า ได้เข้ามาแพร่ระบาดในช่วงปี ค.ศ. 1967 โดยบริษัท โบโรเวลคัม จำกัด ส่งมาขาย ในตอนแรกนั้นมีเครื่องหมายการค้าเป็นรูปหัวม้า และมีคำว่า London คน จึงเรียกชื่อตามสัญลักษณ์ที่ติดบนเม็ดยากลายเป็น ยาบ้า และเปลี่ยนชื่อเป็นยาบ้า ตามมติคณะรัฐมนตรีสมัยนายกรัฐมนตรีบริหาร ศิลปอาชา เมื่อปี พ.ศ. 2539 จนถึงในปัจจุบัน (อัญชลี คำรงค์ไชย. 2543 : 31)

3. ประเภทของยาบ้า

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีนจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีหลายประเภท ดังนี้คือ

- 3.1 แอมเฟตามีน (Amphetamine)
- 3.2 เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หรือเรียกว่า Meth, Speed, Crystal
- 3.3 เด็กซ์แอมเฟตามีน (Dexamphetamine)
- 3.4 เมทิลเฟนิเดท (Methyphenidate)
- 3.5 เฟนไซคลิดีน (Phencyclidine)
- 3.6 เฟนเมตราดีน (Phenmetradine)
- 3.7 เซโคบาร์บิตอล (Secobabital)

4. ลักษณะของยาบ้า

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีการนำสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางที่มีความรุนแรงมากกว่า และน้อยกว่าแอมเฟตามีนมาเป็นส่วนผสมในเม็ดยา ซึ่งมีทั้งรูปยาเคี้ยวและยาผสม สารดังกล่าวได้แก่ อีเฟดรีน (Ephedrine) คาเฟอีน (Caffeine) เฟเนทิลีน (Fenethylamine) ฟีนาโซน (Phenazone) เฟนฟูรามีน (Fenfluramine) เด็กซ์โทรเมทโทแฟน (Dextromethorphan) เฟโมลีน (Phemoline) และเบนโซเคน (Benzocaine)

โดยทั่วไปอีเฟดรีนจะออกฤทธิ์ที่ระบบหัวใจมากกว่าระบบประสาทและส่วนใหญ่จะมีการนำเอาอีเฟดรีนกับคาเฟอีนผสมกันทำเป็นเม็ดยาบ้า ซึ่งสารทั้งสองตัวจะช่วยเสริมฤทธิ์กันมีผลทำให้การออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางมีความรุนแรงมากขึ้น ผลการตรวจพบแอมเฟตามีนเป็นสารที่ถูกนำมาใช้มากที่สุด 68.1 เปอร์เซ็นต์ เมทแอมเฟตามีนผสมอีเฟดรีน 26.7 เปอร์เซ็นต์ อีเฟดรีนอย่างเดียว 2.7 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ยังมีการผสมเฮโรอีนทำให้ผู้เสพยาบ้าติดยามากขึ้น (พิลาศลักษณ์ ดอกจันทร์ และคณะ. 2541 : 8)

โดยทั่วไปลักษณะของยาบ้าเมื่อนำไปทำยาแล้ว มักจะมีลักษณะเป็นเม็ดเล็กๆ หรือแคปซูล โดยมีลักษณะดังนี้

รูปร่าง เม็ดยากลมและแบน ทรงรี หรือเป็นวงบรรจุในแคปซูล

ขนาด เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.6 – 0.7 เซนติเมตร หนา 0.1- 0.2 เซนติเมตร

สี ส้ม น้ำตาล ขาว ม่วงอ่อน ฟ้า ครีมน้ำตาล เหลือง ชมพู บางครั้งมีลักษณะเป็นจุดเล็ก ๆ

เช่น ขาว น้ำตาลเข้มและดำ เป็นต้น

สัญลักษณ์บนเม็ดยา รูปหัวม้า/LONDON (ด้านหนึ่งของเม็ดยาประทับรูปหัวม้า อีกด้านหนึ่ง

ประทับคำว่าLONDON)รูปหัวม้า/USAรูปหัวม้า/MARBORO/M/*M/99

กิลเลน/LONDON 99/เส้นแบ่งครึ่งเม็ด Sp/99/99 Y/99 Y/Sp รูปค้างคาว/เส้นแบ่ง

ครึ่งเม็ด K/44 ***/เส้นแบ่งครึ่งเม็ด หรือบางเม็ดจะมีคำว่า “SUPER” พิมพ์อยู่

เหนือรูปหัวม้า อีกด้านหนึ่งของเม็ดยาจะเป็นเส้นแบ่งครึ่งเม็ดยาน้ำหนักเม็ดยา 1เม็ด

หนักประมาณ 0.06 – 0.12 กรัม (60 – 120 มิลลิกรัม)

ลักษณะการบรรจุ การแบ่งบรรจุมักแตกต่างกัน เช่น ห่อแต่ละเม็ดด้วยกระดาษตะกั่ว

หรือกระดาษหนังสือพิมพ์หรือพลาสติกหรือซองบุหริ์บรรจุในหลอดกาแฟ ปิดหัว

ท้าย

ด้วยความร้อน อาจบรรจุ 1-10 เม็ด หรือมากกว่าใส่ในฝาหรือละลายในเครื่องดื่ม

ชุกาลังยี่ห้อต่าง ๆ ชุกซ่อนอยู่ในท่อพีพีหรือลูกกวาดบรรจุในถุง/ซองพลาสติก

แบบมีฝา/ลิ้นเปิดปิด (แบบซองใส่ยา) ขนาดและสีต่าง ๆ กัน เช่น ซองสีแดง เหลือง เทา ขาว และซองพลาสติกใส ที่ซองอาจพิมพ์สัญลักษณ์ต่าง ๆ เช่น พิมพ์คำว่า “เปาปุ่นจีน” “สำหรับใช้กับไก่” “ซูเปอร์แมน” “ปลาฉลาม” “METHEDRINE” “MARBORO” “ตราควาง” และ “Jumbo Jet” ฯลฯ โดยถ้าเป็นการขายส่งมักจะแบ่งบรรจุถุงละ 200 เม็ดหรือที่เรียกว่า 1 คอก (สำนักงานป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด. 2537 : 21-23)

5. วิธีการเสพ

การเสพสามารถทำได้หลายวิธี คือ

- 5.1 รับประทานเป็นเม็ด
- 5.2 ละลายในเครื่องดื่ม โดยเฉพาะเครื่องดื่มชูกำลัง
- 5.3 ผสมน้ำฉีดเข้าเส้นเลือด หรือผสมยาเสพติดอื่น ๆ
- 5.4 บดแล้วนำมาคลุกบุหรี่สูบ หรือบดแล้วนำมาฉีดยาไฟเพื่อดูดดมควัน หรือใส่กระดาษฟรอยด์ฉีดยาไฟแล้วใช้หลอดกาแฟดูดควันที่ระเหยออกมา

6. สาเหตุของการเสพยาบ้า

6.1 สาเหตุจากฤทธิ์ของยาบ้า เนื่องจากสารแอมเฟตามีนทำให้ผู้เสพยาบ้ารู้สึกมีความสุข มีความมั่นใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เสพต้องแสวงหายาบ้า เพื่อให้ได้ฤทธิ์ที่พึงประสงค์เหล่านี้เรื่อยๆ และเมื่อผู้ป่วยหยุดเสพ จึงมีอาการซึม นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง แม้ว่าอาการดังกล่าวจะมีไม่มากนัก แต่ก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องกลับไปเสพยาบ้าเพื่อให้อาการหายไป

6.2 สาเหตุทางสังคมและครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่มีพลังอย่างมากที่ทำให้มีการเริ่มเสพยา

และเสพยาอย่างต่อเนื่องหรือกลับมาเสพยาหลังจากหยุดไปแล้วก็ตาม เช่น ค่านิยมในสังคมวัยเดียวกัน เชื่อว่าการเสพยาบ้าเป็นเรื่องธรรมดา ไม่มีอันตรายมาก และคิดว่าตนสามารถควบคุมการเสพได้ การยอมรับในสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเพื่อนที่เข้าใจกันและยอมรับกันอย่างดีการลอกเลียนแบบอย่าง หรือถือเป็นแฟชั่นในหมู่วัยรุ่น ที่มีนิสัยชอบทำตามกลุ่มหรือเลียนแบบเพื่อนฝูงลักษณะสภาพแวดล้อมอยู่ในพื้นที่ที่มีการซื้อขาย เสพยาบ้ากันทั่วไป มีเวลาว่างมาก มีเงินใช้เหลือเฟือ ขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหาสามีภรรยาทะเลาะกันหรือครอบครัวแตกแยก สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกขาดความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางใจขณะเดียวกัน ทำให้หันไปหาเพื่อน หรือบุคคลอื่นนอกบ้านเป็นที่ปรึกษา ซึ่งปัญหานี้พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีกระบวนว่าครอบครัวมีปัญหา พ่อแม่เลิกหรือหย่าร้างกัน

6.3 สาเหตุจากตัวผู้เสพเอง บุคคลมีบุคลิกภาพไม่เหมาะสม เป็นคนหัวนโหว่ง ขาดความเชื่อมั่นในตนเองหรือเป็นคนอ่อนแอไม่กล้าเข้าสังคม เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตก็ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้ ต้องหาสิ่งยึดเหนี่ยวหรือสิ่งพึ่งพิง อาจหาทางออกที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้จ่ายเพื่อช่วยให้ตนปรับตัวดีขึ้น นำไปสู่การติดยาบ้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้เสบบางคนอาจมีความผิดปกติทางจิตใจ หรือมีอาการทางโรคจิตร่วมด้วย เช่น เป็นโรคประสาทวิตกกังวล คิดมาก เครียด นอนไม่หลับ หรือซึมเศร้า ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ตนเองได้ โดยการใช้จ่ายเพื่อรักษาตนเองโดยไม่รู้ตัว แต่กลับทำให้ติดยาบ้าได้ สาเหตุที่เกี่ยวกับอาชีพบางประเภทที่นำไปสู่การติดยาเสพติด เช่น พวกขับรถสิบล้อ หรือกรรมกรใช้แรงงาน เนื่องจากความยากจน รายได้ ไม่พอใช้ จึงพยายามทำงานหนักขึ้น โดยการหาสิ่งที่จะช่วยให้ตนทำงานได้คงทน ทำงานได้นาน ไม่เหนื่อยล้า จึงหันไปใช้จ่าย

6.4 สาเหตุทางจิตใจ ฤทธิ์ที่น่าพึงพอใจจากการเสพยาดังกล่าวแล้ว ยังสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการเรียนรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่ฝังจำ ที่ทำให้ผู้เสพยาพยายามแสวงหายาบ้ามาเพื่อเสพ ในขณะที่เดียวกันสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการเสพยา เช่น เห็นเพื่อนเสพยา พบเพื่อนที่เคยเสพด้วยกัน เห็นหรือได้ยินการกล่าวถึงยาบ้าจะเป็นตัวกระตุ้นความทรงจำเดิม ทำให้เกิดความนึกอยาก และถ้าไม่สามารถควบคุมได้ก็จะกลับไปเสพยาซ้ำได้สูง (กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ. 2544 : 52)

ผู้ติดยาส่วนใหญ่ มักให้เหตุผลในการเสพยาครั้งแรกว่าเสพยาเพราะอยากลอง ยังเป็นเรื่องธรรมดาของความอยากรู้อยากเห็น หากบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความทุกข์อยู่แล้วและยาเสพติดทำให้เขาลืมปัญหาหรือความทุกข์นั้นได้ จะเกิดการเรียนรู้ในการใช้ยาเสพติดในครั้งต่อๆมาดังที่ได้กล่าวมาแล้วผู้ที่ลองยาเสพติดบางคนก็เลิกได้ แต่บางคนก็จะเข้าสู่วงจรของการติดยาเสพติดในที่สุด (อรรถพร วิสุทธิธรรม. 2541 : 21) และจรัส สุวรรณเวลา และคณะ (2533 : 24) ได้สรุปสาเหตุของการใช้และติดยาเสพติดของวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. การขยายตัวของแหล่งยาเสพติดในชุมชน
2. สภาพครอบครัวขาดความสมดุล
3. สภาพจิตใจของเยาวชนวัยรุ่น
4. สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม
5. อิทธิพลของเพื่อนการขาดที่ปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

7. ขั้นตอนการติดยาบ้า

7.1 ระยะเริ่มต้นการใช้จ่าย อาจเริ่มใช้จ่ายเป็นครั้งคราวในโอกาสพิเศษ เช่น มีกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนฝูงที่ใช้จ่ายหรือใช้เพราะเหตุผลบางประการ เช่น เพื่อลดน้ำหนัก ลดอาการเศร้า เพิ่มกำลังทำงานได้มากขึ้นหรือไม่ให้่วงนอน เป็นต้น ในระยะนี้สมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจให้ใช้จ่ายบ้าง เพื่อตอบสนองเหตุผลบางอย่างที่ตนคิด

7.2 ระยะคงการใช้จ่าย ผู้เสพจะมีการใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและเริ่มใช้เป็นประจำ เช่น ใช้ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน ในระยะนี้สมองส่วนนอกยังคงควบคุมความคิดได้พฤติกรรมยังถูกควบคุมโดยเหตุผลแต่สมองส่วนคิดเริ่มบังคับตนเองได้น้อยลง ในขณะที่สมองส่วนควบคุมความอยากมีพลังมากขึ้นทำให้การตัดสินใจเริ่มโอนเอียงไปในทางใช้จ่ายต่อไป แม้มีผลเสียจากการใช้จ่ายเริ่มมีมากขึ้น

7.3 ระยะหมกมุ่นการใช้จ่าย ระยะนี้มีผลทางลบกระทบต่อชีวิตผู้ใช้จ่ายมากขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสัมพันธภาพหรือกฎหมาย จะมีผลต่อผู้เสพอย่างชัดเจน ถึงจุดนี้ผู้เสบบางคนสามารถหยุดได้โดยใช้เหตุผล แต่บางคนจะทำได้ไม่ได้เพราะสมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิดแล้ว จึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และก้าวเข้าสู่สภาพของการเสพติด ทั้งที่ผู้ที่ติดยายังมีความคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้นและตระหนักว่าตนควรเลิกเสพยา

7.4 ระยะวิกฤต แม้ในระยะนี้ผลเสียจากการใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้เสพระุนแรงชัดเจน แต่ผู้เสปก็นิ่งงต้องการใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องเพราะการตัดสินใจที่ใช้เหตุผลและสติจากสมองส่วนควบคุมความคิดอ่านไม่เพียงพอที่จะขัดขวางความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมองที่ควบคุมการตอบสนองความอยาก จึงทำให้หมกมุ่นกับการเสพติดอย่างรุนแรง

8. อาการของผู้เสพยาบ้า

การใช้จ่ายในขนาดต่ำ ๆ นาน ๆ ครั้ง โดยมีการใช้ในขนาด 5 – 20 มิลลิกรัม ด้วยวิธีรับประทานเพื่อขจัดความเมื่อยล้าหรือใช้เพื่อเพิ่มอารมณ์ในการทำงานหรือเพิ่มความรู้สึกที่ดีในโอกาส ส่วนการใช้ในขนาดต่ำติดต่อกันเป็นประจำหรือใช้ 3 – 4 เม็ดต่อวัน ผลของยาทำให้ผู้รับประทานมีความรู้สึกสบายกว่าปกติ เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะมีอาการติดยาขึ้นทางจิตใจและมีความรู้สึกว่าจะต้องใช้ยานั้นไปตลอดจนขาดเสียมิได้ หากหยุดยาเพียงวันเดียวผู้ใช้จะมีอาการซึมเศร้าทันที ภายหลังจากใช้ยาอาการจะหายไปบางคนต้องเพิ่มขนาดการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลดีเท่าเดิม

8.1 อาการทางกาย ยาบ้าหนึ่งเม็ดหนักประมาณ 60 – 120 มิลลิกรัม ผู้ที่ใช้ขนาด 20 – 30 มิลลิกรัม/วัน จะทำให้เกิดอาการตื่นต้ง่าย พูดมาก อยู่ไม่สุข มือสั่น เหงื่อออกมากและนอนไม่หลับ สามารถสรุปอาการดังนี้

1. เบื่ออาหาร (Lose of appetite)
2. ตื่นต้ง่าย (Excitability)
3. มือสั่น (Tremor of the hands)
4. พูดมาก (Talkativeness)
5. คลื่นไส้หรืออาเจียน (Nausea or Vomiting)
6. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)
7. หัวใจเต้นเร็วแรงขึ้น (Abnormal heart pressure)
8. อยู่ได้นานโดยไม่ต้องนอน (Insomnia)
9. เหงื่อออก กลิ่นตัวแรง (Heavy perspiration)
10. ท้องเสีย (Diarrhea) หรือท้องผูก (Constipation)
11. ปากและจมูกแห้งริมฝีปากแตก
12. ทำงานเกินปกติ หงุดหงิด จุกเคี้ยว ชอบทะเลาะวิวาท
13. รูม่านตาขยาย (Papillary dilatation)
14. สับสนหรือจัดมวนต่อมวน
15. สูญเสียบุคลิกภาพ
16. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

8.2 อาการด้านจิตใจ ในระยะแรกที่เสพยาบ้าจะมีความรู้สึกมีความสุขอย่างมากและเริ่มมีการเสพยาบ้ามากขึ้นเรื่อยๆจนมีการเสพหนักเป็นช่วงๆ เมื่อเสพนานขึ้นผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มแยกตัวออกจากสังคมมีพฤติกรรมแปลก ๆ อาการโรคจิตจะเป็นๆ หาย ๆ และถ้ายังใช้ต่อไปเรื่อย ๆ อาการโรคจิตจะเด่นชัดขึ้น จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดการหยั่งรู้ในพฤติกรรมของตนเองจนเกิดอันตรายขึ้น (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2545 : 34)

9. ผลเสียที่เกิดจากการเสพยาบ้า

9.1 ผลต่อจิตใจ เมื่อเสพยาบ้าเป็นระยะเวลานานหรือใช้เป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้เสพยามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ กลายเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น เกิดอาการหวาดหวั่น หวาดกลัว ประสาทหลอน ซึ่งโรคนี้อาจเกิดขึ้นแล้วอาการจะคงอยู่ตลอดไป แม้ในช่วงเวลาที่ไม่ได้เสพยาก็ตาม

9.2 ผลต่อระบบประสาท ในระยะแรกจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีการประสาทล้า ทำให้การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ช้าและผิดพลาด และหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม หรือกรณีที่ใช้ในปริมาณมาก (Overdose) จะไปกดประสาทและระบบการหายใจ ทำให้หมดสติและถึงแก่ความตายได้

9.3 ผลต่อพฤติกรรม ฤทธิ์ของยาจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมความก้าวร้าวและความกระวนกระวายใจ ดังนั้นเมื่อเสพยาบ้าไปนาน ๆ จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป คือ ผู้เสพยาจะมีความก้าวร้าวเพิ่มขึ้น และหากยังใช้ต่อไปจะมีโอกาสเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวงเกรงว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง จึงต้องทำร้ายผู้อื่นก่อน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2545 : 35)

10. บทลงโทษทางกฎหมาย

จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
สรุปข้อหาและบทลงโทษ ดังนี้ (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2546 : 18)

ข้อหา ผลิต นำเข้า หรือส่งออก

บทลงโทษ ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต หากเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษประหารชีวิต (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 20 กรัม ขึ้นไป ถือว่าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย)

ข้อหา จำหน่าย หรือครอบครองเพื่อจำหน่าย

บทลงโทษ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 5 ปี ถึงจำคุกตลอดชีวิตและปรับตั้งแต่ 5 หมื่นบาทถึง 5 แสนบาทหากมีสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม แต่ถ้าเกิน 100 กรัม ขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต

ข้อหา ครอบครอง

บทลงโทษ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี 1 หมื่นบาทถึง 1 แสนบาท (หากเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่ 20 กรัมขึ้นไป ถือว่าเป็นการครอบครอง

เพื่อจำหน่าย)

ชื่อหา เสพ

บทลงโทษ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 5 พันบาท ถึง 1 แสนบาท

จากความรู้เรื่องยาบ้าทั้งหมดที่กล่าวมา ทำให้ทราบถึงความหมาย ความเป็นมา ประเภท ลักษณะของยาบ้า วิธีการเสพยาบ้า สาเหตุของการเสพยาบ้า อาการของผู้เสพยาบ้าและบทลงโทษ ทางกฎหมาย ดังนั้นจึงนับว่ายาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีอันตรายมากประเภทหนึ่ง ที่มีการใช้มานานแล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการกระตุ้นร่างกาย สามารถจะอดนอน ทำงานได้เวลานาน จิตใจหึกเหิม ไม่กลัวอันตราย จนกระทั่งปัจจุบันยังเป็นที่นิยมมาก เพราะมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทให้มีความสุข ตื่นเต้น สนุกสนาน มีราคาค่อนข้างถูกกว่ายาเสพติดประเภทอื่น ๆ ในอนุพันธ์เดียวกัน และมีวิธีการ เสพง่าย ใช้เวลาน้อยมาก สาเหตุมักมาจากปัญหาครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ส่วนตัวที่อยากลองและ มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาบ้า เช่น ทำให้อ่านหนังสือได้นานหรือทำให้มีร่วมเพศได้นาน แต่เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียที่ร้ายแรงหลายด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมทาง สังคม รวมทั้งยังมีบทลงโทษทางกฎหมายแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีความรุนแรงมากขึ้น สำหรับผู้ที่ เกี่ยวข้องเป็นผู้เสพจะต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทุกราย ตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พ.ศ. 2545 ยกเว้นผู้ที่สมัครใจสามารถมารายงานตัวและขอเข้ารับ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าที่หน่วยบำบัดทุกแห่งของราชการ ทั้งในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ฯ

ทฤษฎีและแนวคิดทั่วไปที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า อำเภอโคกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ได้มีการนำทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดย จำแนกออกเป็นกลุ่มดังนี้

1. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เป็นทฤษฎีของนักจิตวิเคราะห์ ที่สำคัญ คือ ซิก มันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ทฤษฎีบุคลิกภาพที่ฟรอยด์สร้างขึ้น คือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ได้พื้นฐานมาจากการสังเกตผู้ป่วยโรคประสาทที่มีความเชื่อว่ามนุษย์มีระดับจิตใจ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละชั้น เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ พฤติกรรมและประสบการณ์ใน ภาวะจิตสำนึกเป็นเพียงส่วนที่เล็กน้อยส่วนหนึ่งของจิตใจเท่านั้น การแสดงออกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น

เป็นแรงกระตุ้น โดยตรงจากจิตใต้สำนึก ความขัดแย้ง แรงจูงใจ ความคับข้องใจ ซึ่งการศึกษา ระบบจิตใต้สำนึกไม่สามารถศึกษาได้โดยตรง แต่สามารถเข้าใจได้โดยการวิเคราะห์จากการ แสดงออกขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตสำนึกในการบำบัด โดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์นี้ มีที่มาจาก การ บำบัดของฟรอยด์ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถของอีโก้ (Ego) ในการจัดการความขัดแย้ง ภายในและภายนอกตนเอง โดยการรื้อฟื้นความขัดแย้ง ทศนคติ อารมณ์ และความคิดเพื่อฟื้นที่อยู่ ในจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยให้มาอยู่ในความเป็นจริง เรียกว่า การถ่ายเท (Transference) ซึ่งเป็นการ นำเอาประสบการณ์ที่เจ็บปวดในอดีตมาวิเคราะห์และค้นหาวิธีการที่ทำให้บุคคลเป็นอิสระต่อความ กดดัน และความเจ็บปวดต่าง ๆ เหล่านี้ โดยการแปลความหมาย ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าปัญหาต่างๆ สัมพันธ์กับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในอดีต วิธีการที่ใช้บำบัดคือ การให้ผู้ป่วย เล่าอธิบาย ประสบการณ์ในอดีตโดยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ทางของผู้ป่วยและผู้บำบัด ซึ่งฟรอยด์เรียกวิธีการนี้ ว่าการเชื่อมโยงอิสระ (Free Association) (กัลยา ธรรมคุณ. 2539 : 72)

1.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) เป็นทฤษฎีทาง จิตวิทยาของแฮร์รี สแต็ก ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan) เป็นผู้สร้างทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลมีความเชื่อว่า สิ่งสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับ บุคคลอื่น โดยการมีปะทะสังสรรค์กันในสังคม มีแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. จุดมุ่งหมายของพฤติกรรม (The Goal of human behavior) มีความเชื่อ

2 ประการ

1.1 แรงขับเพื่อสร้างความพึงพอใจ (The drive for satisfaction) เป็นการ ตอบสนองความต้องการอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น

1.2 แรงขับเพื่อสร้างความมั่นคงทางใจ (The drive security) เป็นผลสืบ เนื่องมาจากการมีความคิด ค่านิยมและพฤติกรรมอยู่ในกรอบของสังคมวัฒนธรรม ระเบียบของ สังคม

2. ระบบแห่งตน (Self system) หรืออัตมโนทัศน์ (Self concept) เป็น ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต และรวบรวมมาเป็น ความรู้สึกต่อตนเอง ซึ่งถ้าพฤติกรรมที่แสดงออกได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น เขาจะมีความรู้สึก ที่ดีต่อตนเอง (Positive self system) แต่ถ้าพฤติกรรมส่วนใหญ่ได้รับการปฏิเสธ ไม่ยอมรับจากผู้อื่น บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง (Negative self system)

3. แบบของประสบการณ์ (Model of experience) เป็นกระบวนการของความคิดและ สติปัญญาในการรู้จักสภาพความจริงในประสบการณ์ของชีวิต

หรือค่านิยมของผู้ทำแต่โดยทางสติปัญญาแล้วเราอาจจะเข้าใจสถานการณ์แสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องได้นอกจากยังกล่าวอีกด้วยว่าการกระทำทางสังคมนั้นมี 4 ชั้นดังนี้ คือ

2.2.2.1 การกระทำที่มีเหตุผลเป็นการกระทำที่ใช้วิธีการที่เหมาะสมในอันที่จะบรรลุ ถึงจุดมุ่งหมายที่เลือกไว้อย่างมีเหตุผล การกระทำดังกล่าวมุ่งไปในด้านการเมืองเศรษฐกิจ และสังคม

2.2.2.2 การกระทำที่เกี่ยวกับค่านิยมเป็นการกระทำที่ใช้วิธีการที่เหมาะสมเช่นกัน เพื่อจะทำให้ค่านิยมสูงสุดในชีวิตมีความสมบูรณ์พร้อม เป็นการกระทำที่มุ่งด้านจริยธรรม ศาสนา และทางศีลธรรมเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความเป็นระเบียบในชีวิตทางสังคม

2.2.2.3 การกระทำตามประเพณี เป็นการกระทำที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยยึดเอาแบบอย่างที่ทำกันมาตั้งแต่อดีตเป็นหลักในพฤติกรรม โดยไม่คำนึงถึงเหตุผล

2.2.2.4 การกระทำที่แฝงด้วยความเสนาห่า เป็นการกระทำที่คำนึงถึงอารมณ์ และความผูกพันทางจิตระหว่างผู้กระทำกับวัตถุที่เป็นจุดมุ่งหมายของการกระทำ คำนึงถึงแต่เรื่องส่วนตัว (เริงส์คัลด์ สังกุช. 2539 : 16-17)

2.3 ริดเดอร์ (Reeder.1983. อ้างถึงใน จิตรพรรณ กาญจนจิตรา. 2526 : 33 – 34) ได้อธิบายถึงเหตุผลในการกระทำหรือพฤติกรรมสิ่งหนึ่งสิ่งใดของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการซึ่งเรียกว่า ความเชื่อหรือความไม่เชื่อ มีข้อจำกัดอยู่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง กล่าวคือ ปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดการกระทำ คือ เป้าประสงค์ ความเชื่อที่สืบทอดกันมา ปทัสถาน และนิสัย และขนบธรรมเนียมประเพณี ทั้งนี้มีปัจจัยผลักดันที่ทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรม ดังนี้คือ ความคาดหวัง ข้อผูกพัน และแรงเสริม โดยมีปัจจัยสนับสนุนทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรม คือ โอกาส ความสามารถ และการสนับสนุน

2.4. เบนจามิน เอส บลูม (Benjamin S.Bloom) ได้สรุปไว้ว่าพฤติกรรมมีองค์ประกอบหลัก อยู่ 3 ส่วนคือ

2.4.1 ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาการใช้วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้สามารถยกระดับต่าง ๆ คือ ความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehension) การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Applicative) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesises) และการประเมินผล (Evaluation)

2.4.2 ด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึกชอบ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้

หมายถึง ความสนใจ ความคิดเห็น ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้ คุณค่าการรับรู้ การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ในพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลยากแก่การอธิบาย

2.4.3 ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถทางร่างกายแสดงออก รวมทั้งการปฏิบัติหรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้รับทันทีแต่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมทางการแสดงออกนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ . 2526 : 15 - 17)

2.5 ครอนบาค (Cronbach) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

2.5.1 ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการเหนือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้น กิจกรรมบางอย่างก็ให้ความพอใจหรือตอบสนองความต้องการได้ทันที แต่ความต้องการหรือวัตถุประสงค์บางอย่างก็ต้องใช้เวลาานจึงจะสามารถบรรลุผลสมความต้องการได้ บางครั้งจะมีความต้องการหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกันและมักจะเลือกสนองความต้องการที่รีบด่วนก่อน แล้วจึงสนองความต้องการที่ห่างออกไปในภายหลัง

2.5.2 ความพร้อม (Readiness) หมายถึง ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ ไม่สามารถสนองความต้องการได้หมดทุกอย่าง ความต้องการบางอย่างอยู่นอกเหนือความสามารถของเรา

2.5.3 สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

2.5.4 การแปลความหมาย (Interpretation) ก่อนที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง พิจารณาสถานการณ์เสียก่อน แล้วตัดสินใจเลือกวิธีการที่คิดว่าจะได้ความพอใจมากที่สุด

2.5.5 การตอบสนอง (Respond) เป็นการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ โดยวิธีการที่ได้รับเลือกแล้วในขั้นตอนแปลความหมาย

2.5.6 ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา (Consequence) เมื่อทำกิจกรรมแล้วยอมได้

รับผลจากการกระทำนั้น ผลที่ได้รับอาจจะเป็นไปตามที่คิดไว้ (Confirm) หรืออาจตรงกันข้ามกับความคาดหมาย (Contradict) ก็ได้

2.5.7 ปฏิกริยาต่อความคาดหวัง (Reaction to thwarting) หากไม่สามารถสนองความต้องการได้ ก็อาจกล่าวได้ว่าประสบกับความผิดหวังในกรณีนี้ อาจย้อนกลับไปแปลความหมายเสียใหม่และเลือกวิธีการตอบสนองใหม่ก็ได้ (ศิรินทร์ทิพย์ กริมเจียว, 2545 : 33)

2.6 สุชา จันท์ธอม และสุรางค์ จันท์หอม ได้แบ่งพฤติกรรมเป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.6.1 พฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (Unlearned Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่อินทรีย์ทำเองได้โดยไม่มีการเรียนมาก่อนเลย

2.6.2 พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ (Learned Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่อินทรีย์ทำขึ้นหลังจากได้มีเรียนรู้หรือเรียนแบบจากบุคคลอื่นในสังคม (ศิรินทร์ทิพย์ กริมเจียว, 2545 : 31)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมก็คือ การกระทำของมนุษย์ที่แสดงออกมาโดยมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในระดับมหภาค ได้แก่ วัฒนธรรม ปทัสถานของสังคม ความคาดหวังในบทบาท สถานภาพ สิ่งแวดล้อม สถาบัน หรือองค์การทางสังคม ฯ ส่วนในระดับจุลภาค คือ มองที่ตัวบุคคลเองและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่ นิสัยส่วนตัวที่มีมาแต่กำเนิดและการเรียนรู้ โดยมีแรงผลักดันจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทำให้มีทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ฯ ซึ่งรวมอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคลนั่นเอง

แต่ทั้งนี้ยังมีพฤติกรรมที่เกิดจากการคิดอย่างมีเหตุมีผลที่จะเป็นปัจจัยให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังมาได้ ที่เกิดจากการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา และการใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ ตามหลักพุทธิปัญญาที่มีกระบวนการประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อ แนวคิด ทัศนคติ วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง เช่น ไทย ลาว กัมพูชา ที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ

ผู้วิจัยจึงคิดว่าพฤติกรรมของผู้เสียหายที่เกิดจากการผ่านกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางที่ใช้บริบทเป็นพื้นฐานและสร้างกระบวนการคิดเป็นส่วนนำ โดยใช้ความเป็นระบบครอบครัวอุปถัมภ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจะทำให้ไม่กลับไปเสียหายซ้ำอีก

3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

3.1 แคพเพลน (Caplan, 1974 : 39 – 42. อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์. 2542 : 37) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับ โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปผู้เป้าหมายที่ผู้รับต้องการและยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแปรปรวนกับสิ่งแวดล้อม สังคม พบว่า ปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงทางครอบครัว การไร้การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เป็นเหตุส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมแปรปรวนได้เนื่องจากความเครียด การขาดความรู้ และขาดเสถียรภาพของครอบครัว ทำให้การเลือกใช้วิธีการเพื่อการประคับประคองตนเองไม่เหมาะสม แสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคม การช่วยเหลือจึงมุ่งเน้นการใช้หลักคุณธรรม ซึ่งจะครอบคลุมการป้องกัน 3 ระดับ คือ การป้องกันการเจ็บป่วย (Primary prevention) การประคับประคองช่วยเหลือให้หาแนวทางแก้ปัญหาใหม่ (Secondary prevention) และการฟื้นฟูสภาวะจิตใจอารมณ์ (Tertiary prevention) โดยให้บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือด้วย เช่น พระ ครู ตำรวจ ฯ เป็นต้น (กัลยา ธรรมคุณ. 2539 :48 - 50)

3.2 คาห์น (Kahn .1979 : 85.อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์. 2542 : 38 - 39) ได้กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องต้องกันกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทาง ด้านเงิน ทอง หรือสิ่งของอื่นๆ และได้แบ่งลักษณะการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภท คือ

3.2.1 ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงถึงอารมณ์ในเชิงบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่งซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ หรือการเคารพ

3.2.2 การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation)เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคล

3.2.3 การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลเกี่ยวกับการให้สิ่งของ หรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจเป็น วัสดุ เงิน ข้อมูลข่าวสาร

3.3 เบอร์ทาแลนฟี (Bertalanffy. อ้างถึงใน กัลยา ธรรมคุณ. 2539 : 48 – 50) เป็นบุคคลแรกที่ทำให้ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ในโลกนี้ว่ามีความเกี่ยวพันกันมีการประสานสัมพันธ์ของ

ส่วนประกอบต่างๆ พึ่งพาอาศัยกันสามารถทำให้ส่วนรวมดำรงอยู่ได้ ดังนั้นการที่จะเข้าใจระบบสังคมใดสังคมหนึ่ง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจต่อองค์ประกอบของสังคมนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดลอม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎระเบียบ ข้อตกลง การเมือง ศาสนา การศึกษา องค์การต่าง ๆ ตลอดจนบุคคล ครอบครัว ชุมชนที่อาศัยอยู่ในสังคมนั้น ๆ เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และส่งผลกระทบต่อไปยังระบบสังคมโดยรวม

3.4 เฮาส์ (House, 1981. อ้างถึงใน ศิวรา เขียวระวีบุญลย์, 2542 : 40) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

3.4.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน

3.4.2 การสนับสนุนในด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องในการรับรองรวมถึงการสนับสนุนที่อาจเป็นการช่วยเหลือทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้

3.4.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำคำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสาร

3.4.4 การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument support) เช่น แรงงาน เงิน และเวลา เป็นต้น

จากคำจำกัดความและการศึกษาของบุคคลต่างๆ สามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งทางวัตถุและจิตใจ จาก “ผู้ให้แรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลและส่งผลให้ผู้รับสามารถจะดำเนินการในสิ่งที่ตนเองที่ต้องการ สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากภายใน ได้แก่ ทางด้านความคิด ความรู้ ความเชื่อมั่น ความมั่นคงทางอารมณ์ แรงสนับสนุนที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ด้านบุคคล เช่น บุคคลภายในครอบครัว คือ พ่อ แม่ สามิ ภรรยา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลที่ใกล้ชิด คือ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน บุคคลสนับสนุนทางสังคม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ฯ ด้านสิ่งของ ได้แก่ เครื่องมือประกอบอาชีพ ฯลฯ

อาจกล่าวโดยสรุปว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนจากแหล่งทุติยภูมิเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น เพื่อน ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 แบบนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาได้รับความเอาใจใส่ความรัก และความหวังดี ตลอดจนทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคม ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่ง ที่จะทำประโยชน์แก่สังคมจึงจะส่งผลให้ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรม หรือบรรลุจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ และการตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะพึงอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์และมีอำนาจเหนือตัวเราอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. ทฤษฎีแรงจูงใจ

4.1 โรเจอร์ส (Rogers . 1975. อ้างถึงใน ศิวรา เขียวระวิบูลย์. 2542 : 28) เป็นผู้ค้นพบทฤษฎีนี้ครั้งแรกโดยเริ่มจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) คือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมทฤษฎีแรงจูงใจนี้โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่นำมากระตุ้นและในการตรวจสอบการเรียนรู้ได้กำหนดตัวแปรให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousnes) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

ต่อมาได้มีการวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจในปี ค.ศ.1983 โดยการพยายามปรับปรุงตามตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ที่ได้จากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้ การสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ มี 2 แบบ คือ (ศิวรา เขียวระวิบูลย์. 2542 :33)

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal)
 - 1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Percieved severity)
 - 1.2 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal)
 - 2.1 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)
 - 2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy)

4.2 ฟิชไบน์ (Fishbein, อ้างถึงใน ศิวรา เขียววิบูลย์, 2542 : 35 – 36) ได้คิดการวัดแรงจูงใจแทรกซ้อนที่จะทำให้มีพฤติกรรม ได้แก่ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และความตั้งใจนั้นจะเป็นเครื่องทำนายอย่างแม่นยำ ถ้าได้รับการวัดในระดับความเฉพาะเจาะจงเดียวกัน ความตั้งใจนั้นมั่นคงและพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อความตั้งใจซึ่งความตั้งใจจะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้นและรักษาความตั้งใจนั้นให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงและการรับรู้และการคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงด้วย ก็จะส่งผลเพื่อความตั้งใจในทางกลับกัน ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ ก็จะลดความตั้งใจลง ในการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจ ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำให้พฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง อย่างมีประสิทธิภาพ การนำแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการสร้างการตื่นตัว รับรู้ในความรุนแรงของพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้โอกาสเสี่ยง มองเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีความตั้งใจมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการพัฒนาความสามารถของตนเอง มี 4 ประการดังนี้

4.2.1 จัดกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จด้วยตัวเอง (Performance accomplishment) เพื่อสามารถปฏิบัติสำเร็จ ก็จะเพิ่มความพยายาม เพิ่มความมั่นใจ มีทักษะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติและเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆต่อไป

4.2.1.1 เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายาก

4.2.1.2 การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาพร้อมกันในกลุ่ม

4.2.1.3 การได้รับกำลังใจหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

4.2.1.4 ฝึกให้สามารถให้กำลังใจตนเองเป็นและช่วยตัวเองได้

4.2.2 จัดกิจกรรมให้เห็นตัวอย่างผู้อื่น (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่างรูปแบบหรือตัวแบบ ที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตพฤติกรรมของคนอื่น ซึ่งมีสภาพปัญหาคล้ายกับตัวเอง อาจจะแสดงออกมาทางด้านลบ ทำให้มองเห็นผลเสียหรืออาจแสดงออกมาทางบวกที่ก่อให้เกิดความคิดที่สร้างสรรค์ ล้วนเป็นแรงจูงใจให้เกิดการตัดสินใจตั้งใจและใช้ความพยายามเพื่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

4.2.3 จัดกิจกรรมการพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) เพื่อกระตุ้นชักจูงใจให้เกิดการยอมรับมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจ ตั้งใจ และพยายามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การอภิปราย การอบรม การวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาในกลุ่ม โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้บุคคลอ้างอิงเป็นผู้ชักจูงใจ

4.2.4 การจัดกิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) การรุกร้าทางอารมณ์มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล ดังนั้นจึงต้องจัดระดับการกระตุ้นอารมณ์อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เช่น การให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยการเน้นให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อกลุ่มตัวอย่างอื่น จะมีผลต่อความตั้งใจและความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนตลอดจนความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ต่อไป

การสร้างแรงจูงใจนับว่ามีความสำคัญกับการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์อย่างมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จึงต้องการความกล้าในการจะเผชิญต่อสู้กับปัญหาที่ได้มาจากการประเมินผล ทั้งนี้จึงต้องอาศัยกระบวนการที่จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นใฝ่ฝันหรือคาดหวังถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะได้รับตามความต้องการ ซึ่งมีองค์ประกอบค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงต้องเริ่มจากประสบความสำเร็จเล็ก ๆ ไปใหญ่ และเริ่มจากการมีกลุ่มหรือมีผู้ช่วยเหลือมาก ๆ ไปจนสามารถจัดการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

5. ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

5.1 นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527 : 117) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทำให้เกิดความรู้สึกว่าร่วมรับผิดชอบกลุ่มดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เพลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร ส่วนความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย ทั้งยังมีความศรัทธาหรือความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำ

5.2 เออวิน (Erwin. 1976 : 138. อ้างถึงใน สุมณา เรื่องรัศมี. 2540 : 6) ได้ให้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชนร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

5.3 โคเฮน และอัปโฟฟฟ์ (Cohen & Uphoff . 1980. อ้างถึงใน นงเยาว์ หลีพันธ์. 2537 : 34) ได้แบ่งลักษณะและรูปแบบการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ชนิดคือ

5.3.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

5.3.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานความร่วมมือ

5.3.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

5.3.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

5.4 แครี (Cary . 1965. อ้างถึงใน ประสพสุข ตีอินทร์. 2541 : 22) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 แบบคือ เป็นสมาชิก เป็นสมาชิกผู้เข้าประชุม เป็นสมาชิกผู้บริจาคเงิน เป็นกรรมการ และเป็นประธาน นอกจากนั้นยังได้แบ่งแบบของผู้มีส่วนร่วมออกเป็น 3 แบบ คือ ผู้กระทำ ผู้รับผลการกระทำและสาธารณชนทั่วไป

5.5 ปชาน สุวรรณมงคล (อ้างถึงใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2527 : 183) ได้กำหนดขอบเขตของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทไว้ดังนี้

5.5.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจ

5.5.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน

5.5.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในผลประโยชน์

5.5.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินผล

การมีส่วนร่วม จึงมีความหมายโดยสรุปว่า การร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนำปัญหาที่ได้มาวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหาเพื่อให้เข้าใจในปัญหาอย่างถ่องแท้ ดังนั้นจึงมีการเลือกบุคคลหรือกลุ่มคนเข้ามาแสดงกิจกรรมเพื่อการร่วมกันคิด ร่วมการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกัน โดยมีกระบวนการแก้ไขปัญหาร่วมกันจากกำหนดเกณฑ์หรือเป้าหมายและแสวงหาทางเลือกหรือวิธีแก้ไขปัญหาคือที่ดีที่สุด นำมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ แล้วลงมือปฏิบัติการที่ได้เลือกไว้ให้ถึงความสำเร็จ หลังจากนั้นดำเนินการประเมินผลและสะท้อนกลับว่าบรรลุตามที่วางไว้หรือไม่ ตลอดจนได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

6. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน ได้มีนักวิชาการทางด้านครอบครัวได้ให้ความหมายและรวบรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้หลายท่านด้วยกัน พอสรุปได้ดังนี้

6.1 โฮการ์ทและวิกส์ (Hogarth & Weeks. อ้างถึงใน ภูมิมาชาติ แสงเขียว. 2542 : 16) ได้สรุปการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า หมายความ รวมถึงการเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรมขัดเกลาระเบียบสังคมให้แก่เด็ก ทำให้บ้านเป็นที่พักพิงให้สมาชิกมีความอบอุ่นตอบสนองทางด้านอารมณ์ ดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือดูแลในขณะที่สมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ตลอดจนการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกความจำเป็นให้แก่สมาชิกภายในครอบครัว

6.2 แมคมาสเตอร์ (Macmaster.) มองการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบของสมาชิกแต่ละคน (Individual subsystem) ระบบของคู่สมรส (Marital subsystem) และระบบของพี่น้อง (Sibling subsystem) จึงได้รวบรวมสรุปแนวคิดที่เกี่ยวกับระบบของครอบครัวไว้ดังนี้

6.2.1 ภารกิจของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยภารกิจที่สำคัญ 3 ด้าน คือ

6.2.1.1 ภารกิจพื้นฐาน (Basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัว เพื่อการจัดหาปัจจัยสี่ ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษายามเจ็บป่วย

6.2.1.2 ภารกิจด้านพัฒนาการ (Developmental task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของการพัฒนาทั้งในด้านพัฒนาส่วนบุคคล และพัฒนาของครอบครัว

6.2.1.3 ภารกิจยามวิกฤต (Crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน เช่น การเสียชีวิต การเจ็บป่วย การว่างงาน การประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น ความสามารถของครอบครัวที่จะจัดการกับภาวะวิกฤต เป็นเครื่องบอกลถึงความเข้มแข็งหรือสุขภาพจิตของครอบครัวนั้น

6.2.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีลักษณะที่เน้นเฉพาะด้านที่สำคัญ สำหรับ

สุขภาพจิตและพึงเล็งถึงการทำหน้าที่ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยการทำงานที่ใน 6 ด้านคือ

6.2.2.1 ด้านการแก้ปัญหา (Problem Solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ “ปัญหา” หมายถึง สิ่งที่มาคุกคามเสถียรภาพ การดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ปัญหาแบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1. ด้านวัตถุ (Instrumental) เป็นปัญหาที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาการเงิน เป็นต้น

2. ด้านอารมณ์ (Affective) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ ความเสียใจ เป็นต้น

6.2.2.2 ด้านการสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน ซึ่งมีอยู่สองรูปแบบคือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrumental) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective) การสื่อสารทั้งสองด้านมีความเกี่ยวพัน ในครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุก็อาจมีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้ แต่ครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุไม่ดี มักจะมีปัญหาด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอ

6.2.2.3 ด้านบทบาทในครอบครัว (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ โดยแบ่งเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrument) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Affective)

6.2.2.4 ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี เป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น ความกลัว ความโกรธ เสร้าเสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างปกติจะมีการแสดงอารมณ์ได้หลายรูปแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม ครอบครัวที่มีปัญหามักมีความจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น แสดงอารมณ์ออกมามากหรือน้อยเกินไปหรือแสดงออกเฉพาะเชิงบวก แต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเรื่องการตอบสนองทางอารมณ์จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมด้วย

6.2.2.5 ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน

6.2.2.6 ด้านการควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น (อุทิศ สมบัติแก้ว, 2545 : 26 - 27)

6.3 สุพัตรา สุภาพ (2536 : 46) ได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้ คือ

6.3.1 สร้างสมาชิกใหม่ (Reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่จำเป็นมาก เพราะว่าจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่หายไป

6.3.2 บำบัดความต้องการทางเพศ (Sexual gratification) จะเป็นในลักษณะของการสมรสเป็นการลดปัญหาทางเพศ และเป็นวิธีหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมให้ความสัมพันธ์อยู่ในขอบเขต

6.3.3 เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance of immature children or Raising the young) ซึ่งหน้าที่นี้สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก โดยครอบครัวจะเป็นสถานที่ซึ่งเลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่มีเจริญเติบโตโดยสมบูรณ์

6.3.4 ให้การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ครอบครัวจะเป็นแหล่งอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นหน่วยที่เตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยม แบบของความประพฤติที่พึงงาม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้

6.3.5 กำหนดสถานภาพทางสังคม (Social placement) บุคคลมีสถานภาพทางสังคมจากการมีชื่อ สกุล ซึ่งทำให้รู้ว่าเป็นใคร อยู่กับคนกลุ่มไหน

6.3.6 ให้ความรักความอบอุ่น (Affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกจะได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ให้ความคุ้มครอง ความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิก ทำให้สมาชิกมีพลังใจฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

6.4 เวอร์จิเนีย แสทเทียร์ (Virginia Satir) หลักการนี้ได้แนวคิดมาจากทฤษฎีครอบครัวเชิงระบบที่เกี่ยวกัน ที่มีเนื้อโดยสรุปดังนี้

6.4.1 ชีวิตและจิตใจของแต่ละบุคคล แนวความคิดนี้เป็นจุดเด่นของการช่วยเหลือ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด คือ กระทำไปเพื่อการพัฒนาคุณค่าทางชีวิตและจิตใจของแต่ละบุคคลนั้น ได้แก่ ผู้ติดเสพยาเสพติดและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และให้ผลลึกในระยะยาว ผู้จะเลิกยาเสพติดมีกำลังใจ และเพิ่มขีดความสามารถให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงตัวเองขึ้นอย่างรวดเร็ว

6.4.2 พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออกมานั้นเกิดจากการได้เห็นและการเรียนรู้มาจากบุคคลรอบตัว ครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิดมาแต่เกิด จึงซึมซับมาจากครอบครัวได้มากที่สุด จะพบว่า มีบุคลิกลักษณะและการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ คล้าย ๆ กันในแต่ละครอบครัว เมื่ออยู่ในครอบครัวนั้น แต่พอออกมาอยู่ข้างนอกพฤติกรรมเดิมบางอันอาจไม่เหมาะสมแล้วก็ได้ จึงจำเป็นต้องเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกว่า การเรียนรู้ที่จะทำพฤติกรรมใหม่ของผู้จะศึกษาเสพติดนั้นมีหลาย ๆ พฤติกรรมที่ผู้ติดยาเสพติดอาจเรียนรู้ที่จะทำด้วยตนเองโดด ๆ ได้ แต่ก็มีอีกหลายพฤติกรรมที่เป็นส่วนเกี่ยวพันมาจากพฤติกรรมของคนในครอบครัวเข้ามากระทบ และผลักดันให้ผู้ติดยาเสพติดต้องแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกไป ดังนั้น จึงต้องมีการเรียนรู้พฤติกรรมบางอันเสียใหม่พร้อม ๆ กันทั้งครอบครัว เช่น พฤติกรรมการสื่อสาร ฝึกทักษะใหม่ในการใช้คำพูด เป็นต้น

6.4.3 แนวโน้มเข้าสู่กลุ่มเป็นศูนย์กลางโครงการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้ฟื้นฟูสภาพกลับเข้าสู่สังคมนี้ จึงออกแบบให้มีจังหวะของการผสมผสานความสัมพันธ์ของครอบครัวและของกลุ่มไว้เป็นหลักในขั้นตอนของการให้การปรึกษาแก่ครอบครัว เช่น ตอนต้นที่เชิญครอบครัวมาทำความเข้าใจ ให้เห็นความสำคัญของการที่ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือก็จะเป็นการเชิญให้หลาย ๆ ครอบครัวมาประชุมพร้อมกัน ในตอนปลายโครงการ ก็ยังมีเป้าหมายผู้การรวมกำลังผู้จะติดยาเสพติดและครอบครัว เพื่อไปช่วยคนอื่นที่คิดจะเข้าโครงการติดยาเสพติด (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545 : 67)

ดังนั้นอาจกล่าวสรุปได้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ ครอบครัวจะมีการทำหน้าที่ได้สมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่าลักษณะของครอบครัวแต่ละครอบครัวมีการจัดระบบและสัมพันธ์ภาพที่ผูกพันเกี่ยวโยงกันอย่างแนบแน่น จึงมีความสำคัญในการจะช่วยเหลือกันในการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและมีความคิดที่คล้ายกัน และพร้อมที่จะเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงไปพร้อม ๆ กัน

7. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

7.1 กรมสุขภาพจิต (2539, อ้างถึงใน นวนันท์ กิจทวี, 2541 : 35) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดจากความตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

ซึ่งไม่พึงพอใจและเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักหนาสาหัส เกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจ และอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้นด้วย

7.2 ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 21. อ้างถึงใน นวนันท์ กิจทวี. 2541 : 35) กล่าวถึง ความเครียดว่า ขึ้นอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจว่าบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมิน โดยการใช้องค์ปัญญา (Cognitive Appraisal) ว่าอิทธิพลนั้นเกินขีดความสามารถของตนในการที่จะต่อต้านได้

7.3 เซลเย (Selye cited in Halloran and Benton. 1956 : 18. อ้างถึงใน นวนันท์ กิจทวี. 2541 : 34) เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความเครียดได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิด คือ ความเครียดทางบวก (Eustress) เกิดขึ้นจากการต้องเผชิญกับความท้าทายของงาน ความเครียดชนิดนี้จะปรากฏผลเป็นความสำเร็จและเกิดผลดี คือ ช่วยให้สามารถเอาชนะอุปสรรคได้ และความเครียดทางลบ (Distress) เกิดขึ้นเนื่องจากการถูกครอบงำการแสดงออกของความเครียดชนิดนี้ คือ ขาดการควบคุมตัวเอง คับอกคับใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย รู้สึกหวั่นไหวถึงความล้มเหลวจากปรากฏการณ์นี้ ถ้าความเครียดนี้ไม่ถูกควบคุมหรือทำให้หมดลง ก็อาจเกิดปัญหาทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงได้

7.4 โกลเดนเบอกและโกลเดนเบอก (Goldenberg & Goldenberg . อ้างถึงใน พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์. 2542 : 44) ได้แบ่งความตึงเครียดของครอบครัวออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

7.4.1 ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพสูงมาก มีลักษณะ

หลายประการ เช่น ครอบครัวที่มีการแสดงออกถึงความห่วงใย เอื้ออาทรต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมองเห็นคุณค่าของสมาชิกคนอื่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น แต่ละคนแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีการสื่อสารโดยตรงไปตรงมา มีบรรยากาศที่อ่อนโยนอบอุ่น ครอบครัวลักษณะนี้ สมาชิกในครอบครัวจะมีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) และเคารพในความแตกต่างของผู้อื่น

7.4.2 ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ครอบครัวลักษณะนี้มักจะพบปัญหาและความยากลำบากในการทำหน้าที่โดยปกติของครอบครัว เนื่องจากสมาชิกแสดงบทบาทได้ไม่ชัดเจน หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อความรู้สึกและการกระทำของกันและกัน ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว มักจะพบครอบครัวลักษณะนี้มีจำนวนมากที่สุดในสังคม

7.4.3 ครอบครัวยุ่งเหียงที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวยุ่งเหียงที่มีประสิทธิภาพระดับต่ำมาก

เป็นครอบครัวยุ่งเหียงที่มีการทำหน้าที่บกพร่องมากที่สุด ไม่มีการติดต่อกับโลกภายนอก ขอบข่ายและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวยุ่งเหียง ขาดความยึดหยุ่นสมาชิกในครอบครัวยุ่งเหียงนี้ มักพบใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรกสมาชิกจะยึดกับครอบครัวยุ่งเหียงมากเกินไป ทำให้แยกตัวออกจากสังคม ขาดการรับรู้ และการตอบสนองทางอารมณ์กับผู้อื่น การสื่อสารในครอบครัวยุ่งเหียงนี้ ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวยุ่งเหียง และลักษณะที่สองสมาชิกจะยึดติดกับสังคมภายนอกมากเกินไป มีความขัดแย้งในครอบครัวยุ่งเหียง สมาชิกแสดงความรู้สึกบาดหมางใจกันอย่างเปิดเผย

ความเครียดของครอบครัวยุ่งเหียงมักเป็นปัญหาที่มีผลต่อสมาชิกในครอบครัวยุ่งเหียงโดยตรงเสมอ ดังนั้นเมื่อครอบครัวยุ่งเหียงใดมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวยุ่งเหียง จึงมักจะเกิดความเครียดของครอบครัวยุ่งเหียงในระดับสูง ซึ่งจะส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาแก่สมาชิกอื่น ๆ อีกมากมาย และไม่สามารถจะช่วยเหลือสมาชิกได้ แต่จะซ้ำเติมหรือกระตุ้นทำให้สมาชิกมีปัญหาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นโดยสรุปแล้ว ความเครียดของครอบครัวยุ่งเหียง อาจจะเป็นสาเหตุหรือเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสียหายเสพติดผู้เสียหายซ้ำ กลับไปเสพยาซ้ำอีก

จึงควรต้องศึกษาความเครียดทางด้านบวก (Eustress) ที่จะช่วยสร้างความท้าทายให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้ โดยที่จะมีครอบครัวยุ่งเหียงที่มีหน้าที่ในการจัดการระบบให้มีประสิทธิภาพหรือมีข้อบกพร่องน้อยลง ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาจากความสามารถในการจัดการกับความเครียด และความกดดันของครอบครัวยุ่งเหียง ตามแนวคิดและกระบวนการของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 150 - 153. อ้างถึงใน นวนันท์ กิจทวี. 2541 : 37) มีดังนี้

1. การเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขปัญห (Problem focused coping) เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ไขปัญห โดยอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ไขที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง

2. การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotional focused coping) เป็นกระบวนการเผชิญความเครียดด้วยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียดโดยมิได้มุ่งแก้ไขปัญหหรือสาเหตุ ลาซารัสเรียกวิธีการนี้ว่า การบรรเทา (Palliative) ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกการป้องกันตัวเอง (Defense Mechanism) มาใช้ด้วย ได้แก่ การปฏิเสธ (Denial) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การฝันกลางวันหรือเพ้อฝัน (Fantasy or Daydream) การแยกตนเอง (Self-Isolation) การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น

Displacement) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (Distancing) รวมทั้งการผ่อนคลาย (Relaxation) เช่น การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การใช้ยา เหล่านี้เป็นต้น

ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2539 : 13. อ้างถึงใน นวนันท์ กิจทวี.2541 : 37 - 38) ได้แนะนำกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดไว้หลายวิธี ได้แก่ การเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การปรับปรุงบ้านหรือที่ทำงานให้น่าอยู่ การเปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ เช่น หัดมองโลกในหลายแง่มุม ตัวอย่างเช่น มองงานหนักงานยากว่าเป็นการทำทนายความสามารถ เป็นการเพิ่มประสบการณ์ให้ตัวเรา มองรดคิดว่าทำให้มีเวลาสำหรับฟังข่าว ฟังเพลงมากขึ้น และถ้าเป็นผู้โดยสารก็จะมีเวลาหลับได้นานขึ้น มีอารมณ์ดี โดยที่ถ้ารู้ตัวว่าเป็นคนขี้มากควรอยู่ในที่ที่คนที่มีอารมณ์ขันเข้าไว้ จะได้หัวเราะไปกับเขาด้วยและเมื่อมีเวลาว่างน่าจะหาหนังสือการ์ตูนมาอ่าน หรือดูหนังตลกบ้างเพื่อให้มีอารมณ์ขัน ให้อภัยเมื่อมีใครสักคนทำให้เราโกรธ อย่าเพิ่งด่วนตอบโต้ออกไป แต่ให้พิจารณาดูหลาย ๆ แง่มุมก่อนว่าอีกฝ่ายตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ ไม่ที่ถอยสร้างกำลังใจให้ตัวเองโดยคิดว่าจะต้องสู้เพื่อตัวเราและคนที่เรารัก และการผ่อนคลายความเครียดเมื่อเครียด กล้ามเนื้อต่าง ๆ ของร่างกายจะหดเกร็งและจิตใจจะสับสนวุ่นวาย ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น การใช้เทคนิคความเงียบ การทำงานศิลปะ การใช้เสียงเพลงและการให้เทปเสียง คลายเครียด เป็นต้น

กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

1.1 ลอมโบโรโซ (Lombroso, 1835 - 1909. อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2545 : 75) เป็นนักอาชญาวิทยาสำนักโพซิทิฟ มีความคิดเห็นว่าอาชญากรรมเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งในสังคม โดยผู้ประกอบอาชญากรรมหาได้มีเจตนาที่จะกระทำผิดไม่ เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ประกอบอาชญากรรมไม่ได้มีเจตนาประกอบอาชญากรรม การลงโทษผู้ประกอบอาชญากรรมตามที่กฎหมายกำหนดไว้ จึงน่าจะเป็นการไม่ถูกต้อง ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดก็มีที่มาจากทฤษฎีของนักอาชญาวิทยา สำนักโพซิทิฟดังกล่าว โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า ผู้กระทำความผิดเป็นผู้ป่วยหรือสังคมที่ผู้กระทำความผิดอยู่อาศัยเป็นสังคมที่ป่วยเพราะฉะนั้นการแก้ไขผู้กระทำความผิดให้เป็น

คนคดีต้องมีขั้นตอน 3 ขั้นตอนคือ ตรวจสอบหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์เหตุ และแก้ไขที่สาเหตุ โดยมีวิธีการแก้ไขเน้นที่การแก้ไขเป็นรายบุคคล เป็นรายกลุ่มดังกล่าวมาแล้ว มีองค์ประกอบที่ใช้ในการแก้ไขฟื้นฟูมี 4 ประการด้วยกัน คือ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2542 : 145 - 146)

1.1.1 ผู้รับการแก้ไข (Client) เป็นใคร มีปัญหาอะไร เข้าใจปัญหาและร่วมมือในการแก้ไขปัญหาหรือไม่ ผู้รับการแก้ไขอาจเป็นผู้ถูกคุมความประพฤติในเรือนจำหรือผู้ถูกพักการลงโทษอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.1.2 ผู้แก้ไข (Change agent) เป็นใคร มีความรู้และประสบการณ์ในวิชาชีพมากน้อยแค่ไหน ในที่นี้ผู้แก้ไขอาจเป็นพนักงานคุมความประพฤติ พนักงานราชทัณฑ์ พนักงานพักการลงโทษ จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาก็ได้ แล้วแต่ว่าผู้รับการแก้ไขในข้อหนึ่ง เป็นใคร

1.1.3 สถานที่แก้ไข (Correctional methods) เป็นสถานที่อะไร เช่น บ้านของผู้กระทำความผิด หรือเรือนจำ แต่ละแหล่งเอื้ออำนวยต่อการแก้ไขแบบใด

1.1.4 วิธีการแก้ไข (Correction methods) จะใช้วิธีการแก้ไขเป็นรายคนหรือเป็นรายกลุ่มและถ้าจะใช้ทฤษฎีใดในหลาย ๆ ทฤษฎี เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีแก้ไขแบบครอบครัวหรือทฤษฎีแก้ไขแบบกลุ่มที่มีผู้นำ เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้รับการแก้ไขและสถานที่แก้ไข

1.2 แซคคอน แมคออิลฟ์ และเซ็ง (Zackon, McAuliffe & Ch'ien, 1985. อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2545 : 75) มีแนวคิดที่ว่าคนที่ผู้เสพยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพของตนเองนั้นไม่ใช่เป็นแค่การรักษาอาการโรคที่เกิดจากผลของการใช้สารเสพติดเท่านั้น แต่ยังต้องเพิ่มการปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ ต้องหยุดวิถีชีวิตเดิมๆที่เคยใช้ยาเสพติดอย่างสิ้นเชิงให้ได้ และยังจะมีการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมย่อยและสิ่งแวดล้อม ต้องมีความหวังในอนาคตใหม่ อาจจะต้องพึ่งทรัพยากรจากภายนอกด้วย เช่น ต้องได้รับการแนะนำจากผู้มีประสบการณ์หลายๆ ด้านที่จะหาแบบอย่าง ที่ดีในการดำเนินชีวิตต้องมีการฝึกทักษะใหม่ เช่น ทักษะในการประกอบอาชีพเฉพาะ ทักษะการดำรงตนในสังคม และอื่น ๆ จึงได้สรุปการให้การช่วยเหลือผู้จะเลิกยาเสพติด ควรจะมีองค์ประกอบสำคัญอย่างน้อยดังต่อไปนี้

1.2.1 การหยุดกิจกรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด

1.2.2 การลดตัวกระตุ้นที่มักผลักดันให้บุคคลไปใช้ยาเสพติด เช่น ความเครียดทางจิตใจ ความกดดันต่าง ๆ ความเจ็บปวดทรมานทางกาย และอิทธิพลทางลบจากสังคม

1.2.3 การรับรู้อย่างชัดเจนที่ตนเองคิดยาเสพติด ทราบสาเหตุที่ผิด และตระหนักให้ชัดเจนถึงผลกระทบที่มีต่อชีวิตหากใช้ยาเสพติด

1.2.4 การสัญญากับตนเองว่าจะทุ่มเทอย่างเต็มความสามารถที่จะเลิกยาเสพติดให้ได้

ผู้มีหน้าที่ช่วยเหลือพึงทราบว่า ในระยะที่จะชำระวิถีชีวิตอย่างปลอดภัยเสพติดนี้ จำเป็นต้องพวงแขนกำลังใจและกำลังใจของผู้จะเลิกยาเสพติด ให้อยู่ในระดับสม่ำเสมอ จึงจะประสบความสำเร็จ

1.3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546 : 32 - 35) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาการติดยาที่มีประสิทธิภาพต่อไปไว้ดังนี้

1.3.1 ไม่มีวิธีการบำบัดรักษาแบบใดเพียงแบบเดียวที่จะเหมาะกับผู้ป่วยทุกคน การเลือกจับคู่ให้เหมาะสมระหว่าง สถานที่บำบัด วิธีการบำบัด และบริการต่าง ๆ กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหายจากการติดยาและกลับไปปฏิบัติหน้าที่ของตนในครอบครัว สถานที่ทำงาน และในสังคมได้อย่างเหมาะสม

1.3.2 การบำบัดรักษาจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อให้บริการอยู่เสมอ ทั้งนี้เพราะผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากมักลังเลที่จะเข้ารับการบำบัด จึงควรจួយโอกาสในขณะที่ผู้ป่วยเกิดเปลี่ยนใจและสมัครใจอยากเข้ารับการบำบัด โดยการให้บริการได้ในทันที เราจะเสียผู้ป่วยไปได้ง่าย ๆ หากบริการของเราไม่พร้อมอยู่เสมอสำหรับพวกเขา

1.3.3 การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องให้ความสำคัญกับความต้องการทุก ๆ ด้านของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงให้การบำบัดรักษาเฉพาะการติดยาของผู้ป่วยเท่านั้น การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องเน้นทั้งเรื่องการเสพยาของผู้ป่วยและปัญหาด้านอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย เช่น ปัญหาด้านการแพทย์ ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาทางสังคม ปัญหาด้านอาชีพ และปัญหาทางกฎหมาย

1.3.4 การบำบัดรักษารายบุคคลและแผนการให้การบริการบำบัดรักษาจะต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องและมีการปรับเปลี่ยนเมื่อจำเป็น เพื่อให้แน่ใจว่าแผนการบำบัดนั้นตรงตามความต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจต้องการบริการและการบำบัดรักษาที่หลากหลายรูปแบบประกอบกัน ในช่วงระยะเวลาของการรักษาและการฟื้นฟูในช่วงที่มีการให้บริการปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด ผู้ป่วยอาจต้องการบริการด้านอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น การรักษาทางยา การบริการทางการแพทย์อื่น ๆ การทำครอบครัวบำบัด การให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง การฟื้นฟูด้านอาชีพ และบริการทางสังคมและทางกฎหมาย เป็นต้น และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ วิธีการบำบัดรักษาจะต้องเหมาะสมกับอายุ เพศ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย

1.3.5 การที่ผู้ป่วยยังคงมารับการบำบัดรักษาในช่วงเวลานานพอ นับเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการบำบัดรักษาในผู้ป่วย

แต่แต่ละคนนั้นจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาและความต้องการของพวกเขา จากการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่ได้ผลสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 3 เดือน และเมื่อถึงช่วงเวลานี้แล้ว การให้การบำบัดรักษาเพิ่มเติมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในผลการรักษามากขึ้นไปอีก แต่เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมักจะเลิกการบำบัดก่อนกำหนด ดังนั้นในการวางแผนการบำบัดรักษาจึงควรมีกิจกรรมที่จะชักชวนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและในเวลาที่น่าพอใจ

1.3.6 การให้บริการปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่มและการบำบัดทางพฤติกรรมแบบต่าง ๆ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสารเสพติด ในการบำบัดโดยการให้บริการปรึกษาและการบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจะบอกได้ถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของพวกเขา พวกเขาจะได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการนำไปใช้ในการจัดการ กับการเสพยาของเขา การหากิจกรรมอื่น ๆ ที่สร้างสรรค์ทำเพื่อทดแทนการเสพยา การให้รางวัล ตนเอง เมื่อทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการเสพยาและการพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา นอกจากนี้การบำบัดทางพฤติกรรมจะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวในครอบครัวและสังคมได้

1.3.7 การรักษาด้วยยาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยหลายราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ร่วมกับวิธีการให้บริการปรึกษาและการบำบัดทางพฤติกรรมแบบต่าง ๆ เมธาโดน (Methadone) และเลโว-อัลฟา-อะเซทิลเมธาโดล (Levo-Alpha-Acetimethadol) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนหรือฝิ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติและลดการเสพยาสารเสพติดลงได้ นาลเทรกโซน (Naltrexone) ก็เป็นยาที่มีประสิทธิภาพอีกตัวหนึ่งที่ใช้กับผู้เสพยาฝิ่นและผู้ป่วยบางคนที่มีการติดสุราไปด้วย สำหรับผู้ที่เสพยาโคโคตินนั้น การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทดแทนนิโคตินได้ เช่น แผ่นปิด (Patches) หมากฝรั่ง หรือยาากิน เช่น บูโพรเพียน (Bupropion) ก็จะช่วยให้การรักษาดำเนินไปอย่างราบรื่น สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช การรักษาทางพฤติกรรมและการใช้ยาถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

1.3.8 ผู้เสพยา/ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ควรได้รับการบำบัดรักษา ความผิดปกติทั้งสองอย่างนี้ไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากการติดสารเสพติดและความผิดปกติทางจิตมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยอาจแสดงอาการผิดปกติออกมาเพียงอย่างเดียว แต่ก็ควรได้รับการประเมินอาการอื่น ๆ และให้การรักษาอาการนั้น ๆ ไปพร้อม ๆ กันด้วย

1.3.9 การรักษาทางยาเพื่อถอนพิษสารเสพติด ถือเป็นเพียงการเริ่มต้นของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น และวิธีนี้ก็ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาในระยะยาวได้มากนัก การให้การรักษาทางการแพทย์เพื่อถอนพิษสารเสพติด จะใช้เพื่อรักษาอาการเฉียบพลันทางกายของ

ผู้ป่วยที่เกิดจากการอยากยา เพื่อจะได้สามารถหยุดเสพยาได้ แต่การรักษาโดยการถอนพิษเพียงอย่างเดียวมักไม่ค่อยได้ผลในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาได้ในระยะยาว ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยบางคน การรักษาแบบนี้จะเป็นเพียงตัวชี้วัดที่ไม่สำคัญต่อการเลิกเสพยาเสพติด

1.3.10 การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสมัครใจเองก็ได้ แม้ว่ากรณีที่ตัวผู้ป่วยเองมีแรงจูงใจสูงจะช่วยให้การบำบัดรักษาเป็นไปได้ด้วยดีก็ตาม แต่การกระตุ้นหรือการชักนำในครอบครัว ในสถานที่ทำงานหรือในระบบยุติธรรม กระบวนการทางกฎหมาย ก็มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมาก เพราะจะช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาและการคงอยู่เพื่อรับการบำบัดอย่างต่อเนื่องมากขึ้นได้และยังช่วยให้การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้นด้วย

จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า สามารถสรุปความสำคัญได้ว่า ผู้ใช้ยาเสพติด ไม่ใช่อาชญากรรม แต่เป็นเพียงผู้มีความผิดพลาดในการดำเนินชีวิตไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด จึงต้องนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องมีการเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยพบว่ายังไม่มีวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าที่ให้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่เหมาะสมหรือมีความคงที่เฉพาะ แต่จะปรับวิธีการให้เหมาะสมระหว่าง สถานที่บำบัด เวลา ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าที่มีความเหมาะสมกับบริบท โดยอาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในขั้นตอนถอนพิษยาเลย

2. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

คตินิยมขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายของการบำบัดรักษา หมายถึง กระบวนการที่เริ่มต้นเมื่อผู้ติดยาเสพติดมาขอรับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งให้บริการเฉพาะไปจนกว่าจะเป็นผลสำเร็จหรือจนกว่าจะมีสุขภาพเป็นที่น่าพอใจ การบำบัดรักษามีด้วยกันหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบจะมีแนวคิด และเหตุผลของตนเอง การรักษาได้ผล มากบ้าง น้อยบ้าง แล้วแต่จุดหมาย และวิธีดำเนินการว่าจะเหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่ ผู้ให้บริการบำบัดรักษาที่ดีควรจะต้องเข้าใจองค์ประกอบของการติดยาว่ามีได้เหมือนโรคทั่ว ๆ ไป แต่เป็นปัญหาสลับซับซ้อนกันระหว่างตัวคน ยา ปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพสังคม สภาวะเศรษฐกิจ การรักษาจึงต้องมีรูปแบบพิเศษต่างจากการรักษาโรคอื่น ๆ และผู้รักษาควรได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะให้เข้าใจปัญหาพื้นฐานและวิธีการบำบัดจึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด อันถือว่าเป็นแบบฉบับที่สมบูรณ์ที่ได้ทำกันหลายประเทศ ทั้งในยุโรป สหรัฐอเมริกา เอเชีย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ละประเทศก็ได้ดัดแปลงวิธีดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาวะ

การติดยาของกลุ่มชุมชน ในแต่ละท้องถิ่นที่แตกต่างกันไป รวมทั้งในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาล รัษฎารักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น (กัลยา ธรรมคุณ. 2540 : 41)

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม (2547 : 14 - 17) ได้สรุปรูปแบบของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบคือ การบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย การบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

2.1.1 เก็ชบำบัด

2.1.1.1 แบบแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการให้การบำบัดรักษา

โดยการใช้ยาทดแทนยาต้านฤทธิ์ หรือการแสดงภาพการติดยาในระยะยาว เช่น การให้เมธาโดนในระยะยาว การบำบัดรักษาด้วยวิธีนี้มักจะมีบริการในสถานบำบัดรักษาต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยแบ่งประเภทการรักษาออกเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ การที่ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาแบบไป-กลับ ไม่ต้องพักค้างในสถานพยาบาล และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ การรับผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลและอยู่บำบัดรักษาตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ หรืออาจทำในลักษณะการจัดทำค่ายบำบัดก็ได้

2.1.1.2 แบบแพทย์แผนโบราณ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้สมุนไพร หรือยาพื้นบ้าน โดยการรับประทาน หรืออบตัวทำให้ผู้ต้องการเลิกยาเสพติดเกิดอาการอาเจียน อ่อนเพลีย เชื่อกันว่าทำให้มีการล้างพิษยาออกจากร่างกาย วิธีการดังกล่าวส่วนใหญ่ดำเนินการในวัดต่าง ๆ หลายพื้นที่ ซึ่งจะให้การบำบัดรักษาทั้งผู้ติดยาเสพติด สุรา และบุหรี

2.1.2 วิธีการอื่น ๆ

2.1.2.1 การกระตุ้นด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้ากำลังต่ำ โดยการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า XH-1 มากระตุ้นตามจุดต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อลดอาการถอนพิษยา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย

2.1.2.2 การฝังเข็มเป็นการใช้หลักวิชาการแพทย์ของจีนโบราณในการฝังเข็มตามจุดต่าง ๆ เป็นรูปร่างเรียวยาวขนาดต่าง ๆ กันพร้อมด้วยด้ามที่ต่อสายไฟเดินถึงปลายเข็มได้ แล้วปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าตามจุดที่ทำกรฝังเข็ม เพื่อเป็นการเร่งปฏิกิริยาทางร่างกายให้เร็วขึ้น

2.1.2.3 การหักดิบ (Cold turkey) คือการให้ผู้ติดยาเสพติดหยุดการใช้ยาเสพติดโดยทันที แล้วดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างใกล้ชิด เช่น ให้อาหารและน้ำ การพักผ่อนอย่างเต็มที่ และคอยให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา อาการถอนยาจะแสดงอย่างรุนแรงภายใน

5 วันแรก (กรณีเสพยาโรอิน) แล้วจะเริ่มลดลง ผู้ติดยาเสพติดที่มีกำลังใจดีจะอดทนต่อการรักษาวิธีนี้ได้ และมักแข็งต่อการทรมานและไม่อยากกลับไปใช้ยาเสพติดอีก

2.2 การบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ

การบำบัดรักษาทางด้านจิตใจแบ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ออกเป็น 7 รูปแบบ คือ

2.2.1 วิธีการจิตบำบัด เป็นวิธีการบำบัดรักษาอาการป่วยทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด โดยใช้กระบวนการทางจิตวิทยา

2.2.2 วิธีการทางศาสนา คือ การนำหลักศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้มีความเชื่อมั่น ศรัทธาและปฏิบัติตามหลักของศาสนา ทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีกำลังที่จะเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด

2.2.3 วิธีการอาชีพบำบัด เป็นวิธีการสร้างความรับผิดชอบและฝึกทักษะด้านอาชีพให้ผู้ติดยาเสพติดมีความอดทน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและสามารถไปประกอบอาชีพได้หลังจากจบการบำบัดรักษา

2.2.4 วิธีการชุมชนบำบัดเป็นวิธีการฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยใช้การช่วยเหลือกันเองในหมู่ผู้ติดยาเสพติด เพื่อพัฒนาผู้เลิกในการเปลี่ยนแปลงบุคลิกอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม สำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีการชุมชนบำบัด (Therapeutic community) หรือที่เรียกย่อว่า T.C. นั้นเป็นวิธีการหรือรูปแบบที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างหนึ่ง ซึ่งเน้นการบำบัดรักษาที่ไม่ใช้ยาเข้าช่วยในการรักษาหากแต่ใช้วิธีการช่วยเหลือตนเอง (Self help) ในหมู่ผู้ติดยาเสพติดด้วยกัน โดยเฉพาะผู้เลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาดมาชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้ว จะเป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ (Staff) ที่จะคอยช่วยเหลือสมาชิกที่เข้ารับการรักษาให้หายขาดเช่นเดียวกับตนเอง ลักษณะของชุมชนบำบัดคล้ายกับการสร้างชุมชนใหม่หรือสร้างครอบครัวใหม่ให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งในอดีตเคยล้มเหลวในชีวิตและหมดความเชื่อถือในครอบครัวเดิมมาแล้ว จึงกล่าวได้ว่า การรักษาในรูปแบบของชุมชนบำบัดแท้จริงคือการสร้างความสัมพันธ์แบบเครือญาติขึ้นอีกครั้งหนึ่ง แต่เป็นเครือญาติในกลุ่มผู้เคยติดยาเสพติดมาแล้ว ทำให้เขารู้สึกผูกพันกัน รักกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน วิธีการชุมชนบำบัดมุ่งที่จะให้การฝึกอบรมในด้านจิตใจแก่สมาชิกผู้เข้ารับการรักษาให้รู้จักตอบสนองและคิดถึงในสิ่งที่ทำที่พูด และรู้สึกตามความเป็นจริงอย่างมีเหตุผล (วิชา มหาคุณ. 2540 : 15) ซึ่งได้แบ่งระยะการดำเนินงานในชุมชนบำบัดเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะการจูงใจเข้าชุมชนบำบัด (Induction stage) ใช้เวลา 7-30 วัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีชุมชนบำบัด (Treatment stage) ใช้เวลา 1 ปี ระยะกลับสู่สังคม (Re-entry stage) ใช้เวลา 6 เดือน และระยะติดตามผลและดูแล

หลัง การรักษา (After care stage) ใช้เวลา 1 ปี หรือควรรนาน 3 - 5 ปี (สงัน สุวรรณเลิศ . 2519 : 16)

2.2.5 วิธีการจิตสังคมบำบัด (Matrix model) เป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยประเภทสารกระตุ้นประสาทแบบผู้ป่วยนอก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงแรกของการหยุดเสพยา ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษารวม 16 สัปดาห์ เป็นการบำบัดรักษาตามรูปแบบการแก้ไขระบบประสาทและความคิด (Neuro-cognitive) ซึ่งพัฒนาขึ้นในสถาบันเมทริกซ์ (Matrix institution) ประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับรูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมจิต สังคมบำบัด (Matrix program) ในสถานีนามัยหรือชุมชน เป็นโปรแกรมบำบัดสำหรับกลุ่มเสพยาบ้าที่มีเป็นจำนวนมาก ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนามัย จะจัดกิจกรรมได้ทั้งที่สถานีนามัยหรือในชุมชน คือวัด ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โรงเรียน โรงงาน ฯ ที่มีห้องหรือบริเวณที่เป็นสัดส่วน กิจกรรมในโปรแกรมเป็นการประยุกต์จากโปรแกรมเมทริกซ์ 16 สัปดาห์ ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับกลุ่มติดยาเสพติดที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ใช้เป็นมาตรฐาน มีรายละเอียดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต . 2546 : 24 - 32)

ลักษณะ : เป็นกระบวนการกิจกรรมที่ใช้แบบการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์

ระยะเวลา : ผู้รับการบำบัดมาเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน

องค์ความรู้ : กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น 7 ครั้ง กลุ่มป้องกันกลับไปติดย้า 1 ครั้ง กลุ่มครอบครัวศึกษา 3 ครั้ง การให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง

ลำดับกิจกรรมและสาระสำคัญ 12 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ข้อตกลงและคำยินยอมให้การบำบัด

ครั้งที่ 2 หยุดวงจรการใช้ยา

ครั้งที่ 3 ตัวกระตุ้นภายนอก

ครั้งที่ 4 ตัวกระตุ้นและการอยากยา (กลุ่มครอบครัว ครั้งที่ 1)

ครั้งที่ 5 ตัวกระตุ้นภายใน

ครั้งที่ 6 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการเลิกยา

ครั้งที่ 7 การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ

ครั้งที่ 8 เส้นทางการเลิกยาเสพติด (กลุ่มครอบครัว ครั้งที่ 2)

ครั้งที่ 9 ปัญหาต่าง ๆ ในการเลิกยาในระยะแรก

ครั้งที่ 10 ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

ครั้งที่ 11 เคล็ดลับในการเลิกยาให้สำเร็จ

ครั้งที่ 12 ครอบครัวยุติการเลิกยาเสพติด (กลุ่มครอบครัวครั้งที่ 3)

การติดตามการรักษา: ติดตามดูแล ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหลังจากออกจากสถานที่ให้บริการบำบัดตามกำหนดนัดจำนวน 7 ครั้ง เรียกว่า “กลุ่มปัญญาสังคม” (Social cognitive group) เมื่อครบ 2 สัปดาห์/4 สัปดาห์/1เดือน/2 เดือน/3 เดือน/6 เดือน/9 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้ ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าสามารถสร้างความเข้มแข็ง พัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ด้วยวิธีการให้ทุกคนพูดเรื่องของตนเองที่เป็นความจริงและจบในกลุ่ม เปิดใจให้กว้างรับสิ่งใหม่ ๆ ในระยะเวลาที่ใช้ 45 - 60 นาที มีการประเมินสภาพด้านร่างกาย พฤติกรรม และสังคม ด้วยวิธีการตรวจปัสสาวะและให้คำปรึกษาแนะนำ มีเนื้อหาและวิธีการของกิจกรรมที่ใช้ดังนี้

ครั้งที่ 1 หัวเรื่อง แรงใจ

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกยอมรับตนเองและผู้อื่น เรียนรู้แบบอย่างผู้ประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดที่ผ่านมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิกรวบรวมแบบอย่างที่เหมาะสมความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคพลังในการเลิกยาเสพติดและสรุป วิธีการที่เพื่อนๆ เล่าให้ฟังว่าวิธีที่เหมาะสมกับตัวเองเป็นแนวทางในการเลิกยาเสพติด

ครั้งที่ 2 หัวเรื่อง ยึดเหนี่ยว

จุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างสิ่งยึดเหนี่ยว ศรัทธา แรงบันดาลใจเป็นพลังให้ตนเองเข้มแข็ง

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มแจกเอกสารให้สมาชิกอ่าน อ่านจบให้สมาชิกหลับตา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน ให้ระลึกถึงสิ่งที่เราเชื่อมั่น/ศรัทธา หรือแรงบันดาลใจ และขอให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนกันเล่าถึงสิ่งนั้น ๆ ความศรัทธา แรงบันดาลใจ ความแข็งแกร่งในชีวิต ความตั้งใจ โศกเป็นพลังในการเลิกยาเสพติดได้

ครั้งที่ 3 หัวเรื่อง เด็ดเดี่ยว

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเอง

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกพูดถึงคุณค่าของตนเอง เป้าหมาย และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่ใช้สารเสพติด รวมทั้งอภิปรายเป้าหมาย และวิธีการนำไปสู่เป้าหมาย ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเองได้

ครั้งที่ 4 หัวเรื่อง รู้ตน

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง และกำหนดแนวทางปรับปรุงตนเอง

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนั่งหลับตาพร้อมกัน ฟ้อนคลายความเครียดและนึกถึงข้อดี ข้อดีของตนเอง หลังจากสมาชิกลืมตาให้เขียนสิ่งที่นึกได้ลงในกระดาษที่แจกให้นำประสบการณ์มาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม ซึ่งสมาชิกสามารถวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และบอกวิธีแก้ไขจุดด้อยได้

ครั้งที่ 5 หัวเรื่อง ภาควุฒิ

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกสามารถภาควุฒิใจในตนเองและสร้างพลังใจให้กับตนเอง

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มเล่าประสบการณ์ความสุข ความภาควุฒิใจของตนเอง ให้สมาชิกฟัง และให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ความสุข ความภาควุฒิใจให้สมาชิกกลุ่มฟัง รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และสรุปแนวทางในการสร้างความสุข ความภาควุฒิใจของสมาชิก

ครั้งที่ 6 หัวเรื่อง ตั้งมั่น

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกสามารถเรียนรู้ กระบวนการควบคุมกำกับตนเองและสามารถวางแผนกำกับพฤติกรรมตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเขียนเป้าหมายลงในกระดาษ รวมทั้งแผนการเลิกยาเสพติด และกระตุ้นให้มีมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สมาชิกสามารถบอกแผนและวิธีการควบคุมตนเองให้ก้าวไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

ครั้งที่ 7 หัวเรื่อง เข้มแข็ง

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกสามารถสร้างความเข้มแข็งแก่ตนเองและเครือข่ายในชุมชน

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นถึงข้อดี ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มปัญหาสังคม การสร้างความเข้มแข็งของกลุ่ม โดยใช้หลักความฉลาดทางอารมณ์ การเข้าใจบุคคลอื่น ซึ่งทั้งสองอย่างนี้เป็นแรงผลักดันให้กลุ่มดำเนินงานไปได้ด้วยดี และบรรลุจุดมุ่งหมาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. 2546 : 24 – 35)

2.2.6 วิธีการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีแนวคิดในเรื่องกระบวนการบำบัดรักษาที่สำคัญ คือ ครอบครัว (Family) กิจกรรมทางเลือก (Alternative activities) การช่วยเหลือตนเอง และกระบวนการชุมชนบำบัด จะใช้ระยะเวลา 4 – 6 เดือน ในการบำบัดรักษา แต่อาจขยายระยะเวลาออกไปจนถึง 1 ปีได้ หากผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมที่จะเลิกเสพยาเสพติด

2.2.7 วิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบจิราสา เป็นการผสมผสานระบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมสมัยใหม่เข้ากับวัฒนธรรมและสังคมไทย วิธีการนี้พัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์ชาวไทยที่ไปทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ชื่อว่า นายแพทย์ทรงเกียรติ ปิยะกะ โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการหลัก คือ

2.2.7.1 ยืมสู่เรียนรู้วิชา

2.2.7.2 ฟังพาทรมิปัญญาไทย

2.2.7.3 ใฝ่ใจในศีลธรรม

2.2.7.4 นำสู่สุปฏิบัติ

โดยมีความสำคัญที่แนวทางจิราสา ก็คืออยู่ที่ “สุปฏิบัติ” คือการสร้าง “สืบสร้างทรงพลัง” หรือ 10 วิธีการที่จะลดความเครียดและช่วยแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัวมีดังนี้คือ

1. สร้างเวลาที่มีคุณภาพ คือ การให้เวลาซึ่งกันและกันในครอบครัวไม่จำเป็นต้องใช้เวลานาน ขอให้เป็นเวลาที่มีความหมาย คือใช้เวลาทุกนาทีให้คุ้มค่า เป็นประโยชน์ เป็น “เวลาคุณภาพ” มีเวลาให้กันวันละนิด จิตแจ่มใสถ้วนทั่วในครัวเรือน

2. สร้างการสื่อสารที่มีคุณภาพ คือ สร้างระบบการสื่อสารแบบไปกลับสองทาง หลีกเลียงระบบ “วันเวย์” รู้จักพูด รู้จักฟัง รู้จักออกความเห็น รู้จักวิจารณ์ รู้จักชม รู้จักตำหนิ รู้จักรับรู้ในความรู้สึกของผู้อื่น

3. สร้างการรู้คุณค่าของตัวเอง คือ จึงควรฝึกลูกให้นึกถึงแต่สิ่งดีงามประจำตัว วันละข้อสองข้อ จนคิดเป็นนิสัย ฝึกให้รู้จักชมสมาชิกในครอบครัววันละอย่างสองอย่างฝึกให้รู้จักมองเห็นข้อดีของผู้อื่น ฝึกให้รู้จักให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

4. สร้างกฎระเบียบในบ้านให้มีกฎเกณฑ์และกติกาการอยู่ร่วมกัน คือ โดยทำความตกลงกันก่อน วางกฎการไม่ใช้ยาเสพติด รวมทั้งบุหรี่หรือเหล้า วางข้อยกเว้นให้ชัดเจนไม่คลุมเครือ วางข้อลงโทษที่นำไปปฏิบัติได้ ไม่ออกกฎและลงโทษตามอารมณ์หรือเกินกว่าเหตุ

5. สร้างหน้าที่และความรับผิดชอบ คือ การแบ่งงานบ้านให้ทำเพื่อฝึกให้รู้จักหน้าที่และความรับผิดชอบ ฝึกให้รู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยเริ่มจากทำกิจกรรมครอบครัวร่วมกันฝึกให้รู้จักช่วยเหลือสังคมและผู้ด้อยโอกาส

6. สร้างทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่สุนทรีย์ คือ จึงจำเป็นต้องฝึกลูกให้รู้จักจัดการกับความเครียดและกับอารมณ์อื่นไม่สุนทรีย์ ฝึกให้รู้ว่าเมื่อไรเครียดหรือมีอารมณ์ไม่ดี รู้ถึงผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และพฤติกรรม รู้จักสาเหตุและฝึกวิธีคลายเครียดและระบายอารมณ์ให้เป็นพ่อแม่ควรได้ถามทุกข์สุขของลูกอยู่เสมอ ช่วยหัดให้ลูกรู้จักจัดการกับความเครียดและอ่านอารมณ์ของคนอื่น ฝึกให้รู้จักเอา “ใจเขามาใส่ใจเรา”

7. สร้างความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมของลูก คือ พ่อแม่จึงต้องรู้จักกับเพื่อนและสังคมนอกบ้านของลูก ฝึกลูกให้แยกเพื่อนออกจากเพื่อชั่วตัวอันตราย พร้อมช่วยลูกยามที่คบเพื่อนผิดควรรู้จักกับพ่อแม่ของเพื่อนลูกอีกด้วย จะได้เป็นแนวร่วมปรึกษาหารือและอาจทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อลูกด้วยกันได้ด้วย

8. สร้างความรู้เรื่องยาเสพติดให้แก่ลูก คือ พ่อแม่จึงควรหมั่นศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด หาโอกาสที่เหมาะสม เพื่อพูดคุยเรื่องนี้กับลูก ให้ข้อเท็จจริงเจาะลึกถึงผลดี ผลเสีย และให้ลูกแสดงความคิดเห็นและสิ่งที่เขารู้มาจากเพื่อนฝูงหรือจากแหล่งอื่น

9. สร้างทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ คือ ฝึกให้ลูกรู้จักแยกแยะปัญหา รู้จักทางแก้ทุกอย่างที่อาจเป็นไปได้ รู้จักไตร่ตรองถึงข้อดีและข้อเสีย โดยชั่งน้ำหนักผลกระทบ รู้จักปรึกษาหารือ และรู้จักทำการตัดสินใจโดยมีสติปัญญากำกับฝึกทักษะด้านนี้จากชีวิตจริงของลูก

10. สร้างทักษะการปฏิเสธยาเสพติด คือ พ่อแม่จำเป็นต้องฝึกซ้อมกับลูกอยู่เสมอ โดยสมมติเหตุการณ์ขึ้น เล่นละครซ้อมบทกันให้สมจริง เพื่อให้ลูกรู้จักเทคนิคปฏิเสธยาในสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ กันไป ฝึกให้ลูกรู้จักสถานที่ “อโคจร” ที่ยั่วยู่ให้ใช้ยา ฝึกให้ลูกรู้จักความหมายแท้จริงของสื่อโฆษณาและการแพร่ภาพ ฝึกลูกให้มีทักษะในการปฏิเสธยาเสพติด (ทรงเกียรติ ปิยะกะ. 2544 : 30-34)

2.3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่าย

การทำค่ายบำบัด เป็นวิธีการให้การบำบัดรักษาในเชิงรุกที่มีหน่วยงานของราชการต่าง ๆ นำมาใช้มากในปัจจุบัน โดยเฉพาะเป็นการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าจำนวนมากในเวลาเดียวกัน โดยมีการจัดทำโครงสร้างหลักสูตรให้มีความหลากหลายทั้งในด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ อาชีพ และสังคม เช่น โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง เป็นรูปแบบของค่ายบำบัดที่มีการดำเนินงานโดยหน่วยงานของทหาร ค่ายบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่ดำเนินการโดยศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดระดับอำเภอที่ใช้ระบบบูรณาการ มีหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหลัก โดยเริ่มดำเนินการในช่วงที่รัฐบาลประกาศสงครามกับยาเสพติด ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ – กันยายน 2546 ที่จะรับบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า/ผู้ติดยาเสพติดทั้ง

3 ระบบ คือ สมัยครใจบำบัด บังคับบำบัด และต้องโทษ ซึ่งมีแนวทางการรักษาในหลักการแบบดังกล่าวนี้โดนแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนที่มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การเตรียมการ (Pre - admission) คือการที่ผู้ให้การบำบัดรักษาจะต้องสัมภาษณ์สอบประวัติผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุในการติดยาเสพติด ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด เพื่อจะวางแผนช่วยเหลือผู้ติดยา ขณะให้การรักษาและหลังการรักษา อธิบายให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าใจกระบวนการรักษา สำหรับประกอบการตัดสินใจว่าจะเข้ารับการรักษาเนื่องด้วยเป็นการบำบัดรักษาระบบสมัยครใจ ผู้รักษาจึงไม่มีสิทธิ์ที่จะบังคับหน่วยงานนี้

2. การถอนพิษยา (Detoxification) เป็นการรักษาทางกายที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกายหรือรักษาอาการถอนยาของร่างกายที่ขึ้นกับยาจนสามารถหยุดยาได้ การถอนพิษยานั้นมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การหักดิบ เป็นการถอนพิษยาโดยมิให้ยาทดแทนรอคอยให้ร่างกายปรับสภาวะสมดุลของร่างกายเอง หากให้การรักษาอื่นก็เป็นการรักษาตามอาการที่มิให้มีอันตรายต่อชีวิตการให้ยาทดแทน

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นการรักษาให้พ้นจากสภาวะการติดยาทางจิต โดยการปรับปรุงแก้ไขจิตใจและบุคลิกภาพ เพื่อให้สามารถหยุดยาได้ตลอดไปหรือลดปัญหาทางการแก้ไขด้านจิตใจและบุคลิกภาพนี้มีอยู่หลายเทคนิคด้วยกัน เช่น

3.1 การรักษาทางจิตเวช โดยการรักษาโรคทางจิตเวชด้วยวิธีการทำจิตวิเคราะห์และจิตบำบัดในระยะต่าง ๆ จะทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

3.2 การให้คำปรึกษาและอบรม อาจให้คำปรึกษาโดยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พระ หรือผู้มีความรู้และประสบการณ์อื่น ๆ ให้คำปรึกษาได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มเช่นเดียวกัน การอบรมทางใจ โดยอาศัยศีลธรรมและศาสนาการฝึกอุปนิสัยและวินัย อาชีวบำบัด ใช้การทำงานเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวและเป็นสื่อในการฝึกอบรมสั่งสอน เพื่อปรับปรุงจิตใจ นันทนาการ ชุมชนบำบัด เป็นการสร้างชุมชนจำลองเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดที่ถอนยาแล้ว ทดลองอยู่ร่วมกันเป็นการฝึกการปรับตัวและสภาพจิตใจ ก่อนที่จะไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมของสังคมจริง

4. การติดตาม (Follow - up and After - care) เป็นการรักษาระดับสูงที่สุดท้ายหลังจากได้รับการทางร่างกายและจิตใจแล้ว วัตถุประสงค์ในการติดตามเพื่อให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและเสริมกำลังใจ คือ เป็นการป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำอีก (กรมสุขภาพจิต . 2544 : 43 - 44)

สามารถจะสรุปได้ว่าการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า ส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการหลาย ๆ อย่างผสมผสานกัน เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด โดยการดำเนินงานต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมทั้งนี้

ต้องมีการจัดรูปแบบให้เหมาะสมที่แตกต่างกันไปตามบริบทนั้น ๆ สำหรับขั้นตอนที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตาม เนื่องจากเป็นระยะที่ต้องสร้างความเข้มแข็ง ความเชื่อมั่น และต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม จึงมีโอกาที่จะกลับไปเสพยาได้สูง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการติดตามประเมินผล

3.1 ทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2545 : 74 - 75) ได้สรุปไว้ว่าองค์ประกอบสำคัญและเป้าหมายของการประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหลายรูปแบบ ดังนี้

1. เป็นผู้หยุดใช้ยาเสพติด ที่ผิดกฎหมาย (Deaddiction) หมายถึง การดำเนินชีวิตโดยปราศจากสิ่งเสพติดทั้งมวลอย่างสิ้นเชิง

2. การตั้งใจทุ่มเทจริง (Commitment) เป็นผู้รักษาสัจจะและข้อผูกพัน / สัญญา / ข้อตกลงต่าง ๆ ที่ให้ไว้ ไม่ใช่ข้อตกลงแค่ด้วยวาจา แต่ต้องเน้นการกระทำที่มุ่งมั่นตั้งใจเต็มที่

3. มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Life goals) และการเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายชีวิต จุดหมายจะเป็นเป้าหมายที่ช่วยให้มีความตั้งใจมั่นคงขึ้น

4. การปรับตัวกลับเข้าสู่สังคม (Social reconnection หรือ Social reintegration) มีการปรับปรุงนิสัย วิถีชีวิต และพฤติกรรมต่าง ๆ สร้างสัมพันธภาพกับสังคม ผูกมิตรกับเพื่อนใหม่ได้ เป็นตัวของตัวเอง และสามารถพูดถึงเรื่องในอดีตเกี่ยวกับการติดยาเสพติดของตนเองได้ ไม่กังวลระแวงว่าสังคมจะรังเกียจ สร้างคุณค่าให้ตัวเองมั่นใจในตัวเองได้พอเพียงที่จะเข้ากับคนอื่นได้ทั้งส่วนตัวในครอบครัวและที่ทำงาน

5. มีความสุขในชีวิตฟื้นคืนมาใหม่ เป็นผู้มีจิตใจแจ่มใส เบิกบาน มีชีวิตชีวา ตามสภาพรู้จักกระทำสิ่งสนุกสนานเพลิดเพลินในชีวิตประจำวัน อารมณ์ดี ยิ้มได้ ไม่เครียด ไม่หงา ไม่ซึมเศร้ารู้จักมองโลกในแง่ดี เรียนรู้ที่จะปรับอารมณ์ความรู้สึกไปในทางสร้างสรรค์และมีความสุขได้เยี่ยงคนทั่ว ๆ ไป

6. การควบคุมดูแลตนเองได้ (Self control) หมายถึง รู้จักวิริยะยังขังใจไม่ยอมกลับไปแตะต้องยาเสพติด แม้ว่าจะมีสิ่งเร้าเพียงใดก็ตาม ผู้ที่พัฒนามาถึงขั้นฟื้นฟูสภาพตัวเองอย่างครอบคลุมนี้จะผ่านการฝึกฝนให้รู้จักบริหารจัดการกับตัวเองเพื่อเอาชนะความอยากยาเสพติดได้

7. การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง การรู้จักตนเองดีพอทั้งในด้านดีและทั้งจุดอ่อนของตนเอง เข้าใจในขีดจำกัดบางอย่างของตนเองและยอมรับสภาพ เพื่อหาทางปรับวิถีชีวิตให้อยู่ในระดับที่เป็นไปได้อย่างปลอดภัยปราศจากเสพยาโดยไม่ขัดแย้งกับตัวเองและผู้ที่อยู่รอบข้างจนเกิดเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นมา

8. มีการพัฒนาปัญญา / พลังชีวิต / จิตวิญญาณ (Spiritual development) เป็นพลังแห่งการใฝ่เพื่อความดีต่อทั้งตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง มีความเพียบพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

เพื่อดำเนินชีวิตอย่างไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น การเฝ้าหมั่นใส่ใจเสริมสร้างพลังส่วนปัญญาให้เพิ่มขึ้นวันละน้อยแต่อย่างสม่ำเสมอเป็นภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็ง และเป็นการปรับสภาพตนเองเสียใหม่ให้เข้าสู่การมีชีวิตใหม่และสังคมใหม่ ระดับการพัฒนาปัญญา / พลังชีวิตจิตวิญญาณนี้

3.2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546 : 106 - 107) ได้สรุปแนวคิดในการติดตามประเมินผลกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ไว้ดังนี้

1. การจัดการบริการควรเข้าถึงได้ง่าย คือ สถานบริการมีพอเพียงและขั้นตอนการเข้ารับบริการไม่ยุ่งยาก

2. ควรมีการประเมินผล ความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคตลอดระยะเวลาบำบัด ในแต่ละราย เพราะบางครั้งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือสถานที่บำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพยาระหว่างการบำบัดได้ หรือมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้มารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องไม่ได้

3. การบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้เวลาในการบำบัดอย่างเข้มข้นไม่น้อยกว่า 3 เดือน หลังจากนั้นเป็นการติดตามจนครบ 1 ปี การบำบัดในระยะเวลาสั้น ๆ นับเป็นการดูแลแค่ระยะถอนพิษยาเท่านั้น ไม่สามารถทำให้ผู้ติดยาหยุดการใช้อย่างถาวรได้โอกาสกลับมาใช้อีก จึงมีมาก

4. การติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังการบำบัดอย่างเข้มข้น เป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดได้นาน

5. การฟื้นฟูทักษะทางสังคม อาชีพและการช่วยเหลือให้มีที่เรียน มีงานทำเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ไม่กลับไปใช้อีก

6. ตัวชี้วัดความสำคัญในการบำบัด ควรพิจารณาพฤติกรรมการหยุดใช้ยา ความห่างของเวลาในการใช้ยา สุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างที่ดีขึ้น ความสามารถในการเรียน การทำงาน และไม่มีปัญหาทางสังคมหรือกฎหมาย

7. การบำบัดและฟื้นฟูทุกระยะตั้งแต่การยอมรับผู้ติดยาเป็นผู้ป่วย การค้นหาผู้ป่วยเพื่อนำเข้ารับการบำบัดการติดตามผลขณะบำบัดและภายหลังการบำบัด การจัดกิจกรรมฟื้นฟูทางสังคมและด้านอาชีพ จะมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้เสพและผู้ติดยากลับสู่สังคมได้ต้องอาศัยพลังของหน่วยงานและประชาชนในชุมชนที่มีการจัดตั้งทั้งอย่างเป็นทางการและโดยธรรมชาติ

ซึ่งภายหลังจากการให้ความช่วยเหลือและการบำบัด ควรจะได้มีการติดตามผลของการให้ความช่วยเหลือสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนัดติดตาม การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ การติดตามนี้มีผลดีต่อผู้รับการบำบัดในแง่ของการได้คำแนะนำและกำลังใจ สำหรับประโยชน์ต่อผู้บำบัดนั้นก็จะเป็นการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ในการติดตามควรทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี โดยสรุปจะมีแนวคิดในการติดตามประเมินผลดังนี้ เช่น

1. การประเมินจากการหยุดเสพยาเสพติด (Abstinent)

2. การประเมินจากการลดความรุนแรงของการเสพ (Harm reduction)
3. การประเมินจากการดำเนินชีวิต (Function assessment)

ดังนั้นการประเมินผลดังกล่าว จึงมีความสำคัญที่จะต้องเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น หากเป็นการช่วยเหลือในกลุ่มผู้ติด หรือกลุ่มที่ติดเรื้อรัง การประเมินผลจากการลดปริมาณการใช้และการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นจะดีกว่าการวัดผลจากการหยุดเสพได้ เป็นต้น

4. การกลับไปเสพซ้ำ

4.1 เซ็ง (Ch'ien, 1985. อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2545 : 80–81) ได้ให้ความหมายของการกลับไปเสพซ้ำว่า หมายถึง การที่ผู้ติดสารเสพติดหรือผู้จะเลิกเสพยากลับไปเสพซ้ำ มีความหมายหลายอย่าง ในแง่ของความรุนแรงที่มีได้ ตั้งแต่ขนาดเบาๆ ไปจนถึงขนาดหนักขึ้น คือ การกลับไปเสพเป็นครั้งคราว ประเภทลาดไปชั่วคราวและการกลับไปติดใหม่อีกครั้ง ซึ่งมีหลักการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพยาและการลดพฤติกรรมเสพยาดังนี้

1. การเข้าใจกระบวนการกลับไปเสพซ้ำ ผู้ปฏิบัติงานจะสอนให้ผู้จะเลิกยาเสพติดสามารถระบุตัวกระตุ้นหรือสัญญาณเตือนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนการกลับไปใช้สารเสพติด อาจต้องฝึกการบันทึก การวางแผนจัดการกับสัญญาณอันตรายต่าง ๆ เหล่านี้อย่างเป็นทางการ รวมทั้งการพิจารณาสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมด้วย
2. การระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำได้ ผู้จะเลิกยาเสพติดจะได้รับการฝึกฝนให้ตรวจสอบ ค้นหา และระบุภาวะที่จะทำให้เขามีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดใหม่
3. การบริหารจัดการกับความอยากยาเสพติดอย่างรุนแรง และการสามารถระบุได้ว่าแรงผลักดันนั้นคืออะไร ผู้จะเลิกยาเสพติดจะได้รับการฝึกฝนให้เรียนรู้การสืบค้นหา แรงผลักดันทั้งทางสรีระจิตใจและลักษณะอาการที่ต้องการจะใช้ยาเสพติดอย่างเต็มที่ทุกประการให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ที่เกิดขึ้นกับตน ทั้งภายในและภายนอกนั้นมาให้ผู้จะเลิกยาเสพติดแต่ละคนหายุทธวิธีควบคุมให้ได้และผู้ปฏิบัติงานจะเป็นผู้คอยให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจที่จะบริหารจัดการกับภาวะก่อนกระตุ้นเหล่านั้นให้ได้เป็นรายบุคคลไป
4. การระบุภาวะกดดันจากสังคม และการฝึกฝนการบริหารจัดการกับภาวะนั้น ให้ทราบล่วงหน้า ว่ามีภาวะทางสังคมมากมายที่มีส่วนสำคัญต่อความก้าวหน้าในระยะฟื้นฟูสภาพ อาจเป็นไปได้ทั้งอุปสรรคและกำลังใจที่ยิ่งใหญ่
5. การจัดการกับความเครียด หรือความโกรธ ผู้ติดยาเสพติดมักมีลักษณะ อ่อนไหวง่าย เก็บกด ไม่ยอมรับรู้ภาวะอารมณ์เครียดหรือโกรธของตนเอง ไม่ยอมเผชิญกับความจริงแล้วหา

ทางแก้ไขข้อผิดพลาดของตนเองแต่ละประเภทรักษาความจริง เพื่อจะได้ไม่ต้องลำบากหรือเจ็บปวดในการเข้าไปดำเนินการบริหารแก้ไข ก็มักจะพอใจเลือกวิธีง่าย ๆ คือ หาทางออกด้วยการใช้ยาเสพติด

6. ความเบื่อ ผู้จะเลิกยาเสพติดที่ต้องเดินทางด้วยเส้นทางที่ยาวไกล เมื่อมาถึงระยะหนึ่งเขาอาจรู้สึกเบื่อและลดความอดทนที่จะต้องเฝ้าระวังดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองอย่างรอบคอบทุกฝีก้าว ซึ่งจะมีผลมากที่จะทำให้ตัดสินใจเลิกทนลงกลางคัน จึงจำเป็นต้องยึดหลักการ ต้องออกแบบวิธีการ วางแผนการใช้เวลาพักผ่อนอย่างสร้างสรรค์ให้กับผู้จะเลิกยาเสพติด เพื่อลดความเบื่อในชีวิตประจำวันลงได้

7. การช่วยเหลือเมื่อผู้ติดยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำ การเตรียมการ แก้ปัญหาถ้าเผชิญกับการกลับไปเสพซ้ำ แล้วถือเป็นบทเรียนที่จะฝึกฝนตนเองให้แกร่งกล้าขึ้นกว่าเก่าเท่านั้น ที่จะต่อสู้เอาชนะความอยากยาเสพติดได้ ในหลักการข้อนี้ จะสนับสนุนให้ผู้จะเลิกยาเสพติดได้ทบทวนทุกด้านที่ทำให้เขากลับไปเสพซ้ำ รวมถึงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ทำไปก่อน ขณะทำและหลังจากกลับไปเสพซ้ำ เพื่อนำเหตุการณ์เหล่านี้มาพูดคุยอภิปรายกันกับผู้รักษา เพื่อจะได้ลดความเสียหายในระหว่างที่เสพซ้ำ หรือเพื่อสร้างกำลังใจให้หันกลับมาตั้งใจเริ่มต้นกันใหม่

8. การวางแผนระยะยาวในการงดสารเสพติด ผู้ปฏิบัติงานจะประสานกับผู้จะเลิกยาเสพติดให้ตั้งใจเต็มที่ในการทุ่มเทและรับผิดชอบการฟื้นฟูสภาพของตัวเองในระยะยาว เป็นต้นว่า การเข้าประชุมกลุ่มร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยา และการเข้ากลุ่มผู้จะเลิกยาเสพติด หรือมีการจัดกิจวัตรประจำวันให้อยู่อย่างปลอดภัยจากตัวกระตุ้นให้ไปเสพซ้ำ เป็นต้น

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดยาและต่อมาถูกประยุกต์ใช้กับผู้ติดโคเคน ด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรมความคิดมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่ว่า กระบวนการเรียนรู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาแบบแผนทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะระบุและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะระบุและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจะรวมกลยุทธ์ทางพฤติกรรมและความคิด หลาย ๆ วิธีเข้าด้วยกัน

4.2 สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม (2547 : 92) ได้อธิบายถึงการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำว่าเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงของความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกิดจากปัจจัย 3 ประการประกอบเข้าด้วยกัน คือ ตัวกระตุ้น (Trigger) การขาดทักษะในการป้องกันตนเอง (Coping skill) และการขาดสำนึกถึงชีวิตที่ปลอดภัยจากสิ่งมัวเมา (Commitment to sobriety) ซึ่งเดลลี (Daley, 1998) ได้กล่าวว่า การติดยาเสพติดซ้ำสามารถแบ่งได้เป็น 2 ความหมาย คือ การติดยาเสพติดซ้ำเป็นเหตุการณ์ของการใช้ยาเสพติดหรือ

การติดยาเสพติดซ้ำเป็นกระบวนการของการถอยหลังไปสู่พฤติกรรม หรือ ทักษะคิดที่เบี่ยงเบน และอาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติดในระยะเวลาที่สามารถอดยาได้แล้ว

4.3 มาเลตต์ และ โกรดอน (Marlatt. and Gordon. 1985. อ้างถึงใน สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2547 : 92) ที่ว่าการติดยาเสพติดซ้ำจะเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ การติดยาเสพติดซ้ำ มิได้เริ่มจากการใช้ยาครั้งแรกหลังจากที่ผ่านการบำบัดรักษาและหยุดเสพยาได้ระยะหนึ่งแล้ว แต่เริ่มจากมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคมปกติและใช้ยาเสพติดในที่สุด

4.4 กอร์สกี (Gorski. 1989. อ้างถึงใน สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2547 : 92 - 93) ได้อธิบายว่า การติดยาซ้ำนั้นมีความหมายมากกว่าการกลับมาใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ แต่เป็นกระบวนการที่เป็นขั้นตอนของการฟื้นฟูสภาพที่ผิดระบบจนทำให้การกลับไปใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์กลายเป็นทางเลือกที่มีเหตุผลในการที่จะรักษาตนเองกระบวนการติดยาซ้ำเปรียบเสมือนกับการล้มของแถวโดมิโน เมื่อโดมิโนตัวแรกกระทบตัวที่สอง ก็จะไปกระทบตัวที่สามต่อ จากนั้นปฏิกริยาถูกโซ่ก็จะเริ่มขึ้นกระบวนการติดยาซ้ำสามารถแบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

4.4.1 เกิดการติดยาซ้ำในการฟื้นฟูสภาพ

4.4.2 ปฏิเสธว่าตนเองติดยาซ้ำในการฟื้นฟูสภาพ

4.4.3 ใช้พฤติกรรมอื่น ๆ มากลบกลืนความรู้สึก

4.4.4 ประสบกับเหตุกระตุ้นจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

4.4.5 เกิดปัญหาภายในจิตใจ

4.4.6 เกิดปัญหาพฤติกรรมภายนอก

4.4.7 ขาดการควบคุม

4.4.8 มีความคิดแบบผู้เสพติด

4.4.9 กลับไปสู่กลุ่ม สถานที่ หรือสิ่งที่ทำให้เสพติด

4.4.10 ใช้สารเสพติด

จากคำจำกัดความและหลักการ กระบวนการสามารถจะสรุปได้ว่ามีปัจจัยหรือภาวะหลายอย่างที่ทำให้มีการกลับไปเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะที่เกิดจากการตกอยู่ในภาวะความเครียดกดดันและการได้รับตัวกระตุ้น เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาว จึงต้องมีการสร้างทักษะในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำ ที่ต้องใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมเป็นหลักสำคัญ

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ความหมายของการสนทนากลุ่ม ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้หลากหลาย ดังนี้

1. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสงวงดี (2536 : 2) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า การสนทนากลุ่ม คือ การรวบรวมข้อมูลจากการนั่งสนทนากับผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม ซึ่งผู้ร่วมสนทนากลุ่มนี้ ได้มาจากการเลือกสรรตามหลักเกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดไว้ว่าจะเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็น และสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษามากที่สุด

2. วารี เกิดคำ (2542 : 173) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิควิธีในการรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ คำตอบที่ได้มาจากการสนทนากลุ่มจะเป็นคำตอบในเชิงเหตุผล แรงจูงใจ ตลอดจนการตัดสินใจของบุคคล และรวมถึงทักษะคิดต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งต่างๆ ที่เราสนใจศึกษา

3. อุดม จำรัสพันธ์ และคณะ (2545 : 98) กล่าวว่าการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 7 - 8 คน มาร่วมแสดงความคิดเห็นที่ได้รับการกระตุ้นจากคำถามของผู้ประเมินโดยมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและปฏิกิริยาของสมาชิกของกลุ่มเป้าหมายระหว่างการแสดงความคิดเห็น ที่อาจจะนำไปใช้ประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

ดังนั้นจึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนั่งสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนาในประเด็นต่างๆ ตามที่กำหนด เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ

การสนทนากลุ่มมีบรรยากาศเป็น “การนั่งจับเข่าคุยกัน” เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง ผู้เข้าร่วมสนทนากับผู้วิจัยและระหว่างผู้ร่วมสนทนาด้วยกันเองทุกคนมีอิสระในการอภิปรายประเด็นได้อย่างเต็มที่ ตามที่ตนเองมีประสบการณ์เพื่อถ่ายทอดให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันในการรวบรวมข้อมูลวิธีนี้ผู้วิจัยจะต้องนัดหมายให้สมาชิกมาร่วมกัน ณ ที่ใดที่หนึ่ง สมาชิกที่เข้าร่วมสนทนาจะต้องเป็นผู้มีความรู้ มี

ประสบการณ์ และเกี่ยวข้องกับเรื่องของผู้วิจัยสนใจศึกษา มีภูมิหลังที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Homogeneous) การสนทนากลุ่มจะถูกดำเนินการและควบคุมด้วยบุคคลที่เรียกว่า ผู้นำการสนทนา (Moderator) ซึ่งนับว่าเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการสนทนากลุ่มเพราะจะเป็นผู้นำการสนทนาให้ดำเนินไปตามทิศทางของงานวิจัย จะต้องเป็นบุคคลที่ช่างพูด ช่างคุยและเข้ากับบุคคลได้ทุกระดับ และจะต้องเป็นบุคคลที่มีไหวพริบดีสามารถยกประเด็นที่เกิดจากการสนทนากันมาตั้งเป็นคำถามซักถามกันต่อไปได้อีก จะทำให้ได้รายละเอียดในทางลึกมากยิ่งขึ้น (วาริ เกิดคำ. 2542 : 173)

ความสำคัญของการสนทนากลุ่ม

1. วาริ เกิดคำ (2542 : 173 - 174) ได้ให้ความสำคัญของการสนทนากลุ่มไว้ดังนี้

1.1 เทคนิคการสนทนากลุ่ม จะช่วยประหยัดเวลาว่าการสัมภาษณ์รายบุคคล ดังนั้นกลุ่มมีโอกาสได้พูดคุยสนทนาซักถาม ถกประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจน ได้เรียนรู้แง่มุมของคนภายในกลุ่มด้วยกัน เกิดภาวะความรู้สึกร่วม รับรู้ รับประเด็นต่างๆ ซึ่งสภาพการณ์นี้จะไม่เกิดในการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และการสนทนากลุ่มในสนามก็สามารถพูดคุยจัดทำได้ง่ายๆ

1.2 คุณภาพของข้อมูลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของกลุ่มว่ามีความเป็นกันเอง อยากพูดจากัน อยากร่วมแสดงความคิดเห็นและไม่มีผู้ใดผูกขาดการพูด หรือมีท่าทางใช้อำนาจเหนือความคิดผู้ใด ฯลฯ และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้นำการสนทนาว่าจะสามารถจัดการกลุ่มให้เกิดการพูดคุยดำเนินไปอย่างราบรื่น สนุกสนาน ทุกคนกระตือรือร้น เวลาผ่านไปอย่างไม่เบื่อหน่าย รวมทั้งได้เนื้อหาข้อมูลครบถ้วนตามหัวข้อที่ต้องการ

1.3 มีความคล่องตัวในการแสดงความคิดเห็น ได้ตอบกันอย่างต่อเนื่องในบางครั้ง มีแนวความคิดใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาแนวความคิดใหม่ๆ ที่มีศักยภาพ

1.4 การที่มีผู้นิยมใช้ในการสนทนากลุ่มกันอย่างแพร่หลายนั้น เป็นเพราะเชื่อกันว่า เสียค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้ยังมีความรวดเร็วในการรายงานผล ทั้งนี้ถ้าหากผู้วิจัยไม่ต้องการบันทึกที่ถอดออกมาจากเทป ก็จะสามารถทราบผลอย่างคร่าวๆ ของการวิจัยนั้นๆ ภายในเวลาเพียง 2-3 วัน เท่านั้น

ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม

วาริ เกิดคำ (2542 : 174 - 182) ได้สรุปการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนใหญ่ 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการสนทนา

1.1 สิ่งแรกที่ต้องทำในเรื่องของการสนทนากลุ่ม คือ การกำหนดเรื่องที่จะทำ

การศึกษา การกำหนดหัวข้อเรื่องนี้ว่าจะเกิดมาจากแนวคิด ทฤษฎี หรือ เรื่องที่สนใจศึกษานั้นเอง

1.2 กำหนดตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา ซึ่งการกำหนดตัวแปรนั้น ก็จำแนกแยกแยะมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้นเอง วัตถุประสงค์ที่ต้องการทราบอะไร ก็กำหนดตัวแปรออกมาแล้วนำมาสร้างเป็นคำถามย่อยๆ

1.3 เขียนแนวคำถาม โดยแนวคำถามทุกข้อจะต้องประกอบด้วยตัวแปร แล้วนำมาสร้างเป็นคำถามที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยชัดเจนที่สุดนั้นเอง นั่นก็คือนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละข้อไปจำแนกเป็นตัวแปรแล้วสร้างคำถามย่อยๆ โดยมีหลักเกณฑ์ว่าคำถามแต่ละคำถามต้องตั้งสมมุติฐานย่อยๆ ไว้ในตัวเองว่า ทำไมเป็นอย่างนี้ เพราะอะไร ทำไมอย่างไร เขียนคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อให้ได้คำตอบออกมาในเชิงเป็นเหตุเป็นผลนั้นเอง การเรียงคำถามควรจะเริ่มจากคำถามง่ายๆ เพื่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยกันระหว่างผู้นำการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา สำหรับคำถามหลักนั้นควรอยู่ในช่วงกลางๆ ของการสนทนา เพราะเมื่อสมาชิกกลุ่มคุ้นเคยบรรยากาศดีแล้วก็สนทนากันในประเด็นที่สำคัญจะได้คำตอบมากขึ้น และเมื่อซักถามประเด็นสำคัญแล้วในตอนท้ายของการสนทนาจึงจะเป็นคำถามเบาๆ ง่ายๆ อีกครั้งเพื่อผ่อนคลายบรรยากาศในการสนทนา

1.4 คัดเลือกบุคลากร บุคลากรในการสนทนากลุ่มจะประกอบด้วย ผู้นำการสนทนาสมาชิกกลุ่มและผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์หรือไม่ จึงต้องพิถีพิถันในการเลือกเป็นพิเศษ

1.4.1 คัดเลือกผู้นำการสนทนา (Moderator) โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกว่า

ผู้นำการสนทนาหากไม่ใช่ผู้วิจัยเอง จะต้องเป็นผู้ที่รู้เบื้องหลังความต้องการ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดี รู้จักทฤษฎี และรู้จักวิธีการควบคุมปัญหา ควบคุมการสนทนาแบบกลุ่มเป็นอย่างดี ผู้นำการสนทนาจะต้องซักจงให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความรู้สึกในประเด็นที่ซักถามนั้นออกมาให้ได้ว่า มีความคิดเห็น หรือ มีทัศนคติอย่างไร ผู้นำการสนทนาจะต้องรู้จักนำทฤษฎี หรือ ความสนใจมาตั้งเป็นสมมุติฐานตลอดเวลาและจะต้องทดลองสมมุติฐานเล็กๆเหล่านั้น ก่อนล่วงหน้า

โดยการถามปัญหาที่จะนำไปสู่การสนทนาที่ชัดเจน ซึ่งสมมุติฐานนี้เป็นสมมุติฐานย่อย ซึ่งต่างจากสมมุติฐานหลักที่ตั้งไว้แต่แรก ควบคู่ไปกับจุดประสงค์ของการวิจัย ในการนั่งสนทนาผู้นำการสนทนาจะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับประกอบการสนทนาไปด้วย โดยพยายามหาความสัมพันธ์ของข้อมูลนั้นกับข้อมูลอื่นๆ ที่ได้รับมาก่อน ผู้นำการสนทนาที่ดีจะต้องมีความชำนาญในการตั้งสมมุติฐานเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นในวงสนทนา การตั้งสมมุติฐานย่อยๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้นำการสนทนาสามารถสร้างคำถามได้อย่างเหมาะสมและตรงกับจุดมุ่งหมาย ช่วยให้ผู้นำการสนทนาสามารถสร้างคำถามได้อย่างเหมาะสม และตรงกับจุดมุ่งหมายช่วยให้ผู้นำการสนทนาถามตรงแนวตามที่ต้องการ

1.4.2 การคัดเลือกสมาชิกสนทนา การคัดเลือกสมาชิก เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการสนทนากลุ่มเรียกได้ว่าสำคัญเท่าๆ กับการดำเนินการสนทนากลุ่มเลยทีเดียว เพราะหากไม่ได้บุคคลตรงตามเป้าหมายมาเข้าสนทนากลุ่ม ผลการสนทนาจึงไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือถ้าได้บุคคลประเภทบุคคลนอกเรื่องก็จะทำให้การสนทนากลุ่มล้มเหลวกลางคันหรือถ้าได้บุคคลที่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็น และพูดจาเพื่อเจ็อคุณภาพของข้อมูลก็ด้อยลงไป ผู้วิจัยควรคิดว่าโดยหลักของการจัดสนทนากลุ่มแล้วสมาชิกกลุ่มไม่ใช่จะเป็นใครก็ได้ เพราะแม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพไม่เน้นการเป็นตัวแทน แต่การวิจัยลักษณะนี้เน้นถึงการที่สมาชิกกลุ่มเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ที่จะสามารถพูดคุยได้ตอบในรูปแบบของกลุ่มการสนทนาในอันที่จะแสดงทัศนะ และค่านิยมของสังคม ตลอดจนสะท้อนถึงประสบการณ์รอบๆ ตัวได้ดี และควรหลีกเลี่ยงบุคคลที่ไม่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม เช่น คนที่เป็นผู้บังคับบัญชา คนที่ขี้อายเกินไป คนที่พูดเก่งจนควบคุมการสนทนาเพียงคนเดียวคนที่ฟังไม่ค่อยได้ยิน คนที่มีปัญหาทางจิตใจ เป็นต้น ซึ่งลักษณะที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เข้าข่ายเหล่านี้ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจบิดเบือนหรือทำให้ผู้วิจัยไม่ได้ข้อมูลในเรื่องสำคัญๆ ที่ต้องการ เช่น ถ้ามีนายจ้างอยู่ในกลุ่มเดียวกับลูกจ้าง ก็อาจทำให้ลูกจ้างไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แท้จริง เพราะกลัวนายจ้างอาจจะเลิกจ้าง เป็นต้น

มีข้อสังเกตการคัดเลือกบุคคลในการเข้าร่วมสนทนา (นิพนธ์ คันธเสวี และ คณะ. 2545 : 259 - 260) จำนวน 2 ประเด็น ดังนี้ กลุ่มที่ไม่แตกต่างกัน (Homogeneous group) จะทำให้ได้ข้อสรุปของการสนทนาที่คล้ายคลึงกัน และกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน (Heteogeneous group) ซึ่งจะเป็นการดี ถ้าเป็นการรวบรวมข้อมูลตัวที่มีการกระจายค่ามากๆ เพราะจะได้ข้อสรุปบนพื้นฐานความแตกต่างกันแสดงความคิดเห็น

1.5 เตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่ม มีอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล คือ เทปบันทึกเสียง เพราะในวงการสนทนานั้น ตลอดการดำเนินสนทนากลุ่ม จะมีการถกประเด็นปัญหา การโต้แย้ง เป็นกระแสความคิดโต้ตอบกันตลอดเวลา ดังนั้น

จึงต้องบันทึกเสียงเอาไว้เพราะคำตอบที่เป็นการถกประเด็นกันด้วยเหตุผล ถือเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียงจะเป็นอุปกรณ์บันทึกข้อมูลที่ดีที่สุดที่สามารถเก็บรายละเอียดและข้อคำตอบได้ละเอียดที่สุด คำตอบที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหากันหลายๆ มีการแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความเห็นกันหลายๆ นั่นคือจุดที่ละเอียดที่สุดของการวิเคราะห์ข้อมูลนั่นเอง และการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถกโต้แย้ง หรือเสนอคำตอบความเห็นนี้ด้วย จะช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลได้คำตอบที่ดีที่สุด ในการจัดสนทนากลุ่มจะใช้เทปบันทึกเสียง 2 เครื่อง บันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกันประมาณ 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไปในระหว่างการเปลี่ยนเทปและเป็นประโยชน์สำหรับป้องกันการบันทึกข้อมูลไม่ติด นอกจากนี้จะป้องกันการสูญหาย และแบ่งกันฟังในกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน นอกจากเทปบันทึกข้อมูลแล้ว ก็จะต้องมีสมุดจดบันทึกข้อมูลด้วยสำหรับผู้จดบันทึกคำสนทนา นอกจากนี้ก็มีอุปกรณ์สนามอื่นๆ เช่น ถ่านไฟฉาย เทปเปล่า ดินสอ ฯ นอกจากนี้ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม หรือ อาจจะเป็นรูปภาพ อุปกรณ์ต่างๆ ที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจเรื่อง หรือประเด็นที่เราสนใจจะถามมากยิ่งขึ้น

1.6 จัดเตรียมสถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน ควรเป็น

สถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน แดดไม่ร้อน ผู้เข้าร่วมกลุ่มรู้จักดี

1.7 จัดเตรียมของก้ำกัล ของที่ระลึกมอบไว้ก่อนจากกันให้ไว้แก่สมาชิกกลุ่มที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาร่วมวงสนทนา มิใช่เป็นค่าจ้าง แต่มอบให้รำลึกถึงกันว่า เราเคยมานั่งถกประเด็นปัญหาด้วยกัน

1.8 กำหนดระยะเวลาของการดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม ผู้นำการอภิปรายควร

ใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมง 15 นาที นับแต่เริ่มคำถาม เพราะถ้านานกว่านี้สมาชิกกลุ่มจะล้า คำตอบที่ได้ตอนท้ายเป็นคำตอบที่ผู้ตอบเพื่อให้เสร็จสิ้นการสนทนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

ขั้นตอนการสนทนา

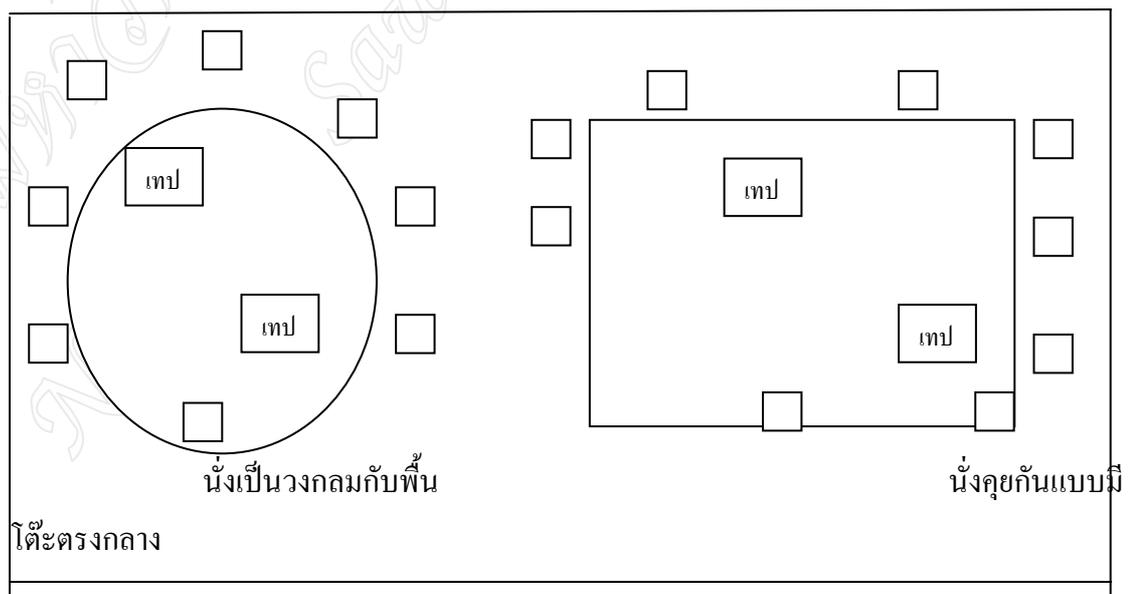
เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้ว ก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนาในที่นี้ คือ ผู้นำการสนทนา แนะนำตนเองและทีมงาน อันประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา ผู้จดบันทึกและผู้บริการทั่วไป บางครั้งถ้ามีผู้สังเกตการณ์ (Observer) ก็แนะนำด้วย แล้วอธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนา วัตถุประสงค์ของการวิจัยและบอกว่าจะมีการบันทึกเทปคำสนทนาตลอดจนถกประเด็นปัญหา

นอกจากนี้ก็จะจะมีผู้คอยจดบันทึกคำสนทนาด้วยแล้วจึงเริ่มถามนำด้วยคำถามอ่อนเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนาหลังจากพิจารณาว่ากลุ่มเริ่มคุ้นเคยกันดีแล้วก็เริ่มคำถามในแนวการสนทนาก็จัดเตรียมไว้ ชักใช้ไล่เรียงคำถาม โดยการทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็นและโต้แย้งกันให้พอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาด้วยกันเอง ควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักถามคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่ใช่ถามคนเดียว แต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่ม ให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถ้าไม่จำเป็นอย่าซักถามรายคน ผู้นำการสนทนาจะต้องเป็นผู้ที่ช่างคุยช่างซัก เป็นผู้ที่มีการสรรคในการพูดคุย มีการเว้นจังหวะการถามที่ดี

การนั่งสนทนากันอาจจะจัดนั่งแบบเป็นวงกลมนั่งบนพื้น หรือนั่งบนเก้าอี้

และมี

โต๊ะกลางแบบนั่งรับประทานอาหารร่วมกันก็ได้ดังเช่น ผังการนั่งตามรูป ดังนี้



ภาพที่ 2.1 แสดงภาพการนั่งสนทนากลุ่ม

การนั่งแบบเป็นวงกลมนั้นจะดูเป็นธรรมชาติมากกว่า ให้บรรยากาศเป็นการนั่งสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้มากกว่าวงสนทนาจะมีลักษณะเป็นกันเอง แต่ถ้านั่งเก้าอี้มีโต๊ะตรงกลาง ให้ลักษณะของการนั่งสัมภาษณ์ มีความรู้สึกว่าเป็นทางการ บรรยากาศการสนทนาถ้าผู้เข้าสนทนากลุ่ม ไม่คุ้นเคยกันมาก่อน จะไม่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าทำการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มชาวบ้านในชนบท การนั่งเก้าอี้ และมีโต๊ะตรงกลางเหมาะสำหรับการสนทนากลุ่มกับบุคคลบางระดับ เช่น ผู้มีความรู้ มีการศึกษา นักธุรกิจ ฯลฯ ซึ่งมักจะมีการรับประทานอาหารร่วมกันที่โต๊ะ แล้วคุยกันไปพร้อมทานอาหาร

ขั้นสรุปผลการสนทนา

ข้อมูลของการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง และในแบบจดบันทึกการสนทนาของผู้ร่วมสนทนาที่อยู่ในเทปจะถูกถอดออกมาเป็นบทคำสนทนา โดยละเอียดทุกคำพูดทุกบททุกตอน เหตุผลที่ถอดเทปละเอียดทุกคำพูด เพราะถือว่าจุดประเด็นสำคัญของคำตอบในการวิเคราะห์ที่อยู่ทับทของการเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันของสมาชิกภายในกลุ่ม การถอดละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วได้เข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนากลุ่มนั้นๆ ได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมในการถกประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นอย่างไร มีการโต้แย้งกันดีหรือไม่ ดังนี้ เป็นต้น บางโครงการวิจัยจะถอดเทปเพียงบางส่วน อาจถอดเพียง 80% 50% หรือ 30% แล้วแต่ว่าผู้ศึกษาต้องการความละเอียดของข้อมูลมากน้อยแค่ไหน

การถอดเทปข้อมูล ถ้าถอดละเอียดทุกคำพูดก็จะเป็นประโยชน์ ต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เพราะง่ายต่อการอ่านและสรุปคำตอบ นอกจากนี้คำตอบที่ถอดออกมาเป็นบทสนทนากลุ่มนั้น นอกจากจะใช้วิเคราะห์ในเรื่องที่สนใจศึกษานั้นแล้ว ยังสามารถหยิบยกมาวิเคราะห์เรื่องอื่นๆ ได้อีก เพราะในวงสนทนาในแต่ละครั้ง ไม่ใช่ถกเถียงกันเพียงประเด็นเดียวแต่จะมีประเด็นอื่นๆ คิดค้นออกมาด้วย ดังนั้นจึงสามารถนำมาวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์แบบข้อมูลทุติยภูมิต่อไปได้อีก นั่นคือ จัดสนทนากลุ่มเพียงหนึ่งเรื่องสามารถวิเคราะห์ได้หลายเรื่อง

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะอ่านจากบทสนทนาที่ถอดเทปออกมา แล้วจดคำตอบที่ละเอียดที่สุด และให้เหตุผลที่ดีที่สุดลงในกระดาษจดข้อมูล ซึ่งจัดทำไว้แล้ว เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ที่เป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไหร่ เรียงเอาไว้ในคำถามเรื่องอะไร ทำให้เป็นระบบเดียวกัน แล้วก็วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหาเหมือนกับการตีความ หรือวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพวิธีอื่นๆ เช่นกัน ถ้ามีผู้วิเคราะห์หลายคน และมีความคิดเห็นไม่ตรงกันหรือแปลผลไม่ตรงกัน ก็จะกลับไปฟังรายละเอียดในเทปใหม่เพื่อความกระจ่างนั่นเอง การที่มีการถกประเด็นปัญหาในคำตอบของสมาชิกกลุ่มจะเป็นการ

ช่วยไม่ให้ผู้วิจัยลำเอียง ในการตีความเป็นคำตอบแต่ละคำตอบจะมีเหตุผลห้อยท้ายมาเสมอ ประกอบกับในแต่ละเรื่องจะจัดสนทนาหลายกลุ่ม ดังนั้นจึงสามารถนำคำตอบในเรื่องเดียวกันมา ตรวจสอบความชัดเจนของเหตุผลกันได้ (Cross check) ซึ่งจะขจัดความลำเอียงของผู้วิจัย ได้

การจัดสนทนากลุ่ม ก็ยังเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมากและมีจุดเด่น คือ การนำเอาพลวัตรของกลุ่มมาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็นและทัศนคติของตนเองออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ (สาลีกา เมธนาวิณ. 2545 : 24) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติความคิดเห็นและแบบแผนพฤติกรรมที่อยู่ เบื้องหลัง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

ปราณี ภาณุภาส (2529) ได้วิจัยเรื่อง ผลของการฝึกอบรมการพัฒนาตนเองที่มีต่อกรรมการ บำบัดรักษาเสพติดขั้นถอนพิษยา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาตนเองแล้ว มีพฤติกรรมกรรมการ บำบัดรักษาเสพติดขั้นถอนพิษยาดีกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาตนเอง มีพฤติกรรมกรรมการ บำบัดรักษาเสพติดขั้นถอนพิษยาดีกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาตนเองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาตนเองแล้ว มีการพัฒนาตนเองดี กว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)
4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาตนเองแล้ว มีการพัฒนาตนเองดีกว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

บุญเรียบ วัฒนธรรค์ (2541) ได้วิจัยเรื่อง การสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและ ส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยร่นและผู้ป่วยเสพติดด้วยร่นที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาถอนพิษยาเพศชายของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า การทำ กิจกรรมกลุ่มมีปัญหาทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยและด้านวิทยากร ซึ่งต้องมีการพัฒนาในการจัดกิจกรรม กลุ่มและจำเป็นต้องมีการอบรมวิทยากรกลุ่มให้มีความรู้ ความเข้าใจที่อยู่ในระดับเดียวกัน คณะ

ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ คือ สร้างรูปแบบ ประเมินรูปแบบ พัฒนารูปแบบ โดยพยาบาลศึกษา พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพประจำการ ได้นำผลการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวมากำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเสพติดด้วยรูนและ โครงสร้างหลักสูตรกำหนดเป็น 4 กลุ่มวิชาการ คือ การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง ความรู้เรื่องการบำบัดรักษากับการดูแลตนเอง การแก้ไขตนเองกับการปรับตัว และเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง แล้วนำมาทดลองใช้สำหรับศึกษาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเสพติดด้วยรูน พบว่าผู้ป่วยเสพติดด้วยรูนมีความสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองมีความรู้เรื่องการบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง มีความสามารถแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและมีความสามารถปรับตัวและสร้างความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000)

ศิริวรรณ เพียรสุข (2543) ได้วิจัยเรื่อง ประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบจำลอง CIPP เพื่อศึกษาการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและเพื่อคัดสรรใจวางแผนการดำเนินงานต่อไป ผลการวิจัยพบว่า สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ คือ ผู้นำชุมชนและประชาชน มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัวมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น สามารถประกอบอาชีพได้ และอยู่ร่วมในชุมชนกับผู้อื่นได้

กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ (2544) ได้วิจัยเรื่อง ลักษณะทั่วไป สภาพสังคม ครอบครัว สาเหตุของการใช้ยาบ้า พฤติกรรมการใช้ยาบ้า ผลกระทบจากการใช้ยาบ้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการใช้ยาบ้า ความคิดอยากเลิกยาบ้าและไม่อยากเลิกยาบ้าของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ยาบ้า (Amphetamine induced psychotic disorders) ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ประกอบอาชีพรับจ้างทำการเกษตร และยังเป็นนักเรียนนักศึกษาอยู่ ตามลำดับ ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย และตอนต้น ส่วนใหญ่ครอบครัวมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีพี่น้องจำนวน 2 – 3 คนเป็นบุตรคนแรก ของครอบครัว โดยบิดามารดายังมีชีวิตอยู่ และยังอยู่ด้วยกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะรักใคร่ปรองดองกันดี มีเพียงจำนวนน้อยที่ครอบครัวไม่ค่อยมีความสุขหรือมีการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ หรือทะเลาะกันถึงขั้นตบตี และอยู่อาศัยกับบิดามารดา ซึ่งเป็นบ้านตนเอง ส่วนสภาพแวดล้อม มีลักษณะชุมชนที่ไม่แออัด ไม่ได้อยู่ในย่านที่มีสถานบันเทิงหรือแหล่งมั่วสุม แต่ในย่านที่อยู่อาศัย จะมีแหล่งซื้อขายยาเสพติดได้ง่าย ประมาณ 1 ใน 3 มีคนในครอบครัวที่ใช้สารเสพติดหรือติดเหล้า และเกือบทั้งหมดมีเพื่อนสนิทที่ใช้ยาบ้า สาเหตุของการใช้ยาบ้า ส่วนใหญ่ใช้เพราะอยากลอง และ

เพื่อทำงานมากที่สุด โดยมีเพื่อนเป็นผู้ชักนำให้ใช้ ส่วนใหญ่พยายามเลิกยาบ้า แต่ไม่สามารถเลิกได้ เพราะใจอ่อนเมื่อถูกเพื่อนชวน และจิตใจยังมีความต้องการอยู่ และสิ่งที่คิดว่าจะทำให้เลิกยาบ้าได้ คือ การคิดถึงครอบครัวและการมีจิตใจที่เข้มแข็ง สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาบ้า ส่วนใหญ่ยาบ้ามา มากกว่า 1 ปีขึ้นไป เสพทุกวัน วิธีการที่ใช้มากที่สุดคือวิธีสูดดม เมื่อเสพเข้าไปแล้วฤทธิ์ยาจะอยู่ได้นาน 1 วัน ผลกระทบส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบต่อตนเองทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักลด ๆ ด้านการทำงานทำให้เกียจคร้าน ด้านการเรียนสำหรับผู้ที่ยังเรียนอยู่ ไม่ตั้งใจเรียน ไม่มีสมาธิ ๆ ด้านเศรษฐกิจ ทำให้เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ๆ ผลกระทบต่อครอบครัว ส่วนใหญ่ทำให้เป็นภาระทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว โดยผลกระทบต่อสังคมเรื่องการถูกดำเนินคดี ซึ่งความเกี่ยวข้องกับสารเสพติด และการประกอบอาชญากรรม ข้อเสนอแนะ คือ ด้านการรักษา ควรให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

จิราวรรณ พรหมชาติ พรหมณีภา เอกทัพนธ์ สุภัทรา ช่วยเต็ม สุภาวดี ทองด้วง และ วลีวรรณ นาคมุสิก (2544) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า ทีมผู้ให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลละแม มีความเห็นด้วยมากกับนโยบายและแผนงานสุขภาพจิตที่มีแนวทางค่อนข้างชัดเจน ส่วนด้านขวัญและกำลังใจ และด้านการปฏิบัติงานมีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีระดับผลการดำเนินงานเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ในส่วนของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการปรึกษาที่ได้รับในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยพบว่าการจะกลับมารับบริการซ้ำเป็นส่วนมาก และไม่กลับมาอีกเพียงเล็กน้อย โดยมีเหตุผลว่าต้องการจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่วนกลุ่มที่ไม่แน่ใจว่าจะกลับมารับบริการอีกได้ให้เหตุผลว่า จะลองใช้บริการของคลินิกให้คำปรึกษาไปก่อนและมีการย้ายเปลี่ยนแปลง ที่อยู่บ่อย รวมทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการเดินทางในส่วนของพาหนะและค่าใช้จ่าย เป็นต้น

สมชาย จักรพันธ์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล วสุ จันทศักดิ์ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ (2545) ได้วิจัยเรื่อง ลักษณะการดำเนินโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนอาจจะแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ แบบระยะสั้น (Acute type) และแบบระยะยาว (Prolonged type) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนแบบระยะสั้นจะสามารถหยุดยารักษาโรคจิตภายใน 2 สัปดาห์ก็ตาม ควรมีการติดตามเฝ้าระวังการกลับป่วยซ้ำ และในผู้ป่วยที่มีประวัติการเสพเมทแอมเฟตามีนมานานกว่า 5 ปี และมีอาการทางจิตรุนแรง เมื่อแรกรับ

ควรได้รับการประเมินอาการในระยะยาว เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีนได้

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ วสุ จันทรสักดิ์ กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล

ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ (2545) ได้วิจัยเรื่อง ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนเมื่อติดตามผล 6 เดือนและศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะการดำเนินโรคสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1. Psychosis relapse หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการโรคจิตสงบหลังได้รับการรักษาและตลอดระยะเวลาที่ติดตาม
2. Psychosis relapse หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการสงบหลังได้รับการรักษาแล้วพบการกลับไปป่วยซ้ำในระยะเวลาที่ติดตาม
3. Psychosis persistence หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการโรคจิตคงอยู่และยังพบว่า การเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปป่วยซ้ำของอาการโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hazard Ratio = 2.90, 95% CI = 1.46 – 5.79) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำมีโอกาสกลับไปป่วยซ้ำเป็น 2.9 เท่าของกลุ่มที่ไม่เสพซ้ำ ในขณะที่การใช้สารเสพติดอื่น เช่น แอลกอฮอล์ คาเฟอีน ทัณชา พบเป็นปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปป่วยซ้ำของอาการโรคจิตแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยตัวกระตุ้นทางจิตสังคมและการกินยารักษาโรคจิต ไม่พบว่าสัมพันธ์กับการกลับไปป่วยซ้ำของอาการโรคจิต การแนะนำให้ผู้ป่วยงดการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ น่าจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการกลับไปป่วยซ้ำของอาการโรคจิตได้

อัญชลี ศิลาเกษ (2545) ได้วิจัยเรื่อง ประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันสารเสพติดในจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งใช้แนวคิด ร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำ และแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน ผลการวิจัยพบว่า มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในชุมชน มีความต้องการในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการดำเนินโครงการดังกล่าว การประเมินผลการอบรมเทคนิคการจัดกิจกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาสารเสพติด สำหรับบุคลากรสาธารณสุขได้รับการประเมินจากผู้เข้าอบรมว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมมากถึงมากที่สุด ส่วนคู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันสารเสพติดในชุมชน ได้ผลการประเมินว่ามีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด การประเมินความพึงพอใจของผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันสารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก และจากการประชุมเชิง

ปฏิบัติการพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมของทั้ง 4 ชุมชน ได้ร่วมกันคิดและกำหนดโครงการเพื่อการป้องกันสารเสพติดในชุมชนแต่ละชุมชนจำนวน 2 ถึง 4 โครงการ เมื่อกำหนดโครงการแล้ว มีการดำเนิน มีการดำเนินตามโครงการค่อนข้างสม่ำเสมอ มีการเผยแพร่ให้คนอื่นทราบเป็นส่วนใหญ่และเมื่อได้ดำเนินการแล้ว ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ได้ร่วมป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชนของตน ผลจากการดำเนินโครงการเพื่อป้องกันสารเสพติดในชุมชนทำให้ประชาชนในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาสารเสพติดและ ลดการมั่วสุมของกลุ่มเยาวชนในชุมชนที่ให้สารเสพติด

อภิชัย มงคล วัชณี หัตถพนม สุวดี ศรีวิเศษและสุภาณี กิตติสารพงษ์ (2545) ได้วิจัยเรื่อง ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรตามกรอบ (Logical framework) เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และอาจเกิดปัญหาการล่ามขังผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า

1. เป้าประสงค์ ในอำเภอนำร่องลดการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 73.7 ลดการล่ามขังผู้ป่วยโรคจิตได้ร้อยละ 80.0 ในอำเภออื่น ๆ ลดการล่ามขังได้ร้อยละ 34.0

2. วัตถุประสงค์ มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเป็นรูปธรรมในอำเภอนำร่อง 2 อำเภอ และอำเภออื่น ๆ อีก 5 อำเภอ โดยมีระบบการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตรายเก่าที่มีอาการรุนแรงจากทีมติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ของโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย หากอาการดีขึ้นส่งต่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 3 เดือน หากอาการกำเริบก็ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ

3. ผลผลิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ญาติตอบว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. มาติดตามเยี่ยมขณะอยู่ที่บ้านร้อยละ 78.7 และไม่ได้เยี่ยมร้อยละ 21.3 ผู้ป่วยตอบว่ารับประทานยาทุกเดือนร้อยละ 63.6

4. กิจกรรมหรือปัจจัยนำเข้า มีการเพิ่มกิจกรรมในด้านพัฒนาความรู้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ โดยมีจิตแพทย์เป็นวิทยากร จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ 1 วัน ข้อเสนอแนะ โครงการจะประสบผลสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ

ชัยโรจน์ ธรรมสารทูล (2546) ได้วิจัยเรื่อง การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทหารกองประจำการที่ติดยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า

1. ทหารที่ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว จำนวนมากจะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก เมื่อกลับไปอยู่หน่วยต้นสังกัดในห้วงระยะเวลา 6 เดือน แม้ว่าสภาพทั่วไปของ

ทหารส่วนใหญ่ หลังจบโปรแกรมจะอยู่ในสภาพที่ดีก็ตาม และจากการติดตามผลถึงหน่วยต้นสังกัดของทหาร โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟู พบว่า ข้อแตกต่างของสภาพแวดล้อมและบรรยากาศของหน่วยมีผลต่ออัตราการกลับไปเสพซ้ำอย่างชัดเจน

2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูในแนวทางชุมชนบำบัดแบบทหาร ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทหารกองทัพบก ระยะเวลา 4 – 6 เดือนนั้น ยังไม่สมบูรณ์หรือจบกระบวนการ แต่ในทางปฏิบัติแล้ว จะต้องถือว่า การบำบัดรักษาและฟื้นฟูมี 2 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

2.1 การฟื้นฟู ณ สถานบำบัด (ที่ศูนย์ฟื้นฟู) ใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน

2.2 การฟื้นฟู ณ หน่วยต้นสังกัด ใช้เวลา 1 ปี 6 เดือน ต้องถือว่าหน่วยต้นสังกัด

ของทหารจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ และควรจะมีค่าสำคัญกว่าที่สถานบำบัดด้วย

3. ข้อเท็จจริงในการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ระยะเวลา 4-6 เดือน ณ สถานบำบัดตามโปรแกรมของชุมชนบำบัดแบบทหารนั้น เป็นเพียงช่วยปรับแก้ปัญหบางส่วนของทหารให้เท่านั้น เพื่อปรับอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติช่วยลดความรุนแรงและอันตรายต่อสังคมได้พอสมควร ช่วยไม่ให้อั้วยาเสพติดในระยะเวลาหนึ่งไม่ใช่ว่าจะเลิกได้เด็ดขาด แต่ทว่าได้ทำให้ทหาร ผู้เป็น “ผู้ที่มีโอกาสสูง” ที่จะหยุดเสพยาได้นาน หรือเลิกได้เด็ดขาด ถ้าได้อยู่ในหน่วยที่มีสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้ออำนวย

4. กุญแจแห่งความสำเร็จในการบำบัดและฟื้นฟู ในแนวทางชุมชนบำบัดแบบทหาร ขึ้นอยู่กับหน่วยทหารที่มีการดำเนินงานด้วย ป้องกัน ปรามปราม และบำบัดรักษา (รวมฟื้นฟูด้วย) ที่ครบวงจร สอดคล้อง ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นภาพรวมทั้งระบบไม่แยกส่วนกันปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยใช้คำว่า “ชุมชนค่ายทหารเข้มแข็ง”

สนาม บินชัย สรินดา น้อยสุข และกษพร พงษ์รัตนสวัสดิ์ (2546) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้ในความสามารถตนเองของผู้เสพยาบ้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์นครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เสพยาบ้ามีการรับรู้ในความสามารถตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 64.9 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.8 และระดับสูง ร้อยละ 12.3 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ในความสามารถตนเองกับอายุเพศ และระดับการศึกษา พบว่า มีเพียงการรับรู้ในความสามารถตนเองกับเพศเท่านั้น ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มการรับรู้ในความสามารถตนเองของผู้เสพยาบ้าเพื่อป้องกันพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำอีก

2. งานวิจัยต่างประเทศ

นากาทานิ วาย และคณะ (Nakatani Y. and others .1989) ได้วิจัยเรื่อง ข้อมูลย้อนหลังในโรงพยาบาลเมโทรโพลิแทน แมสซาชูเซต (Metropolitan Matsuwa) ระหว่างปี ค.ศ. 1978 – 1987 ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน จำนวน 132 คน (216 ราย) ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล 82.3 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายภายใน 2 เดือน ในขณะที่ร้อยละ 24 ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 61 วัน ในจำนวนนี้ 17 ราย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานมากกว่า 101 วัน โดยมี 1 ราย ที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานถึง 2,423 วัน เพราะยังคงมีอาการหูแว่วตลอด จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่อาจมีลักษณะการดำเนินโรคอยู่นานหลายเดือนจนถึงหลายปี นอกเหนือจากกลุ่มโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่อาการหายภายใน 1 สัปดาห์ ตามความเห็นของคอนเนลล์ (Connell)

วาดา เค และฟูกุอิ เอส (Wada K. and Fukui S. 1990) ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปีที่เสพ เมทแอมเฟตามีนและอาการโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ผลการวิจัยพบว่า อาการที่พบได้บ่อยในการตรวจครั้งแรกคือ วิตกกังวลหงุดหงิด หูแว่ว นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อาการหลงผิดหวาดระแวง คิดว่ามีคนพาดพิงถึงตน เบื่ออาหาร ความผิดปกติทางอารมณ์และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง โดยอาการความผิดปกติทางอารมณ์และการรับสัมผัสจะขึ้นอยู่กับขนาดเมทแอมเฟตามีนที่เสพ แต่เมื่อผู้ป่วยเสพมานานขึ้นอาการอารมณ์ครั้นเคร่งราเริงจะลดลง ส่วนอาการที่ตรวจพบในระยะหลังคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (Turning point) ให้หลงเหลืออาการในกลุ่มหลังที่มักคือต่อการรักษาอาการผิดปกติทางอารมณ์และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอาจเป็นหลักฐานที่สังเกตได้ระหว่างการรักษา

ซาโต และคณะ (Sato .1992) ได้วิจัยเรื่อง การดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ผลการวิจัยพบว่า สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนหลังจากหยุดเสพแล้วได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1 Transient Type : อาการโรคจิตดีขึ้นภายใน 10 วัน
- 2 Prolonged Type : อาการโรคจิตดีขึ้นใน 11 – 30 วัน
- 3 Persistence Type : อาการโรคจิตคงอยู่นานกว่า 30 วัน

คูน ฟีนา และอิลลิช (Coon, Pena and Illich . 1998) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้ในความสามารถตนเองกับการติดสารเสพติด ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 61 ของผู้ติดสารเสพติดมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างการรักษา และเมื่อติดตามผล 3 เดือน ภายหลังจากการรักษาแล้ว พบว่า

การรับรู้ในความสามารถตนเองยังสูง รวมทั้งการศึกษารับรู้ในความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ มีการรับรู้ในความสามารถตนเองในระดับสูง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่

มัตสุมโตะ ทิ (Matsumoto T. 2000) ได้วิจัยเรื่อง เปรียบเทียบรูปแบบการเสพเมทแอมเฟตามีนแบบสูบและแบบฉีดเข้าเส้นเลือดในผู้เสพติดยาเมทแอมเฟตามีนในญี่ปุ่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เสพโดยวิธีสูบมักจะไม่สามารถควบคุมการเสพได้ และเกิดอาการโรคจิต เช่น อาการหลงผิด และประสาทหลอนได้เร็วกว่าแบบฉีดเข้าเส้นเลือด แต่ไม่พบความแตกต่างในลักษณะอาการโรคจิตในขณะที่มีเมามา (Intoxication) และไม่พบความแตกต่างของจำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนเรื้อรัง (Chronic methamphetamine psychosis) ระหว่างผู้ที่เสพแบบสูบหรือแบบฉีด ในแง่ของการรักษาพบว่าผู้เสพแบบฉีดที่มีอาการโรคจิตมีความต้องการยาด้านโรคจิตในขนาดที่สูงกว่า ซึ่งอาจมีผู้ที่เสพแอมเฟตามีนแบบสูบอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา

เยช เฮช และคณะ (Yeh H. and others. 2001) ได้วิจัยเรื่อง ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนจำนวน 21 ราย ด้วยแบบประเมิน Schedule of affective disorder and schizophrenia (SADS), Scale for assessment of negative symptoms (SANS) และ Global assessment scale (GAS) ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและ 6 เดือนหลังจำหน่าย ผลการวิจัยพบว่า สามารถติดตามผู้ป่วยได้ 17 ราย ในจำนวนนี้ 8 รายยอมรับว่ากลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผลการประเมินหลังติดตาม 6 เดือนพบว่า คะแนน Delusion และ Hallucination จาก SADS มีค่าลดลง คะแนน GAS ดีขึ้น ส่วนคะแนน SANS ต่ำกว่าระดับปานกลาง สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนมีอาการดีขึ้นมากหลังติดตาม 6 เดือน และจากผลการประเมิน SANS และลักษณะการดำเนินโรคบ่งชี้ว่าโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนแตกต่างจากโรคจิตเภทเรื้อรัง

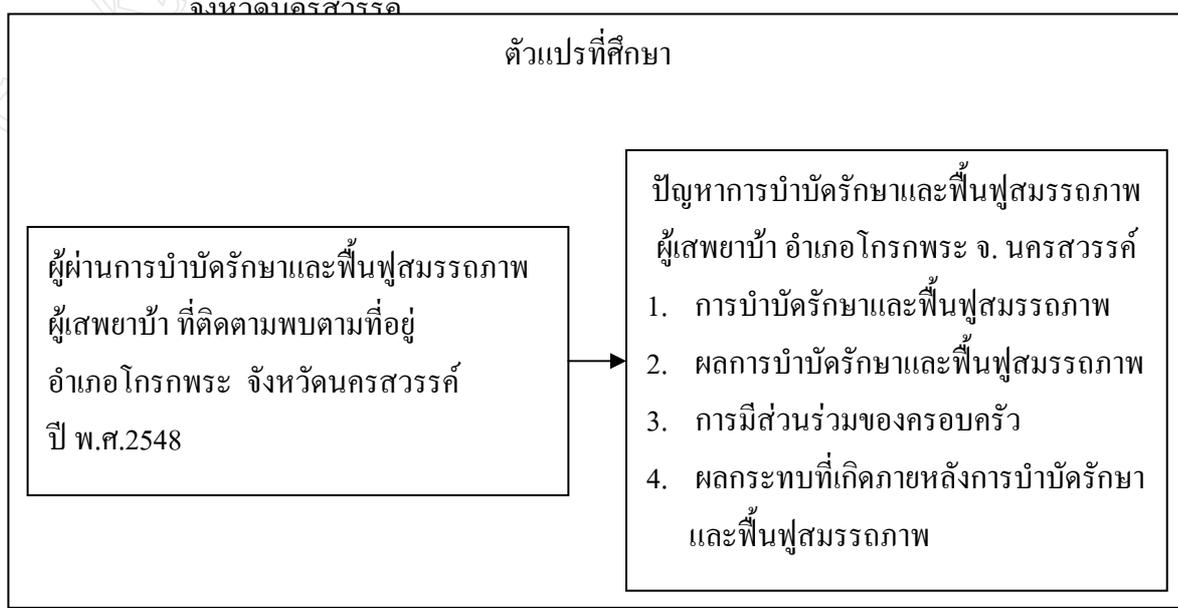
จากผลการศึกษาเอกสารแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จึงพบว่ายาบ้าเป็นสารเสพติดที่มีอันตรายและแนวโน้มที่จะมีผู้ใช้เป็นจำนวนมาก จนเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาอื่น ๆ อีกอย่างมากมาย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการป้องกันผู้ใช้ไม่ให้เกิดกลับไปใช้อีก และจะต้องไม่ไปเป็นตัวนำการแพร่กระจายของยาบ้าให้ผู้อื่นอีก ดังนั้นการดำเนินการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพจึงต้องมีคุณภาพมากที่สุด แต่ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบให้มีความเหมาะสมในบริบทนั้น ๆ จึงได้กำหนดกรอบแนวทางที่จะศึกษาข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ไว้ 4 ส่วนดังนี้ คือ การศึกษาปัญหาในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า ด้านผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า ด้านปัญหาการมีส่วนร่วมของครอบครัว และด้านปัญหาที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

จากนั้นจะนำปัญหาที่ได้ไปประมวลผลและสังเคราะห์ตามหลักแนวคิดและทฤษฎีทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดสำคัญที่นำมาพิจารณา คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และความเครียดของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบความคิดของการวิจัยในครั้งนี้ไว้ดังนี้

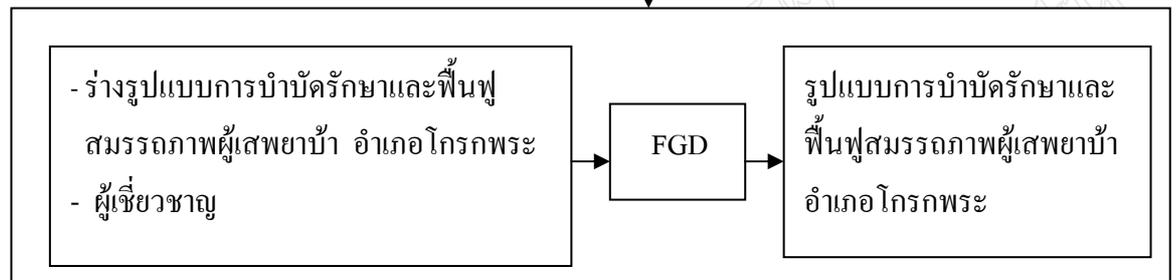
กรอบความคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นกรอบความคิดในการวิจัยดังแสดงในภาพต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 การศึกษาปัญหาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์



ช่วงที่ 2 การสร้างรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า อำเภอโคกพระ
จังหวัดนครสวรรค์



ภาพที่ 2.2 กรอบความคิดในการวิจัย