

# บทที่ 1

## สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

### ความหมายของการสังคมสงเคราะห์

การสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาการและวิชาชีพที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลปะ โดยมีปรัชญาพื้นฐานเป็นแนวคิดในลักษณะการกุศล (Charity) เป็นการอุทิศตนช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนตามคำสอนของศาสนา ต่อมาได้มีผู้ได้ให้คำจำกัดความของการสังคมสงเคราะห์ไว้ต่างกัันดังนี้ (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2540: 3)

สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Association of Social Worker-NASW) ให้ความหมายของสังคมสงเคราะห์ไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมทางวิชาชีพที่จัดขึ้นเพื่อมุ่งให้ความช่วยเหลือมนุษย์โดยการส่งเสริม พื้นฟู และพัฒนาความสามารถของบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการสร้างสรรคสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วย

Mary Richmond ให้คำจำกัดความไว้ว่า สังคมสงเคราะห์เป็นกระบวนการที่จะพัฒนาบุคลิกภาพ โดยการปรับเข้าหากันระหว่างบุคคลต่อบุคคล และระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

Watsan ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับสังคมสงเคราะห์ไว้ว่า สังคมสงเคราะห์เป็นศิลปะในการแก้ไข และสร้างเสริมบุคลิกภาพใหม่ให้ดีขึ้น ในลักษณะที่ว่าบุคคลนั้นๆจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เขาเป็นอยู่

Herbert H. Stroup ให้คำจำกัดความสังคมสงเคราะห์ไว้ว่า การสังคมสงเคราะห์ คือ ศิลปะการนำเอาทรัพยากร ตลอดจนความคิดเห็นมาพิจารณาใช้เพื่อช่วยบรรเทาความต้องการของบุคคล กลุ่ม และชุมชน โดยใช้วิธีการตามหลักวิทยาศาสตร์เพื่อที่จะช่วยให้บุคคลช่วยตัวเองได้”

ส่วนในประเทศไทยนั้น ศาสตราจารย์ นวฉนาฏ อมาตกุล ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า การสังคมสงเคราะห์ หมายถึง วิชาชีพหนึ่ง วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ถือกำเนิดขึ้นมาเพื่อให้มนุษย์มีชีวิตและความเป็นอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และช่วยสังคมให้มีลักษณะเอื้ออำนวยให้มนุษย์เจริญงอกงามสามารถเป็นพลังทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่ประเทศชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิบูลย์ กลิ่นสุคนธ์, 2541:32)

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546:1) ได้ประมวลความหมายเกี่ยวกับสังคมสงเคราะห์ไว้ดังนี้

1. การสังคมสงเคราะห์เป็นการปฏิบัติงานที่ถึงพร้อมด้วยความรู้ ทักษะ และศิลปะทางวิชาชีพ
2. การสังคมสงเคราะห์เป็นการปฏิบัติงานเพื่อมุ่งให้บุคคล กลุ่ม ชนชน เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น รู้จักแก้ไขปัญหาด้วยตนเองหรือหมู่พวกด้วยกันเอง และรู้จักการป้องกันปัญหาอันจะเกิดขึ้นได้

3. การสังคมสงเคราะห์เป็นวิธีการช่วยเหลือบุคคล กลุ่ม ชุมชน ให้รู้จักตัดแปลงและปรับปรุงโครงสร้างความเป็นอยู่ บุคลิกภาพ พฤติกรรมส่วนตน ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ให้เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยรู้จักใช้ทรัพยากรใกล้ตัวให้เกิดประโยชน์

4. การสังคมสงเคราะห์ เป็นวิธีการใช้ความรู้และศิลปะในการปรับปรุงและดัดแปลงสิ่งแวดล้อมสภาพสังคมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของบุคคล กลุ่ม ชุมชน กล่าวคือ มุ่งสร้างดุลยภาพระหว่างบุคคล กลุ่ม ชุมชน กับสิ่งแวดล้อม

5. การสังคมสงเคราะห์เป็นการแสวงหาและสร้างมาตรการ วิธีการที่ดี โดยอยู่บนพื้นฐานระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific method) ที่จะทำให้เกิดการจัดการต่างๆที่จะทำให้บุคคล กลุ่ม ชุมชน ได้รับสวัสดิภาพทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่เพียงพอ

จากคำจำกัดความต่างๆดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การสังคมสงเคราะห์เป็นการช่วยเหลือผู้ประสบความทุกข์ยาก เดือดร้อน ซึ่งเขาไม่สามารถช่วยตนเองได้ ให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเขาต่อไป ทั้งโดยการนำเอาทรัพยากรที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้บรรเทาความต้องการและปัญหาทั้งของบุคคล กลุ่มชน และชุมชน โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Method) จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ช่วยเขาเพื่อให้เขาช่วยตนเองได้ (Help them to help themselves)

## ความหมายของการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Work)

ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ได้แบ่งการปฏิบัติงานออกเป็นหลายลักษณะ เช่น แบ่งตามประเภทของการบริการ แบ่งตามประเภทปัญหาของผู้รับบริการและลักษณะของหน่วยงานที่ให้บริการ แบ่งตามระดับและขอบเขตการให้บริการ และแบ่งตามวิธีการสังคมสงเคราะห์

สำหรับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์นั้นจัดอยู่ในการแบ่งงานสังคมสงเคราะห์ตามประเภทของปัญหาของผู้รับบริการและลักษณะของหน่วยงานที่ให้บริการ คือ เป็นการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการกับปัญหาต่างๆของผู้ป่วยที่มีผลต่อความเจ็บป่วย ทั้งเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ ด้านอารมณ์ และสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์นี้จึงถูกเรียกว่าเป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งเรียกว่าเป็นการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ โดยที่นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้บริการในปัญหาด้านสังคม ดังนั้น งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จึงเป็นงานที่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะต้องดูแลหรือให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจของผู้ป่วย

ได้มีผู้ให้นิยามหรืออธิบายความหมายของสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไว้ต่างกัน ดังนี้

Walter A. Friedlander ได้อธิบายไว้ว่า งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นวิธีการสังคมสงเคราะห์โดยเฉพาะอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย หรือวิธีการสังคมสงเคราะห์

กลุ่มชนก็ได้ อาจปฏิบัติในโรงพยาบาล คลินิก หรือหน่วยงานด้านการแพทย์อื่นๆ ซึ่งเป็นการช่วยผู้ป่วยให้ได้ใช้บริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เป็นการช่วยเหลือด้านสังคม ปัญหารวมที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการบำบัดรักษาของเขา (วันทนีญ วาสิกะสิน, 2529:2)

วิบูลย์ กลิ่นสุคนธ์ (2541:35) ได้ให้ความหมายของการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไว้ว่าเป็นการนำหลักการของงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และศาสตร์ต่างๆ รวมทั้งเทคนิคในการปฏิบัติงานไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย โดยการดำเนินการร่วมแก้ไขปัญหาคอขวด ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจและนิสัยพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหานั้นเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิต ตลอดจนปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถ ให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาพยาบาลโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง เป็นการช่วยให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ได้ผลเต็มที่ยิ่งขึ้น

วันทนีญ วาสิกะสิน (2529:3) ได้ให้คำนิยามของงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ว่า หมายถึงงานที่นักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานการแพทย์จะต้องใช้วิธีการ เทคนิคการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือให้บริการกับผู้ป่วยในปัญหาด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย หรือโดยอีกนัยหนึ่ง เป็นการสนับสนุนให้การรักษายาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ได้ผลดียิ่งขึ้น โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การรักษาความเจ็บป่วยทางกาย (Physically-ill) แต่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้การรักษาความเจ็บป่วยทางสังคม (Socially-ill) และความเจ็บป่วยทางจิต (Mentally-ill)

สรุปได้ว่า การสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ หมายถึง งานที่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Worker) ได้ใช้เทคนิค กระบวนการ วิธีการทางสังคมสงเคราะห์ ช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหาด้านอารมณ์ สังคม จิตใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการบำบัดรักษาของเขา

## หลักการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะประสบความสำเร็จไม่ได้ ถ้าขาดหลักการทางสังคมสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

### 1. การยอมรับ (Acceptance)

หมายถึง ยอมรับว่าทุกคนมีคุณค่า มีเกียรติภูมิ (Dignity) แม้ว่าเขาจะมีภูมิหลังต่างจากนักสังคมสงเคราะห์เพียงใด หรืออยู่ในภาวะความเจ็บป่วยทุพพลภาพก็ตาม เขาก็ยังมีศักดิ์ศรี มีความต้องการ และมีความสามารถในตนเอง ฉะนั้น นักสังคมสงเคราะห์จะต้องยอมรับและเข้าใจในความเข้มแข็ง ความอ่อนแอทัศนคติ รวมทั้งพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่านักสังคมสงเคราะห์จะต้องเห็นด้วยกับพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆของผู้ป่วย

จุดมุ่งหมายของหลักการยอมรับนี้ ช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์เข้าใจผู้ป่วยได้ตรงความเป็นจริงอย่างที่เขาเป็นอยู่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัยที่จะเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของเขา และแก้ปัญหาของเขาได้ตามความเป็นจริง

## 2. การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self Determination)

หมายถึง เคารพสิทธิในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ให้เขาร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ และให้สิทธิในการตัดสินใจที่จะเลือกทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง มิใช่ให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาให้เขา การตัดสินใจของผู้ป่วยมีข้อจำกัดโดยความสามารถของผู้ป่วย โดยระเบียบแบบแผนของสังคม โดยกฎหมาย และกฎข้อบังคับขององค์การ

## 3. การรักษาความลับ (Confidentially)

นับเป็นจรรยาบรรณที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและศรัทธาในตัวนักสังคมสงเคราะห์ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และผู้ป่วยก็ไว้วางใจให้ข้อเท็จจริงอันเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการช่วยเหลือในงานสังคมสงเคราะห์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หากนักสังคมสงเคราะห์ขาดหลักการข้อนี้ ย่อมเป็นอุปสรรคต่องานสังคมสงเคราะห์

## 4. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individualization)

นักสังคมสงเคราะห์ทุกคนต้องยึดหลักที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีลักษณะเฉพาะตัว แต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน ทั้งทางด้านลักษณะท่าทาง อุปนิสัย ความสามารถ ความเป็นอยู่ ความรู้สึกทางจิตใจ ประสบการณ์ ความแตกต่างเหล่านี้เนื่องมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ความแตกต่างเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการจะมีปัญหาคล้ายกัน แต่ก็มิได้หมายความว่า จะใช้วิธีการแก้ปัญหาวิธีเดียวกันได้ เพราะทุกคนมีความแตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้หลักการและวิธีการให้ความช่วยเหลือแตกต่างกันออกไป

## 5. การมีส่วนร่วม (Participation)

หมายถึง ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อเท็จจริงต่างๆ ขณะเดียวกันก็เรียนรู้ปัญหาและสาเหตุแห่งปัญหาของผู้ป่วยด้วย การช่วยเหลือจะประสบความสำเร็จไม่ได้ ถ้าหากขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การได้มีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยหรือรู้สึกภาคภูมิใจถึงความสามารถของตน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นหลักการที่ทำให้เขาเกิดความกระตือรือร้น และมีกำลังใจที่แก้ไขปัญหามากยิ่งขึ้น

## 6. ความยุติธรรมเสมอภาค (Equality)

หมายถึง นักสังคมสงเคราะห์จะต้องการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเท่าเทียมกันทุกคน ไม่เลือกที่รักมักที่ชัง ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ตลอดจนนิสัยของการได้รับความช่วยเหลือควรจะเหมือนกันทุกคน ไม่เลือกชั้น วรรณะ เชื้อชาติ และศาสนา

## 7. การควบคุมอารมณ์ (Control Emotional Involvement)

หมายถึง การควบคุมอารมณ์ของนักสังคมสงเคราะห์ในการยอมรับถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยการควบคุมอารมณ์ในการที่จะตอบโต้ต่อความรู้สึกของเขา นักสังคมสงเคราะห์จึงควรไวต่อความรู้สึกที่แสดงออกมาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกทั้งสองประการร่วมกัน ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะต้องเข้าใจความหมาย จึงจะสามารถตอบโต้ได้เหมาะสมกับความรู้สึกของเขา และไม่ควรแสดงความเห็นใจเขามากเกินขอบเขต เพราะจะทำให้เขาเหล่านั้นยึดนักสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก โดยไม่คิดช่วยตนเอง

## 8. การแสดงออกอย่างมีความหมาย (Purposeful Expression of Feeling)

นักสังคมสงเคราะห์จะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งอาจแสดงออกถึงความผิดปกติหรือปกติ หรือความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย หรือการแสดงออกในทางขัดแย้ง นักสังคมสงเคราะห์จะต้องพยายามเข้าใจถึงความมุ่งหมายของการแสดงออกนั้น ไม่ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้หรือหมดกำลังใจ ไม่ประณามการ แสดงออกต่างๆของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ

## วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

วิธีการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มี 5 วิธีการใหญ่ๆ คือ

1. วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work)
2. วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Group Work)
3. วิธีการจัดระเบียบชุมชน (Community Organization)
4. วิธีการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ (Social Work Research)
5. วิธีการบริหารงานสังคมสงเคราะห์และการวางแผนทางสังคม (Social Work Administration)

### 1. การสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work)

นางลักษณะ เทพสวัสดิ์ (2540:29) ได้กล่าวถึงการสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายไว้ว่า สังคมสงเคราะห์เฉพาะรายเป็นวิธีที่เก่าแก่ที่สุดที่ใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ จุดหมายหลักก็เพื่อช่วยเหลือบุคคล และครอบครัวที่ประสบความทุกข์ยาก เดือดร้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นรายๆไป ทั้งนี้โดยอาศัยสัมพันธภาพทางวิชาชีพระหว่างนักสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work) กับผู้รับความช่วยเหลือ หรือผู้ประสบปัญหา (Client) เป็นสื่อกลางที่สำคัญในการดำเนินงานช่วยเหลือทั้งอาศัยศิลปะวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific method) ทักษะ และเทคนิคในการให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการนำทรัพยากรต่างๆ (Resource) ทั้งทรัพยากรในตัวผู้มีปัญหา ซึ่งได้แก่ ความสามารถ ความคิด และ วิจารณ์ญาณของเขา ประกอบกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคม (Social Resource) คือ วัตถุ สิ่งของ เงิน บริการทางสังคมต่างๆ (Social Service) และนักวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ความต้องการและสถานการณ์ของผู้รับบริการช่วยเหลือ อาทิเช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

นักอาชีวบำบัด นักการศึกษา นักกฎหมาย ฯลฯ มาให้บริการ โดยการให้การร่วมมือซึ่งกันและกันในการดำเนินงานให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการช่วยเหลือ โดยหาทางตอบสนองความต้องการของบุคคล ครอบครัวที่ประสบความเดือดร้อน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เขาสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างราบรื่น สามารถเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต โดยรู้จักปรับปรุงและพัฒนาบุคลิกภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติ จิตใจ และพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อม ตลอดจนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกสบาย ร้อยยั้ง มั่นคง และมีความสุขตามอัตภาพ โดยไม่สร้างภาระให้กับสังคม แต่เป็นการช่วยสังคมให้พัฒนาต่อไปอีกด้วย

### 1.1. ทฤษฎีที่ใช้กับวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2546:21) ได้สรุปทฤษฎีที่ใช้กับวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายว่า ประกอบด้วย

1. ทฤษฎีระบบ (System Theory)
2. ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory)
3. ทฤษฎีการหน้าที่ (Function Theory)
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีมีแบบแผน (Planned Change Theory)
5. ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Theory)
6. ทฤษฎีสตรีนิยม (Feminism Theory)
7. ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (Social Network Theory and Social Support Theory)
8. ทฤษฎีการแทรกแซงในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention Theory)
9. ทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Theory)

1.2. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (สายจิตกรสิงห์เสนี, 2541:112-113)

1. ดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมเดิม และจัดเรื่องต่างๆอันเป็นสาเหตุของปัญหา
2. ปลอบใจ ให้กำลังใจ โดยไม่ซ้ำเติมหรือตำหนิ และควรชมเชย สนับสนุนในการกระทำสิ่งที่ดีของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจ ซึ่งได้แก่
  - สร้างความมั่นใจขึ้นใหม่ให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งจะ使他เกิดความมั่นใจในตัวเองพอที่จะต่อสู้กับปัญหาต่างๆได้
  - ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการคิดถึงสถานการณ์ต่างๆ โดยการพูดถึงเหตุการณ์เหล่านั้นอย่างมีเหตุผล ซึ่งจะ使他เกิดความเข้าใจ สบายใจ มีความคิด รับผิดชอบ มั่นใจ
  - ให้การสนับสนุน ชมเชย เมื่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ทำสิ่งที่ถูกต้องแล้ว จะทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจ

- ให้ความเวลาและโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้พูดเล่าเป็นการระบายความรู้สึก จะช่วยให้เขามีความสบายใจมากขึ้น

- ใช้คำถาม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต้องคิด ต้องหาเหตุผล

- แสดงความสนใจ เห็นใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสบายใจขึ้น เกิดความมั่นคงทางจิตใจ

3. การอธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเข้าใจสิ่งที่ได้พูด เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสาเหตุแห่งปัญหาและวิธีการแก้ไข

4. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีการสังเกตที่ดี จะได้สามารถแปลความหรือเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ถูกต้อง อาจใช้การถามและอธิบายจนเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและนักสังคมสงเคราะห์

5. การทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถยอมรับสภาพปัญหา ซึ่งเมื่อเขาตระหนักได้ ย่อมมีวิธีการหาทางแก้ไขสภาพยุ่งยากนั้นได้เช่นกัน เพราะตราบดีที่ยังไม่มีความเข้าใจหรือเห็นว่าการกระทำนั้นๆ เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องไม่ควร การที่จะก้าวให้พ้นสภาวะนั้นย่อมเป็นไปได้

## 2. วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Group Work)

วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นกลุ่ม โดยนำผู้มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกันเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาหรือให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน วิธีการนี้จะเห็นได้ชัดในการให้บริการกับกลุ่มผู้เจ็บป่วยทางจิต หรือการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ฝ่ายจิต

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2546:56-61) ได้กล่าวถึงรายละเอียดของวิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชนไว้โดยสังเขปดังนี้

ความหมายของกลุ่มในงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน ก็คือ กลุ่มคนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน และตระหนักในความเหมือนและความแตกต่างของกันและกัน สิ่งที่สำคัญที่พวกเขาที่มีความเหมือนกันอย่างหนึ่ง ก็คือ ประสบการณ์และปัญหาที่เผชิญมาในเรื่องเดียวกัน ซึ่งทำให้พวกเขาคิดว่านั่นคือความเป็นพวกเดียวกัน

### 2.1 ประเภทของกลุ่มในงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน

ลักษณะของกลุ่มในงานสังคมสงเคราะห์ซึ่งมีอยู่หลายประเภทได้แก่

**กลุ่มสนทนา (Social Conversation)** กลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม ในการทำกลุ่ม นักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีการตั้งวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าหัวข้อการสนทนาคืออะไร และทำกลุ่มเพื่อประโยชน์อะไร

**กลุ่มนันทนาการและกลุ่มฝึกทักษะ (Recreation and Skill Building)** กลุ่มนี้โดยทั่วไปมักจะมีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกมาโดยเฉพาะในเรื่องของการจัดกิจกรรมทางด้านนันทนาการ (Recreational Training) ซึ่งหมายความว่า ผู้นำกลุ่มนันทนาการนี้อาจจะไม่ใช่ นักสังคมสงเคราะห์ก็ได้ กลุ่มนันทนาการนี้

เป็นกลุ่มที่ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน เช่น การร้องเพลง วาดรูป เล่นดนตรี วาดน้ำ เล่นกีฬาทุกชนิด แล้วแต่สมาชิกในกลุ่มจะมีความถนัดและให้ความสนใจในเรื่องใด

**กลุ่มให้การศึกษาและความรู้ (Education)** เป็นกลุ่มที่ให้ทักษะพิเศษกับสมาชิกกลุ่ม เช่น กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงยาเสพติดกับผู้ป่วยวัยรุ่น กลุ่มการซ่อมเครื่องยนต์ กลุ่มการสอนภาษาอังกฤษให้กับคนไข้ติดยาเสพติด ฯลฯ วิธีการจัดกลุ่มการศึกษานี้จะเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของสมาชิกกลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม และการอภิปรายสนทนาโดยทั่วไป บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มลักษณะนี้มักจะมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Teacher)

**กลุ่มการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem Solving and Decision Making)** ทั้งการแก้ปัญหาและการตัดสินใจเป็นส่วนสำคัญในการจัดกลุ่ม โดยที่วิธีการแก้ปัญหาและการตัดสินใจมักจะเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่น้อย เพื่อมาใช้แก้ปัญหาในกลุ่ม ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในการรับบริการทางสังคมนั้นจะต้องแก้ปัญหาและการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร

**กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help Group)** เป็นกลุ่มที่ได้รับความนิยมมากในบรรดากลุ่มลักษณะต่างๆของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน กลุ่มในลักษณะนี้จะเป็นกลุ่มที่ทำให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกว่าได้อยู่อย่างเดียวดายหรืออ้างว้าง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนนี้ ได้แก่ การทำกลุ่มของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ติดเหล้าหรือติดยาเสพติด เป็นต้น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนถือว่าการให้บริการตรง (Direct Service) และมีพลังถึงขั้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายหรือกฎหมาย โดยได้รับการผลักดันจากกลุ่มไปสู่ชุมชนและไปสู่สังคมโดยรวม ซึ่งแสดงให้เห็นว่างานสังคมสงเคราะห์สามารถพัฒนาไปสู่ระดับมหภาคได้

**กลุ่มกระบวนการทางสังคม (Socialization)** เป็นกลุ่มการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นวิธีการทำกลุ่มในยุคแรกของงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน กลุ่มลักษณะนี้มีจุดประสงค์เพื่อฝึกให้สมาชิกในกลุ่มมีทัศนคติและพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกกลุ่ม ผู้ที่เป็นผู้นำในกลุ่มนี้ก็คือนักสังคมสงเคราะห์ ลักษณะของกลุ่มเหล่านี้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มคนชรา กลุ่มมารดานอกสมรส

**กลุ่มบำบัด (Group Therapy)** กลุ่มนี้มักใช้กับกลุ่มที่มีสมาชิกมีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ วัตถุประสงค์ของกลุ่มก็เพื่อช่วยให้สมาชิกได้ค้นหาปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ และสามารถค้นหาวิธีการแก้ปัญหาของตนเองได้ กลุ่มบำบัดจะมีวิธีการที่ประกอบไปด้วยจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) การเผชิญความจริง (Reality Therapy) การเรียนรู้ (Learning Theory) การหาเหตุผล (Rational Therapy) การใช้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการแก้ปัญหา (Client Center Therapy) การเล่นละคร (Psychodrama) การใช้กลุ่มบำบัดได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ



**กลุ่มฝึกการรับรู้และกลุ่มเผชิญหน้า (Sensitivity and Encounter Training)** เป็นกลุ่มที่ให้สมาชิกในกลุ่มมีประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ให้แต่ละคนได้สามารถเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ซึ่งจุดประสงค์ของการทำกลุ่มลักษณะนี้ก็เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนได้พัฒนาการรับรู้ของตนเอง ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- การปลดปล่อยความรู้สึกของตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมและจับมือกันปิดตา ใช้การภาวนาถึงภาวะปัจจุบัน “Here and Now”
- การเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่มได้วิเคราะห์ วิจาร์ณแต่ละคน
- การโต้ตอบกับพฤติกรรมของผู้อื่น เป็นการฝึกให้สมาชิกกลุ่มสามารถมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**กลุ่มบำบัดรักษา (Therapeutic Group)** วิธีการปฏิบัติงานของกลุ่มนี้จะไปในรูปของการให้คำปรึกษา ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยการรวมกลุ่ม การสร้างความสัมพันธ์ การสำรวจปัญหา การพูดคุยในเชิงลึก การหาทางออกและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด และการรับรู้กลุ่ม การทำกลุ่มบำบัดรักษามีข้อพึงระวังคือ จะมีสมาชิกร่วมกลุ่มอยู่สองแบบ แบบแรกจะเป็นสมาชิกที่สมัครใจ (Voluntary Members) และอีกแบบหนึ่งคือสมาชิกที่ไม่สมัครใจจะเข้ากลุ่ม (Involuntary Members) แบบแรกจะเป็นการทำกลุ่มในลักษณะเปิด คือสมาชิกมีความต้องการและเห็นประโยชน์ในการเข้ากลุ่มแบบหลังคือสมาชิกกลุ่มอยู่ในหน่วยงานที่มีการทำกลุ่มบำบัดรักษา อาจจำเป็นต้องมีการเข้ากลุ่มโดยไม่สมัครใจ อย่างไรก็ตาม ก็จะมีความเป็นไปได้ว่าในแต่ละครั้งของการทำกลุ่มจะมีสมาชิกทั้งสองแบบร่วมอยู่ด้วยกัน กลุ่มบำบัดรักษานี้เน้นบรรยากาศในการรักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่ก็ได้

**กลุ่มครอบครัวบำบัด (Family Therapy)** เป็นการแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและปัญหาที่ซ่อนเร้นของครอบครัว (Hidden Agendas) ทุกครอบครัวจะมีความเป็นมาและเรื่องราวที่ไม่เหมือนคนอื่น วิธีการที่ครอบครัวใช้แก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ปัญหาที่มาจากความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก วิธีการปฏิบัติงานที่สำคัญมีอยู่ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะมีทั้งการใช้คำพูดและไม่ปริปากพูด และรูปแบบในการเข้าถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งการเข้าใจปัญหาส่วนบุคคลและปัญหาภาพรวมของครอบครัว

**กลุ่มฝึกการรับรู้ (Sensitivity Group)** เป็นกลุ่มเน้นลักษณะของการช่วยให้สามารถรับรู้อัตลักษณ์ (Identity) ของตนเอง โดยใช้วิธีการให้สมาชิกในกลุ่มได้คิดถึงตนเองในแง่ดีหรือในแง่บวก และการทำลายแนวคิดด้านลบที่เกิดกับตนเอง ซึ่งทำให้ตนเองผิดหวังและเกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ กลุ่มนี้จะช่วยให้สมาชิกได้ปรับแนวคิดของตนเอง คือ บทบาทงานทางสังคม บทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ตามที่ตั้งใจได้ โดยให้สมาชิกยอมรับความสามารถของตนเอง และปรับทัศนคติในการดำรงชีวิตใหม่ตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งอาจจะปฏิบัติตามไม่ได้ทุกเรื่อง แต่สมาชิกแต่ละคนจะต้องรู้จักอัตลักษณ์ของตนเอง และปรับให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานดังนี้

1. การยอมรับความแตกต่างในประเด็นค่านิยมทางเพศ (Desensitization to Sexual Issues) ได้แก่ การตระหนักถึงค่านิยมส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การตรวจสอบค่านิยมของแต่ละบุคคล ความแตกต่างระหว่างค่านิยมส่วนบุคคลกับค่านิยมทางวิชาชีพ การมีแนวคิดที่ไม่ตัดสินผู้รับบริการ ในแนวทางการใช้ชีวิตของเขา และการที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องหมั่นตรวจสอบองค์ความรู้ของตนเอง อย่างสม่ำเสมอ แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดพื้นฐานในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ คือ การสังวรในตนเอง ของนักสังคมสงเคราะห์

2. การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Improving Inter-personal Relationship) บุคคลแต่ละคนจะมีแนวคิด ความรู้สึกส่วนตัว และการมีแนวคิดที่ดีของตนเองนั้นรวมเรียกว่า การสร้างความสัมพันธ์ภายในของบุคคล และรวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย ถ้าสร้างไปในทางที่ดี ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีวุฒิภาวะความเป็นผู้ใหญ่ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จะต้องอาศัยองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

- การมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง
- การเห็นคุณค่าของตนเอง
- การมีความคาดหวังที่เหมาะสม
- ความสามารถในการเผชิญกับความผิดหวังหรือปัญหาได้

องค์ประกอบเหล่านี้ นักสังคมสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มนี้จะต้องทำให้เกิดขึ้นกับบุคคลที่ปฏิบัติงานด้วย

3. การแก้ปัญหาความขัดแย้ง (Controversy, Creativity and Conflict Resolution) ความเห็นขัดแย้ง การเห็นตรงกันข้าม การแพ้ชนะ เป็นประเด็นสำคัญในการปฏิบัติงานกลุ่ม โดยนักสังคมสงเคราะห์จะต้องใช้วิธีการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกกลุ่มแก้ไขความขัดแย้งในกลุ่ม สร้างแนวคิดเรื่องแพ้ชนะ การยอมรับความไม่สมหวัง การใช้แนวคิดบทบาทสมมุติ และการเปลี่ยนบทบาทกันภายในกลุ่ม และการทำสมาธิ

## 2.2. ทฤษฎีที่ใช้กับวิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2546:31) ได้สรุปทฤษฎีที่ใช้กับวิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชนว่าประกอบด้วย

1. ทฤษฎีพัฒนาการ (The Development Approach)
2. ทฤษฎีการปะทะสังสรรค์ (Interaction Approach)
3. ทฤษฎีการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Prevention and Rehabilitation Approach)

### 2.3. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (สายจิตร์สิงห์เสนี, 2541:113)

1. เป็นผู้รักษาเป้าหมายหรือจุดประสงค์
2. เป็นผู้ประสานงานทั้งกับสมาชิกกลุ่มและหน่วยงานอื่นๆ และนำทรัพยากรในชุมชนมาช่วยในการดำเนินงาน
3. เป็นผู้อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ
4. เป็นผู้นิเทศและให้คำแนะนำ
5. เป็นครู และเพื่อน กล่าวคือ เป็นครูในการสอนเทคนิคและความรู้ต่างๆแก่สมาชิก แต่บางกรณี บางสถานการณ์ จะทำหน้าที่เป็นเพื่อนรับฟังปัญหาต่างๆ
6. เป็นผู้ประนีประนอมเมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกกลุ่ม
7. เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกที่ต้องการคำแนะนำปรึกษา
8. เป็นผู้นำ กระตุ้นให้สมาชิกให้คิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการพัฒนาและปรับปรุงตนเองให้เป็นผู้ผู้นำ
9. เป็นผู้เผยแพร่ข่าวสารและความรู้แก่สมาชิกและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น
10. เป็นผู้จัดบันทึกรายงานและผู้ประเมินผลงาน ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มจะต้องดำเนินงานตั้งแต่เริ่มจัดตั้งกลุ่มจนถึงสิ้นสุด

### 3. วิธีการจัดระเบียบชุมชน (Community Organization)

วิธีการจัดระเบียบชุมชนเป็นการให้ความรู้ทางการแพทย์เบื้องต้นง่ายๆ เพื่อป้องกันโรคระบาดโรคติดต่อ หรือภาวะทุพโภชนาการในชุมชน และยังให้บริการกับปัญหาด้านอื่นนอกเหนือจากปัญหาสุขภาพอนามัย รวมทั้งการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้คนในชุมชน ทั้งในชนบทและในเมืองสามารถรักษาหรือดูแลสุขภาพของตนเบื้องต้นอย่างง่ายเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ไม่ร้ายแรง (วันทนีย์ วาสิกะสิน, 2529:25)

### 4. วิธีการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ (Social Work Research)

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2529:44-46) ได้สรุปสาระสังเขปเกี่ยวกับวิธีการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไว้ดังนี้

วิธีการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์เป็นงานที่สำคัญ เป็นวิธีการที่เรียกได้ว่าสนับสนุนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์วิธีการอื่นๆ ซึ่งได้แก่ วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน การจัดระเบียบชุมชน เป็นต้น นักสังคมสงเคราะห์ต้องมีความรู้ทางระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ เพราะการวิจัยมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ผู้ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาทางด้านสังคมของผู้ป่วย จึงจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อการปฏิบัติงานวิจัยควบคู่ไปกับงานให้บริการ

การวิจัยทางสังคมสงเคราะห์นั้นเป็นลักษณะงานวิจัยประยุกต์ (Applied Research) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะกว้างๆ คือ

1. วิจัยเพื่อการประเมินผลงาน เพราะการประเมินผลงานเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัย
2. วิจัยเฉพาะทางสังคมสงเคราะห์ (ถ้าเป็นทางการแพทย์ก็เน้นเนื้อหาสาระทางสุขภาพกายและปัญหาสังคม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย) ซึ่งอาจจะมีเนื้อหาสาระดังต่อไปนี้
  - การวิจัยเพื่อการศึกษาปัญหาด้านอื่นๆของผู้ป่วย นอกเหนือจากปัญหาความเจ็บป่วย
  - การวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์
  - การวิจัยเพื่อศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
  - การวิจัยเพื่อศึกษาผู้ด้อยโอกาสในการมารับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐบาล
  - การวิจัยเพื่อการวางแผนบริหารงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
  - อื่นๆ

นอกจากนี้จรรยา สาครพันธ์ ยังได้อธิบายว่า Ray Lees ได้เสนอรูปแบบของงานวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ไว้ 2 ประเภท คือ

1. Social Action Research หมายถึง การทำวิจัย ขณะเดียวกันนักสังคมสงเคราะห์ก็ปฏิบัติงานด้านบริการไปพร้อมๆกัน ลักษณะการวิจัยอย่างนี้จะทำให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถหารูปแบบ (Model) ในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี และทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และยังทำให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานวิชาชีพอื่นสามารถเข้าใจงานสังคมสงเคราะห์ได้ดียิ่งขึ้น

2. Experimental Research หมายถึง การวิจัยแบบทดลองเพื่อทดสอบดูว่าวิธีการสังคมสงเคราะห์วิธีการใดเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ หรือไม่ อย่างไร การดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์สามารถสนองความต้องการของประชาชนได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

งานวิจัยจะสามารถนำนักสังคมสงเคราะห์ไปสู่การพัฒนาสถาบันและการพัฒนาสังคมได้ในที่สุด

## 5. วิธีการบริหารงานสังคมสงเคราะห์และการวางแผนทางสังคม (Social Work Administration)

วิธีการบริหารงานสังคมสงเคราะห์มีความสำคัญไม่น้อยกว่าวิธีการสังคมสงเคราะห์วิธีอื่นๆ การบริหารงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นการบริหารงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งการแบ่งลักษณะงานของแต่ละหน่วยงานนั้นอาจไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ลักษณะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ยังเป็นการทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ดังนั้น ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานทางแพทย์จึงจำเป็นต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการบริหารงาน ทั้งนี้เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และประสบปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุด รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นๆเป็นอย่างดี

## องค์ประกอบพื้นฐานในการบริหารงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

1. การวิเคราะห์นโยบายของหน่วยงาน ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องเข้าใจนโยบายของหน่วยงานของตนอย่างชัดเจน
2. การวางแผน ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์อาจจะต้องเข้าไปมีบทบาทในการวางแผนของหน่วยงาน หรือการวางแผนในหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องวางแผนในหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ให้สอดคล้องกับแผนงานของหน่วยงาน แผนงานของกระทรวง และแผนงานของชาติ
3. การบริหารงาน ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์จะต้องยึดหลักการบริหารงานที่ดี เพื่อขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ต้องเป็นหน่วยงานประเภทส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ได้บังคับบัญชา มีความยุติธรรม มีความสม่ำเสมอ มีเหตุผล และปราศจากอคติ
4. การประสานงาน ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์จะต้องสามารถประสานงานกับผู้ร่วมงานวิชาชีพอื่นภายในหน่วยงานเดียวกัน รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ดังนั้น ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รู้จักทรัพยากรในชุมชน ตลอดจนรู้จักใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในและนอกหน่วยงานให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานมากที่สุด
5. การนิเทศงาน ผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการที่จะแนะนำอบรม ช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ รวมทั้งเป็นผู้ฝึกฝนทางวิชาการ หาความรู้ ความก้าวหน้าอยู่เสมอ เพื่อให้หน่วยงานของตนเป็นที่ยอมรับจากบุคคลทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

การบริหารงานสังคมสงเคราะห์จะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับผู้บริหารงานเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้บริหารที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการบริหารงานสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ที่นักสังคมสงเคราะห์พยายามที่จะปรับปรุงแก้ไขงานของตนให้เป็นที่รู้จัก และสามารถให้ความช่วยเหลือผู้มารับบริการได้มากที่สุด การบริหารงานจึงเป็นสิ่งจำเป็น

## กระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

กระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ปฏิบัติงานอยู่บนหลักของเหตุและผล มีการตรวจสอบได้ ประเมินได้ กระบวนการทั้ง 6 ได้แก่

### 1. การหาข้อเท็จจริงของปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ

#### (Fact Finding)

การหาข้อเท็จจริงของปัญหาเป็นกระบวนการเริ่มต้นในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จำเป็นต้องหาข้อมูลหรือข้อเท็จจริงของสภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อจะได้ให้บริการกับปัญหาทางสังคม อารมณ์ และจิตใจได้อย่างถูกต้อง องค์ความรู้ที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องนำมาใช้ในกระบวนการนี้ ก็คือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการแบบองค์รวม (Holistic) ได้แก่ ผู้รับบริการ ระบบนิเวศหรือสภาวะแวดล้อมของผู้รับบริการ (Ecological Environment) ซึ่งรวมทั้ง

สิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ ชีวภาพ โครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับการดูแล เลี้ยงดูจากครอบครัว เป็นต้น ข้อเท็จจริงซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ได้จากผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการนั้นจะต้องอยู่ ภายใต้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนั้น ในการหาข้อเท็จจริงของนักสังคม-สงเคราะห์จะต้องคำนึงถึงแนวคิด หลักการ ค่านิยม และจรรยาบรรณในการปฏิบัติงานร่วมด้วย วิธีที่จะได้ ข้อเท็จจริงมีอยู่หลายประการ เช่น ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถามจากผู้ป่วยและบุคคลแวดล้อมผู้ป่วย การสังเกต การศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

## 2. การวินิจฉัยหรือการประเมินปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Diagnosis or Assessment)

ในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์นิยมใช้คำว่าประเมินปัญหามากกว่าการวินิจฉัย เพราะ การวินิจฉัยปัญหามีความหมายแคบ คือ เป็นในแง่ของการบำบัดรักษาอาการ (Symptoms) ของผู้ป่วย ซึ่งในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไม่ได้มุ่งสนใจที่อาการของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่สนใจถึง ปัญหาอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย หรือปัญหาต่างๆที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัย หรือการประเมินปัญหานี้เป็นกระบวนการที่ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สามารถเข้าใจสาเหตุ ของปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้อย่างถ่องแท้ สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ว่า ปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องให้คำปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือก่อน ทั้งนี้เพราะปัญหาของผู้ป่วย หรือผู้มารับบริการนั้นจะไม่มีปัญหาเดียว เมื่อเกิดปัญหาหนึ่ง ผลของปัญหานั้นจะส่งผลให้เกิดหลายปัญหา

การประเมินปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะต้องให้ความร่วมมือกับ นักสังคมสงเคราะห์ตั้งแต่การค้นหาข้อมูลข้อเท็จจริงในขั้นต้นแรก

## 3. การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning for Implementation)

กระบวนการแก้ไขปัญหาเป็นกระบวนการที่นักสังคมสงเคราะห์วางแผนที่จะเข้าไปแทรกแซง (Intervention) หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จาก การวินิจฉัยหรือประเมินปัญหาของผู้ป่วย กระบวนการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาจึงเกิดจากการหาข้อเท็จจริง แห่งปัญหา และการวิเคราะห์หรือประเมินสาเหตุของปัญหา รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือนั้นไม่ใช่เกี่ยวข้องกับระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยหรือผู้ขอรับบริการ เท่านั้น แต่จะต้องมีส่วนโยงใยไปถึงระบบต่างๆอีกด้วย เช่น ระบบในครอบครัว กลุ่ม และชุมชนนั้นๆด้วย ดังนั้น การวางแผนเข้าไปให้ความช่วยเหลือ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีการประเมิน วินิจฉัยปัญหาต่างๆ อย่างละเอียดถี่ถ้วน และรอบคอบ และประการที่สำคัญ ในทุกกระบวนการทำงานจะต้องดำเนินงานอยู่บน ความยินยอมพร้อมใจที่จะมีส่วนร่วมหรือการทำงานร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ (Work with Client) รวมทั้งการนำทฤษฎี แนวคิด หลักการ ค่านิยมในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่ การเริ่มกระบวนการหาข้อเท็จจริง การวางแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือของนักสังคมสงเคราะห์เป็นการค้นหา ทรัพยากรที่เหมาะสมในการนำมาแก้ปัญหาและบรรเทาปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

#### 4. การปฏิบัติงานแทรกแซง (Intervention) หรือให้ความช่วยเหลือ

การปฏิบัติงานแทรกแซงหรือให้ความช่วยเหลือนี้อาจจะเรียกได้ว่าเป็นกระบวนการที่นักสังคมสงเคราะห์ลงมือกระทำการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ การปฏิบัติงานนี้ประกอบไปด้วยการให้คำปรึกษา การให้การบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด กลุ่มบำบัด รวมทั้งการให้การช่วยเหลืออื่นๆ โดยกระบวนการนี้จะต้องเป็นการปฏิบัติงานตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับนโยบายในทางสังคม

การให้ความช่วยเหลือ (Intervention) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1. การให้ความช่วยเหลือในภาวะวิกฤตหรือในภาวะวิกฤติ (Short Term Treatment) เป็นการให้ความช่วยเหลือระยะสั้น หรือในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยกะทันหัน และเหตุการณ์นั้นมีผลกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การหย่าร้างในครอบครัว การเกิดน้ำท่วม ไฟไหม้ ซึ่งการให้ความช่วยเหลือในระยะวิกฤตินั้น นักสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องหามาตรการให้ความช่วยเหลืออย่างรีบด่วนและรวดเร็ว ต้องศึกษาถึงผลกระทบที่ก่อให้เกิดความกังวลต่อบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน และต้องประเมินดูว่าเขาจะมีความสามารถแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไรบ้าง

2. การให้ความช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวมักมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์มิได้เป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาแต่เพียงอย่างเดียว แต่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องช่วยพัฒนาให้บุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนนั้นๆเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีบทบาทเป็นปากเป็นเสียงให้ เป็นผู้สนับสนุน เป็นผู้ประสาน เป็นผู้สอน เป็นผู้ให้การอบรม และเป็นผู้พัฒนาบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน

#### 5. การติดตามผลและประเมินผล (Follow up and Evaluation)

หลังจากนักสังคมสงเคราะห์ได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการที่กล่าวมาแล้ว ขั้นต่อไปที่นับว่ามีความสำคัญมาก คือ การติดตามผลและประเมินผล เพื่อที่จะดูว่าการให้ความช่วยเหลือที่ได้ดำเนินการไปมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรเกิดขึ้นกับเขาเหล่านั้นอีกหรือไม่ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอีกหรือไม่ และหากมีอุปสรรคเกิดขึ้น นักสังคมสงเคราะห์ต้องร่วมมือกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคนั้นเสีย เพื่อให้เขาสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

#### 6. การสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือ (Termination)

การสิ้นสุดให้ความช่วยเหลือมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เช่นเดียวกับการเริ่มต้นที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานชนิด การสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือย่อมมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานชนิดนั้น เพราะระยะการเริ่มต้นเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสัมพันธภาพระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการว่าจะดำเนินไปดีหรือไม่ อย่างไร ส่วนระยะการสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือ (Termination) จะเป็นเครื่องกำหนดถึงการที่ผู้รับบริการจะสามารถดำรงรักษาวิธีการบำบัดไว้ หรือจะสูญเสียความสามารถนั้นไป

หลังจากการประเมินผลการช่วยเหลือแล้วพบว่าความต้องการของบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน ได้รับการตอบสนองแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ที่ต้อคำนึงถึงการสิ้นสุดการช่วยเหลือ ซึ่งต้องมีการเตรียมการ และวางแผนไว้ล่วงหน้า โดยการค่อยๆลดการติดต่อสัมพันธ์กับผู้รับบริการให้น้อยครั้งลง และลดความถี่ซึ่งของสัมพันธ์ภาพให้ค่อยๆห่างออกไป การนัดหมายควรห่างออกไป ข้อสำคัญ คือ นักสังคมสงเคราะห์ ควรบอกผู้ป่วยผู้รับบริการให้รู้ตัวล่วงหน้า และดำเนินการสิ้นสุดความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจต่อสถานการณ์

การยุติความช่วยเหลือตามวิชาชีพสังคมสงเคราะห์จะไม่ยุ่งยาก หากนักสังคมสงเคราะห์ตระหนัก และเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ เข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ รวมทั้งเข้าใจที่จะวางแผนการดำเนินงาน โดยพิจารณาตามขั้นตอนการให้บริการ รวมทั้งรายละเอียดในวิธีดำเนินการอย่างเหมาะสม

## บทบาทและหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

### หน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2529:33) กล่าวว่าหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จำแนกออกได้ เป็น 4 ประการ คือ

1. หน้าที่ในการแก้ไขปัญหา (Remedial Function) ปัญหาในที่นี้ของผู้ป่วย หมายถึง ปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกิดจากการเจ็บป่วย หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วเกิดปัญหาเหล่านี้ตามมาด้วย
2. หน้าที่ในการป้องกันปัญหา (Preventive Function) การป้องกันปัญหานี้ นอกจากจะให้ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไปแล้ว ยังรวมถึงการป้องกันปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจของประชาชนด้วย
3. หน้าที่ในการฟื้นฟูและบำบัดรักษา (Rehabilitative Function) ทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ที่เจ็บป่วย ทูพผลกระทบทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ เพื่อให้เขาสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
4. หน้าที่ในการพัฒนา (Development Function) เป็นการพัฒนาส่งเสริมให้บุคคลหรือกลุ่มชน มีการกินดีอยู่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

### บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2529:33-35) กล่าวว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ควรมีบทบาทดังต่อไปนี้ เพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมหน้าที่ดังกล่าวไปแล้วสมบูรณยิ่งขึ้น

1. บทบาทเป็นผู้บริหารและเป็นผู้วางแผน (Administrator and Planner) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะต้องมีบทบาทในการเป็นผู้บริหารงานสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและแผนงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ให้สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน



2. บทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ (Enabler หรือ Helper) นั่นคือ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ควรมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและแนะนำในเรื่องสุขภาพอันเกี่ยวกับการรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนให้คำปรึกษาหรือแนะนำในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาทางสังคม อารมณ์ และจิตใจ

3. บทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะต้องปฏิบัติงานกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีแพทย์เป็นหัวหน้าคณะ และมีผู้ร่วมงานซึ่งประกอบด้วยพยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสุขศึกษา ฯลฯ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนและประสานงานให้ความช่วยเหลือร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

4. บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ให้ข่าวสาร (Informer) แม้ว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะไม่ใช่ นักสุขศึกษา แต่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ก็สามารถให้ความรู้ข่าวสารในเรื่องสุขภาพอนามัยกับผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปได้ในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การรับมือกับโรค ฯลฯ ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปสามารถรักษาสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง

5. บทบาทเป็นผู้ให้การศึกษา (Educator) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ต้องมีบทบาทในด้านการให้ความรู้เรื่องสังคมสงเคราะห์ทางด้านการแพทย์แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้นได้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสังคม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

6. บทบาทเป็นผู้วิจัย (Researcher) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ควรมีบทบาทในการทำงานวิจัย ทั้งในการทำงานวิจัยที่เกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ หรืองานวิจัยที่ทำในลักษณะเป็นหมู่คณะร่วมกับวิชาชีพอื่น จุดประสงค์ของการทำวิจัยก็เพื่อการปรับปรุงการให้บริการ ปรับปรุงหน่วยงาน การหาข้อมูลในเรื่องความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยทางด้านสังคม (Socially-ill) ของผู้ป่วย ก็ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว เป็นต้น

## จรรยาบรรณของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

นักสังคมสงเคราะห์ทุกคนจะต้องมีจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, 2546:4) ได้กำหนดจรรยาบรรณของนักสังคมสงเคราะห์ไว้ คือ

1. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องตระหนักว่าการกระทำเพื่อการพัฒนาหรือก่อให้เกิดสวัสดิการแก่บุคคล กลุ่ม ชุมชน เป็นความรับผิดชอบของตน
2. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ เสียสละ มีคุณธรรม และปราศจากอคติทั้งปวง
3. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเคารพในศักดิ์ศรี และไม่เปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวของผู้รับบริการ
4. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องประพฤติตนอยู่ในกรอบวัฒนธรรมอันดีงาม เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่วิชาชีพ
5. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องยึดมั่นในหลักวิชา หมั่นเพิ่มพูนความรู้และทักษะ พร้อมทั้งส่งเสริมวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ให้เจริญก้าวหน้าอยู่เสมอ

## บทที่ 2

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประเภทยาบ้า (Amphetamine)

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นมาตรการหลักมาตรการหนึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดลดน้อยลงหรือหมดไปในที่สุด การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นวิทยาการทางการแพทย์แขนงหนึ่งที่มีความสลับซับซ้อนยุ่งยาก ไม่เหมือนกับการรักษาโรคอื่นๆ เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดนั้นเป็นผู้ที่มีปัญหาความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นในการบำบัดรักษาจึงต้องทำการบำบัดรักษาทุกอย่างไปพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นทั้งตัวผู้ติดยา ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่มุ่งแต่เพียงการรักษาตัวบุคคล เพราะจะทำให้การบำบัดรักษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และผู้ติดยาเสพติดที่รักษาหายแล้วจะกลับมาติดยาซ้ำได้อีกโดยง่าย

### ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในปัจจุบัน

จากรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2544 ของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (อ้างในเกียรติยศ งามทิพย์วัฒนา และคณะ, 2545:72-73) ระบุไว้ว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบสมัครใจ คือ ผู้ติดยาและสารเสพติดสามารถมาขอรับบริการตามสถานบริการของรัฐหรือเอกชนได้ โดยไม่ถือว่าเป็นความผิด
2. ระบบต้องโทษ ในระบบการรักษาแบบนี้ ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับกุมในคดีความผิดเรื่องยาเสพติดหรือคดีอาญาอื่นๆ จะได้รับการบำบัดในทัณฑสถานและเรือนจำ โดยใช้รูปแบบชุมชนบำบัดเป็นพื้นฐาน การบำบัดในลักษณะนี้ ผู้รับการบำบัดถือว่าเป็นผู้ต้องโทษและต้องได้รับการควบคุมตัว
3. ระบบบังคับบำบัด ซึ่งเป็นระบบที่ได้กำหนดใช้ในปี พ.ศ. 2545 โดยกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดจะเป็นกลุ่มคนที่ถูกจับกุมในข้อหาที่เกี่ยวกับยาเสพติด และพิสูจน์ได้ว่ามีปัญหายาเสพติด คนกลุ่มนี้จะได้รับการคุมประพฤติและเว้นโทษหากยอมรับการบำบัด ซึ่งลักษณะการบำบัดอาจเป็นไปในรูปแบบของการควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัว

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดยาบ้า

เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) ซึ่งนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่ามีเมื่อผู้ป่วยหยุดเสพยาแล้วมักจะมีอาการทางกายมาก และต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียกการรักษาการติดยาเสพติดจริงๆว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ทว่าปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเสพติดเป็นการเจ็บป่วยของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้น การรักษาการติดยาเสพติดจึง

เป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติ และมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไป (วิโรจน์ วีรัชย์ และลำซำ ลักษณะภิกษนซ์ช, 2545:259)

## ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

วิโรจน์ วีรัชย์ และลำซำ ลักษณะภิกษนซ์ช (2545:259) ได้กล่าวว่า ปัจจุบันเริ่มมีความเข้าใจชัดเจนขึ้นว่าการรักษาเฉพาะการขาดยาเป็นการรักษาอาการทางกายในช่วงแรกที่หยุดยาเสพติด เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายหรือทรมานกับผู้ป่วยเท่านั้น และมักใช้เวลาไม่นานนัก แล้วแต่ชนิดของยาและสารเสพติดที่ติด ถ้าเป็นยาบ้า อาการมักน้อย และใช้เวลารักษาอาการขาดยาล้น อาจเพียง 4-5 วันเท่านั้น ดังนั้น ขั้นตอนการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดแบ่งขั้นตอนเป็น

1. ขั้นตอนการเตรียมการหรือจูงใจ (Pre-treatment or Motivation Stage)
2. ขั้นตอนการบำบัด (Treatment Stage)
3. ขั้นตอนติดตามหลังการรักษา (After Care and Social Support Stage)

### 1. ขั้นตอนการเตรียมการหรือจูงใจ (Pre-treatment or Motivation Stage)

การเตรียมการก่อนรักษานี้ถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการรักษาในขั้นตอนถัดไป เป็นการเปิดใจของผู้ป่วยให้พร้อมต่อการรักษา เหตุที่ต้องมีขั้นตอนนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อเข้ารับการรักษาตามแผนการบำบัดรักษาได้ครบตามระยะเวลาโดยต่อเนื่อง ไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา เข้าใจขั้นตอนและวิธีการบำบัดรักษา และสร้างความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยหลายรายเสพยาบ้าเนื่องจากปัญหาในครอบครัว ขั้นนี้จึงเป็นการให้คำแนะนำรักษาครอบครัวไปด้วย ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ตัวผู้ป่วย

#### กิจกรรมในขั้นเตรียมการ

ธงชัย อุ่นเอกลาม (2544:25) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ต้องกระทำในขั้นเตรียมการว่าประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. สัมภาษณ์ สอบประวัติ กรอกเอกสารประจำตัว ประวัติส่วนตัวในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการติดยาเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการก่ออาชญากรรม ขั้นนี้เป็นขั้นตอนทำความรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย โดยศึกษาประวัติจากผู้ป่วย จากครอบครัว ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง การหาข้อมูลและข้อเท็จจริงจากผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดนั้นจะต้องเป็นข้อเท็จจริงที่มองเห็นได้ เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาบุคลิกภาพ และปัญหาที่ไม่สามารถมองเห็น ได้แก่ ปัญหาทางจิตใจ เช่น ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก
2. การตรวจร่างกาย ดูสภาพร่างกายว่าทรุดโทรมมากน้อยแค่ไหน มีร่องรอยการเสพยาหรือไม่มีโรคแทรกซ้อนอะไรบ้าง

- ตรวจสอบสภาพจิตว่าปกติดีหรือมีอาการทางจิต บุคลิกภาพเป็นแบบใด
- ตรวจสอบค้นหาสารเสพติดที่อาจมีการซุกซ่อน
- ตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เอกซเรย์ปอด

3. วิเคราะห์ปัญหาเพื่อการวางแผนให้การช่วยเหลือ เมื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดเพียงพอ และเป็นที่เชื่อถือได้แล้ว ต้องนำข้อเท็จจริงนั้นมาวินิจฉัย แยกแยะเป็นเรื่องๆไปวิเคราะห์ว่าจะอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา บางครั้งผู้ติดยาเสพติดคิดว่าเป็นปัญหา แต่แท้จริงไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นปัญหาอื่นที่ซับซ้อนอยู่ การวิเคราะห์ทำให้ทราบจุดอ่อนของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร แล้วจึงวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป

ประเภทของปัญหาอาจแบ่งได้ดังนี้

3.1. ปัญหาสังคม เช่น ปัญหาปัจจุบันที่ประสบอยู่ ได้แก่ ปัญหาแตกแยกของครอบครัว และความไม่เข้าใจในความสัมพันธ์ของครอบครัว ไม่สามารถปรับตัวเองเข้ากับครอบครัวและสังคม ไม่ยอมรับความจริง เป็นต้น การเลี้ยงดูของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อเยาวชนผู้ติดยา เช่น ครอบครัวหย่าร้าง มักจะใช้เด็กเป็นข้อต่อรอง ระบายอารมณ์ ทำให้เด็กหันเข้าหายาเสพติดได้ การตามใจเด็กมากเกินไปทำให้เสียนิสัย อยากรู้อะไรต้องได้ ทำให้ติดยาเสพติดง่ายและเลิกยาก หรือครอบครัวที่เลี้ยงลูกแบบเข้มงวดเกินไป ทำให้เด็กไม่กล้าแสดงออก เก็บกด เกิดปัญหาไม่รู้จะปรึกษาใคร ทำให้ถูกชักจูงไปในทางที่เสียหายได้ง่าย

3.2. ปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ปัญหารายได้ไม่พอจ่าย ความเป็นอยู่ยากจน ขาดแคลนเงินทุนประกอบอาชีพ ว่างงาน

3.3. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ปัญหาความกดดันด้านจิตใจ การขาดความเชื่อมั่นต่อตนเอง การขาดความรักและความอบอุ่น ถูกชักจูงจิตใจง่าย ฯลฯ

3.4. ปัญหาความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ติดยาเสพติด ปัญหาความร่วมมือของผู้ป่วยในการแก้ปัญหา หรือปัญหาบุคลิกภาพ เป็นปมด้อยของผู้ป่วย อาจไม่ได้รับความร่วมมือในการบำบัดรักษา

4. อธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนการบำบัดรักษา เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ทำผิดซ้ำซ้อน ในขณะที่จะเข้าบำบัดรักษา และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาด้วยเหตุและผล ย่อมทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเอง

5. ชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรับการบำบัดรักษา โดยทำให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริง เข้าใจสภาพอันแท้จริงของตนเอง ซึ่งเมื่อเขายอมรับในความเป็นจริงของตนเองทั้งจุดดีและจุดด้อย จะทำให้เขาสามารถเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมที่เป็นอยู่ได้ง่ายขึ้น

6. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะได้เป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วย และให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมในสถานที่บำบัดรักษา

## 2. ขั้นตอนการบำบัด (Treatment Stage)

วิโรจน์ วีรชัย และลำซำ ลักษณะภิกษนซ์ (2545:262-263) ได้อธิบายถึงรายละเอียดถึงขั้นตอนการบำบัดไว้โดยสังเขปว่า การบำบัดถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด และถือได้ว่าเป็นหัวใจของการรักษาให้หายขาด เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยจัดโครงสร้างชีวิต สามารถแก้ไข ปรับปรุงปรับเปลี่ยนความคิด ควบคุมอารมณ์ พัฒนาการตัดสินใจ ความประพฤติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลมาจากการใช้ยาบ้า การที่บุคคลจะเรียนรู้วิธีดำเนินชีวิตใหม่ที่ปราศจากสารเสพติดได้นั้น จะต้องเผชิญความยากลำบาก และต้องมีการรับรู้ไว้ล่วงหน้า มิฉะนั้นเขาอาจจะสับสนและอาจหมดความอดทนได้ง่ายจนเป็นเหตุให้เกิดกรณีการกลับไปเสพซ้ำ การฝึกทักษะในการเลิกเสพยาเสพติด และการป้องกันการติดซ้ำ เป็นกระบวนการพัฒนาที่ต้องอาศัยความพยายามทุกวิถีทางของผู้เลิกยาเสพติดและผู้บำบัด สิ่งผู้เลิกยาเสพติดจะต้องเผชิญมีดังนี้

- รู้สึกสองจิตสองใจ คือ ระยะเวลาที่ผู้ติดยาเสพติดมีความรู้สึกไม่แน่ใจ ใจหนึ่งอยากเลิก แต่อีกใจหนึ่งก็ยังไม่อยากเลิก เป็นระยะที่มีความไม่แน่ใจตัวเองมาก
- ต้องการกลับตัวกลับใจ หมายถึง เวลาที่ผู้ติดยาเสพติดรู้สึกว่าถึงเวลาแล้วที่เขาจะต้องหยุดเสพยาเสพติด อาจเป็นเพราะระอาตนเอง และทราบว่าผู้อื่นเกิดความเบื่อหน่าย เรียกว่าเป็นการถึงจุดอิ่มตัว ซึ่งจุดนี้แต่ละคนมีไม่เท่ากัน แล้วแต่ว่าใครจะกลับตัวได้เมื่อใด

การรักษาในขั้นตอนนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมบำบัด อาจแบ่งระยะย่อยเป็น

1. การค้นหาและจำแนกตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน รวมทั้งจัดลำดับความรุนแรงของตัวกระตุ้นนั้น
2. นำตัวกระตุ้นเหล่านั้นมาสู่การเผชิญหน้า
3. สำรวจอารมณ์และฝึกกลยุทธ์ที่จะเผชิญกับตัวกระตุ้นทั้งหลาย โดยเฉพาะการฝึกการหยุดความคิด
4. สำรวจกิจวัตรประจำวันที่จะไปเสพยาเสพติด และพัฒนาการควบคุมตนเองที่จะพบภาวะเสี่ยง
5. ฝึกการเผชิญตัวกระตุ้นที่รุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน

การบำบัดรักษาการติดยาเสพติดมีหลายรูปแบบ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้นมีความยากลำบากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยยังกลับไปอยู่กับสภาพแวดล้อมเดิมซึ่งมีสิ่งยั่วยุต่างๆ รวมทั้งสามารถหายาบ้าได้ง่าย และบางครั้งในระหว่างการรักษา จะพบว่ามีอาการลึกลับใช้สารเสพติดได้อีก แต่ในขณะเดียวกัน การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ถ้าหากผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ทั้งๆที่ยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม แสดงว่าผู้ป่วยสามารถปรับความคิดได้ ควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้ โอกาสเลิกยาเสพติดได้ในระยะยาวก็มีมากกว่า ผลสำเร็จของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นตัวสำคัญ

## 2.1. การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอกที่ได้ผลค่อนข้างดี คือ การบำบัดรักษาในรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)

รูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ใช้เวลา 16 สัปดาห์ และให้การช่วยเหลือทางสังคมต่ออีกจนครบ 52 สัปดาห์ เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด หลีกเลี่ยงการประจันหน้าหรือชี้ย้าว่าเป็นความผิด อาศัยกลุ่ม และการให้การศึกษาคอบครัวพร้อมผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ คือ

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล / คอบครัว (Individual/Conjoint Session)
2. กลุ่มฝึกทักษะในการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills) ใช้เวลานาน 1 เดือน รวม 8 ครั้ง สร้างให้ชีวิตมีวินัย และฝึกสติให้หยุดความคิดที่จะอยากยาได้
3. กลุ่มป้องกันการติดซ้ำ (relapse Prevention Group) ใช้เวลานาน 4 เดือน รวม 32 ครั้ง ฝึกให้มีปัญญา มีเหตุผลในการใช้ชีวิต
4. กลุ่มให้การศึกษานักป่วยและครอบครัว (Family Education Group) รวม 12 ครั้ง ทำให้เข้าใจและช่วยเหลือกันอย่างถูกต้อง เหมาะสม
5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

## 2.2. การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่ได้ผลค่อนข้างดี คือ การบำบัดรักษาในรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community, T.C.)

การบำบัดรักษารูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community, T.C.) ซึ่งใช้เวลารวม 1-2 ปี ในผู้ป่วยเฮโรอีน สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีนหรือยาบ้า นั้น ได้มีความพยายามลดระยะเวลาลงเหลือเพียง 4-6 เดือน (Short T.C.) โดยเพิ่มการฝึกการเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ในผู้ป่วยติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน เมื่อเข้ารับการรักษา จะต้องเผชิญกับหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น การปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนใหม่ และต้องเผชิญกับปัญหาอยู่ทุกวัน ต้องสร้างระเบียบให้แก่ตนเอง ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งไม่ถูกต้องตามที่เคยปฏิบัติในสังคมภายนอก การบำบัดรักษาในรูปแบบชุมชนบำบัดใช้การเผชิญหน้า (Confrontation) เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นกระบวนการพัฒนาชีวิตให้ดำเนินไป ชุมชนบำบัดเป็นเสมือนครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดด้วยกัน การรักษาในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนเตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตให้เข้ากับสังคมภายนอกได้

การพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม ไปสู่การมีคุณภาพที่ดี ใช้หลักการ 2 ประการ คือ

1. เป็นการฝึกการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นเพื่อช่วยตนเอง (Help for Self Help)

2. การใช้อิทธิพลของกลุ่มในการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการพัฒนาพฤติกรรมใหม่เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจมีหลายอย่าง คือ

- กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มประชุมเข้า กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มสัมมนา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ
- งานบำบัด (Work Therapy) แบ่งผู้ป่วยออกไปฝึกอาชีพที่โรงงานฝึกอาชีพของสถานบำบัดรักษา เช่น ช่างไม้ ช่างโลหะ เกษตร เลี้ยงสัตว์ ช่างฝีมือ ฯลฯ
- วิธีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: การลงโทษและการให้รางวัลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาผู้ป่วย
- ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) แนะนำครอบครัวให้เวลาดูแลผู้ป่วย คอยให้กำลังใจหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบครัวที่อาจเป็นสาเหตุของการติดยาเสพติดของผู้ป่วย

### 3. การติดตามหลังการรักษา (Follow up or Aftercare)

ธงชัย อุ้นเอกกลาง (2544: 31-32) ได้ให้รายละเอียดไว้ดังนี้

การติดตามหลังรักษาจากฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้วถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายและเป็นขั้นที่สำคัญ ซึ่งหมายถึงการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเสริมสร้างกำลังใจ แนะนำให้ความช่วยเหลือติดตามผลการรักษา และที่สำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาการติดตาม 1-5 ปี ซึ่งวิธีการติดตามหลังรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำช่วยแก้ไขปัญหาโดยตรง การติดตามวิธีโดยตรงมีหลายแบบ เช่น

- นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัดบ่อยมาก แต่สะดวกต่อสถานพยาบาล
- นัดพบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้สามารถทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้าหรือไม่ได้นัดหมาย ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคน และงบประมาณ
- นัดพบกันครึ่งทาง สำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัดพบกันครึ่งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า วัด
- นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ นายจ้างมักไม่ชอบให้มีการรบกวนเวลางาน ผู้ป่วยเองอาจไม่ยอมให้ผู้ร่วมงานทราบว่ายังอยู่ในขั้นตอนการรักษาเสพติด แต่สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ประกอบอาชีพอิสระเอง การนัดหมายแบบนี้อาจจะทำได้

วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวก ไม่เสียเวลาทั้งสอง

ฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะแนวทำได้ไม่สมบูรณ์นัก และแบบสอบถาม ก็มักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

## การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)

ปัจจุบันได้การพัฒนาในรูปแบบแนวคิดในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมากมายหลายรูปแบบ การบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบหนึ่งซึ่งได้รับความนิยมและได้ผลค่อนข้างดี คือ การบำบัดรักษา รูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1984 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจากมหาวิทยาลัย UCLA ประกอบด้วย Dr. Walter Ling, Dr. Richard Rawson และ Jeanne Obert โดยในช่วงแรกได้มีการพัฒนารูปแบบโดยการ นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดโคเคน และได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วย ยาเสพติดประเภทต่างๆ เช่น เฮโรอีน แอลกอฮอล์ และแอมเฟตามีน (ยาบ้า)

### หลักการบำบัดรักษาในรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)

จิตสังคมบำบัดเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น (The Matrix Intensive Outpatient Program-IOP) ใช้เวลา 16 สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วย ให้เข้าใจถูกต้อง โดยให้องค์ความรู้ต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลง ของสมองหลังการเสพยา กระบวนการติดยาเสพติด และขั้นตอนต่างๆในการเลิกยาเสพติด นำสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น โดยมี องค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรมดังนี้ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544:402-408)

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล / ครอบครัว (Individual / Conjoint Session)
2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group)
3. กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Group)
4. กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group)
5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group)

#### 1. การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/Conjoint Session)

เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมปรึกษาวาง แผนการบำบัดรักษา แนะนำโปรแกรมการบำบัดรักษา รวมทั้งเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ พึงคยเรื่องวิกฤตการณ์ในชีวิต และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เพื่อช่วยการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะ ต่างๆของการหยุดเสพยา ประกอบด้วย 10 ประเด็นการเรียนรู้ ดังนี้

1. ข้อตกลง คำยินยอมการรักษา (Service Agreement and Consent) และแนวทางการช่วยเหลือ ของสมาชิกในครอบครัว (Helping Checklist) ประเด็นนี้เป็นประเด็นแรกของการบำบัดรักษา ซึ่งทำเมื่อ



ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา รวมทั้งเพื่อเป็นการศึกษาว่าสมาชิกครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในกระบวนการเลิกยาได้อย่างไร

2. สารกระตุ้นประสาทและเพศสัมพันธ์ (Stimulant and Sex) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ในทางที่ถูกต้อง และทำให้ทราบถึงพฤติกรรมทางเพศและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา

3. แนวทางการเลิกยา (Recovery Checklist) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการรักษา และเป็นการทบทวนความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นว่าควรให้สนใจอะไรเป็นพิเศษ

4. ความฝันเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างเลิกยา (Drug Dreams during Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความฝันเรื่องยาเสพติดในระยะเลิกยาว่าเป็นกระบวนการปกติในสมอง

5. การทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วย (Patient Status Review) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปรับปรุงตนเอง

6. เรียนรู้วิถีปฏิบัติในระยะฝาลอุปสรรค (The Wall Checklist) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะฝาลอุปสรรค ยอมรับสภาวะฝาลอุปสรรคว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา และเป็นสัญญาณหนึ่งที่บอกความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา

7. การสนับสนุนจากครอบครัว (Helping Checklist in Middle Stage of Recovery) เป็นขั้นตอนประเมินความช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย แล้วนำไปสู่การอภิปรายของสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดจะช่วยให้กำลังใจและสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดรักษา

8. อารมณ์และการเลิกยาเสพติด (Emotion and Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจและตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อการติดยาเสพติด ซึ่งจะช่วยให้สามารถจัดการกับอารมณ์และควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลดีต่อกระบวนการเลิกยาเสพติด

9. การประเมินภายหลังการบำบัดรักษา (Post Treatment evaluation) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการบำบัดรักษา และวางแผนเป้าหมายในอนาคต

10. ตารางการวิเคราะห์การกลับไปติดซ้ำ (Relapse Analysis Chart) เพื่อช่วยให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้กลับไปติดซ้ำ วางแผนปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสม และให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา เพื่อป้องกันกลับไปเสพติดซ้ำ

## 2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกเสพยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Groups)

เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมใน 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด โดยเข้าร่วมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดยกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะสำคัญที่นำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติด ประกอบด้วย 8 ประเด็นการเรียนรู้ ดังนี้

1. การหยุดวงจรการใ้ช้ยา (Trigger-Thought-Craving-Use) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงตัวกระตุ้นซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการอยากยา แนวทางที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติเมื่อเจอตัวกระตุ้น วางแผนจัดตารางกิจกรรมล่วงหน้า ฝึกทักษะในการหยุดความคิดที่จะเสพยาหรือสูรา ซึ่งถ้าหยุดความคิดได้ อาการอยากยาก็จะไม่เกิด

2. ตัวกระตุ้นภายนอก (External Trigger) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานที่ บุคคล เวลา สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความคิด ความอยากยา มีตารางตัวกระตุ้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัยจากการเสพยาและสูราของตนเอง

3. ตัวกระตุ้นภายใน (Internal Trigger) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ที่กระตุ้นให้เกิดอาการอยากเสพยาและสูรา สภาวะอารมณ์ด้านบวก ด้านลบ หรือทั้งสองอย่าง ที่สามารถเป็นตัวกระตุ้นได้เช่นกัน

4. แนะนำกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 Step Introduction) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเองที่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มในวันที่ว่างจากการเข้าร่วมกลุ่มอื่นๆของกายจิตสังคมบำบัด

5. อากาการผิตปกติที่เกิดขึ้นในระยะเลิกยา (Roadmap for Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงของการขาดยา เช่น ความซึมเศร้า อากาการนอนไม่หลับ อากาการปวดศีรษะ และความวิตกกังวลเป็นครั้งคราว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะเลิกยา และมีความหวังว่าอาการจะดีขึ้น

6. ปัญหาต่างๆในการเลิกยาระยะเริ่มต้น (Common Problems in Early Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญกับปัญหา 5 ข้อที่พบบ่อยในระยะเลิกยาระยะเริ่มต้น และแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

7. ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Thought Emotion and Behavior) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมออกจากกัน และเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีคิดควบคุมอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกยาเสพติด

8. เคล็ดลับจากกลุ่ม 12 ขั้นตอน (12-Step Tip) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับข้อคิดบางประการที่เป็นประโยชน์จากหลักการ 12 ขั้นตอน เช่น การหยุดเสพยาวันต่อวัน อย่าติดอยู่กับปัญหา ทำให้เป็นเรื่องง่ายในการเรียนรู้ที่จะไม่เสพยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำมาสร้างเป็นพลังใจในการเลิกยา

### 3. กลุ่มป้องกันการติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Group)

เป็นหัวใจของการรักษารูปแบบจิตสังคมบำบัด มีวัตถุประสงค์และรูปแบบกิจกรรมเฉพาะ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเสพยาซ้ำไม่ให้เกิดซ้ำอีก โดยมีการกำหนดประเด็นต่างๆที่นำไปสู่การกลับไปติดยาซ้ำ มาพูดคุยในกลุ่ม เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดยา

ซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนแบบง่ายๆ นำไปสู่การอภิปรายในช่วงแรก ส่วนในช่วงหลังให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้น หรือเรื่องอื่นที่อยากเสนอ กลุ่มนี้จะทำตลอด 4 เดือน มีทั้งหมด 32 ประเด็นการเรียนรู้

1. สุรา ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย (Alcohol - the legal Drug-I) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าสุราเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเสพยาเสพติดชนิดอื่นได้ เพื่อให้เข้าใจและวางแผนล่วงหน้าสำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการดื่มสุรา

2. ความเบื่อ (Boredom) ในช่วงติดยา กิจกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากปกติ ในช่วงเลิกยาจำเป็นต้องทบทวนและปรับกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมนันทนาการ ให้นำสนใจเพื่อลดความเบื่อหน่าย แต่ถ้าความเบื่อไม่หายไป จำเป็นต้องค้นหาและเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

3. การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ/สิ่งยึดเหนี่ยว เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะทำพฤติกรรมใหม่ๆที่เหมาะสม เพื่อที่จะหยุดเสพยา โดยการให้ทำแบบฝึกหัดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกำลังกระทำว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงและหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต

4. งานและการเลิกยา (Work and Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเองเกี่ยวกับลักษณะของงานที่มีผลต่อกระบวนการเลิกยา เน้นเกี่ยวกับชนิดของงานที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น การทำงานหนักหรือการว่างงาน

5. ความรู้สึกผิดและความละอายใจ (Guilt and Shame) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ดีกับการเป็นคนไม่ดี ให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดและเกิดความละอายใจในขณะที่เลิกยา ได้เปิดใจให้มาก เพื่อจะเกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะเปิดเผย

6. การทำตัวไม่ให่ว่าง (Staying Busy) เพื่อให้ผู้ป่วยแนะนำซึ่งกันและกันในการเลือกกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง เนื่องจากเวลาว่างเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้คิดถึงยาได้

7. แรงจูงใจในการเลิกยา (Motivation for Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจแรงจูงใจในการเลิกยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกยา

8. การพูดความจริง (Truthfulness) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดความจริง เพราะถือเป็นสิ่งสำคัญในการเลิกยา แสดงถึงความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น

9. การเลิกเสพยาเสพติดทุกชนิด (Total Abstinence) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการหยุดเสพยาเสพติดทุกชนิด รวมทั้งสุรา ซึ่งเป็นข้อตกลงในการเข้ารับการรักษาว่าจะไม่ใช้ยาเสพติดทุกชนิด สำหรับผู้ป่วยบางคนทำไม่ได้ ก็ให้บอกเหตุผลของข้อตกลงนี้ด้วย

10. เพศสัมพันธ์และการเลิกยา (Sex and Recovery) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเกิดจากความรัก และเพศสัมพันธ์ซึ่งเกิดจากความใคร่ ซึ่งมักเกิดร่วมกับการเสพยาเสพติด

11. การป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การกลับไปติดยาซ้ำได้ สิ่งสำคัญ คือการจัดการทันที ที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงสัญญาณอันตรายที่จะกลับไปใช้ยา

12. ความไว้วางใจ (Trust) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความไว้วางใจให้ กลับคืนมาด้วยคำพูดและการกระทำในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพราะการติดยาทำให้เสีย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และขาดความไว้วางใจแม้จะเลิกยาได้แล้ว

13. จงทำตนเป็นคนฉลาด: ไม่ต้องเข้มแข็ง (Be smart, not strong) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการทำ ตนให้ฉลาดในการหลีกเลี่ยงให้ห่างไกลจากตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยา ไม่ว่าจะมีความเข้มแข็งเพียงใด ก็ไม่เพียงพอที่จะเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้น

14. คำจำกัดความของจิตวิญญาณ (Defining Spirituality) (เป้าหมายและคุณภาพของชีวิต) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างศาสนาและจิตวิญญาณที่กล่าวไว้ในกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่คิดถึงกลุ่มช่วยเหลือกันเองเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจ รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเอง และ พัฒนาตนเองในการเลิกยาเสพติด

15. ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน (Taking Care of Business / Managing Money) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวันและการเงินเมื่อเลิกยา เพราะ ความรับผิดชอบเริ่มกลับคืนมา ให้ผู้ป่วยอภิปรายงานอะไรก็ได้ละเลย และสิ่งใดที่ควรกระทำก่อน อย่าให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามียานที่ต้องทำมากเกินไป เพราะอาจจะทำให้ท้อแท้ สิ่งสำคัญ 2 อย่างที่เกี่ยวข้องกับงาน คือ เงิน และเวลา เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องบริหารและจัดการให้ดี เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

16. การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยา-ครั้งที่ 1 (Relapse Justification) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึง ความคิด เหตุผลและข้ออ้างต่างๆของการกลับไปใช้ยาที่เกิดขึ้นในอดีต

17. การดูแลตนเอง (Taking Care of yourself) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการดูแลเอาใจใส่ ตนเองในสภาวะปกติเมื่อเลิกยา โดยประเมินจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากช่วงก่อนใช้ยา การดูแลเอาใจใส่ ตนเองจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและคลายเครียดในช่วงเลิกยาได้

18. ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ (Dangerous Emotion) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะ อารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปเสพยาซ้ำ ให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้คิดถึง ยาเสพติดมากที่สุดและอภิปราย

19. ความเจ็บป่วย (Illness) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเจ็บป่วยและการมีร่างกายที่อ่อนแอเป็น สาเหตุหนึ่งของการกลับไปติดยาซ้ำได้ ดังนั้น จึงต้องมีการระมัดระวังภาวะดังกล่าว

20. การรับรู้ถึงความเครียด (Recognizing Stress) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตสภาวะตึงเครียดจากอารมณ์ของตนเอง โดยใช้แบบประเมินความเครียด รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

21. การหาเหตุผลในการไปใช้ยา—ครั้งที่ 2 (Relapse Justification) ประเด็นนี้ต่อจากครั้งที่ 16

22. การลดภาวะตึงเครียด (Reducing Stress) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการจัดการกับความเครียดหรือลดภาวะตึงเครียด เนื่องจากภาวะตึงเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปติดยาซ้ำได้

23. วิธีจัดการกับความโกรธ (Managing Anger) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอารมณ์โกรธมีส่วนกระตุ้นให้หวนกลับไปติดยาซ้ำ และตระหนักถึงหาวิธีจัดการกับอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม

24. การยอมรับ (Acceptance) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ”ภาวะการติดยา”ของตนเอง และเข้าใจคำว่า “ยอมแพ้” ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการปรับเปลี่ยนวิถีควบคุมชีวิตตนเอง

25. การสร้างเพื่อนใหม่ (Making New Friends) เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคบเพื่อนใหม่ที่ไม่เสพยา เพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาสามารถระบุความแตกต่างระหว่างเพื่อนและผู้คุ้นเคยได้

26. การฟื้นฟูสัมพันธภาพ (Repairing Relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงความผิดพลาดในอดีต รู้จักให้อภัยตนเอง มีแนวทางในการปรับปรุงสัมพันธภาพกับผู้อื่น

27. การทำจิตใจให้สงบเยือกเย็น (Serenity Prayer) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต มีสมาธิ และรู้สึกสงบ

28. พฤติกรรมย้ำทำ / การป้องกันการหวนกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศอันเนื่องมาจากความใคร่ (Compulsive Behaviors / Prevention Relapse to Sex) เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต โดยเลิกพฤติกรรมย้ำทำ ทั้งเรื่องเพศและเรื่องอื่นๆ ซึ่งจะไปสัมพันธ์กับการเสพยาได้

29. การจัดการกับความรู้สึก-ภาวะซึมเศร้า (Dealing with Feeling / Depression) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกภาวะซึมเศร้าของตนเองและวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าและอื่นๆในระยะยะเล็กลง

30. โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน (Twelve-Step Programs) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้หลักการแนวคิด และวิธีการดำเนินการของโปรแกรมช่วยเหลือกันเองในลักษณะต่างๆ เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยอื่นในการเลิกเสพยา

31. มองไปข้างหน้า: จัดการแก้ปัญหาที่ช่วงเวลาหยุดพัก (Looking Forward: Dealing with Downtime) ขณะรับการบำบัดผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีงานทำ ทำให้รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ โดยเฉพาะในช่วงวันที่ไม่ได้มาเข้ากลุ่ม อาจจะทำให้ต่อสู้กับความรู้สึกอยากใช้ยา ฉะนั้น ผู้ป่วยควรเลือกกิจกรรม จัดเวลา และวางแผนให้เหมาะสมในช่วงวันหยุด

32. หยุดเสพยาทีละวัน (One Day at a Time) การคิดถึงอนาคตว่าจะต้องใช้จ่ายในการบำบัดหรือเลิกยาเป็นเดือน เป็นปี และความวิตกกังวลว่าจะเลิกไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หหมดหวัง ฉะนั้นการแนะนำให้ผู้ป่วยรับมือกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นทีละวัน สอนให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระยะสั้น จะทำให้ง่ายและเป็นกำลังใจในการเลิกยาได้

#### 4. กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education)

กลุ่มให้ความรู้ครอบครัวเป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสมาร่วมกันในกลุ่ม เพื่อศึกษาหาความรู้ว่าด้วยเรื่องการติดยา เป็นบรรยากาศที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสบายๆ และเป็นกันเองกับผู้ให้การบำบัด ตลอดจนคุ้นเคยกับวิธีการบำบัดที่ศูนย์การบำบัดจัดให้ วิธีการให้ความรู้ประกอบด้วยการบรรยาย การอภิปราย ประกอบการฉายเครื่องวิดีโอและแผ่นสไลด์ ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงกระบวนการและขั้นตอนการติดยาอย่างชัดเจน ตลอดจนวิธีการและกระบวนการที่ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ที่ละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้บุคคลในครอบครัวได้เข้าใจและรู้ว่าแต่ละคนจะช่วยเหลือหรือปฏิบัติตนอย่างไร ในระหว่างการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย การให้ความรู้ครอบครัวจะดำเนินการทั้งหมด 10 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการเรียนรู้ ดังนี้

1. ตัวกระตุ้นและอาการอยากยา เป็นการบรรยายเรื่องอิทธิพลของความอยากยา กระบวนการติดยา และความยากลำบากใจในการตัดสินใจ
2. วิดีโอ”สุราและร่างกาย”เป็นเรื่องความเข้าใจทั่วไปว่าการดื่มเหล้ามากเกินไปจะมีผลกระทบต่อส่วนต่างๆของร่างกายอย่างไร
3. อภิปรายเป็นกลุ่มโดยสมาชิก AA / NA / Matrix เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบปะกับผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการใช้การประชุมหลักการ 12 ขั้นตอน ในการเลิกยาเสพติด
4. วิดีโอ”ยาบ้า”เร่งสูญหายนะ เป็นการอธิบายว่ายาบ้าคืออะไร มีผลต่ออารมณ์ของผู้เสพได้อย่างไร
5. เส้นทางสู่การเลิกยาเสพติด เป็นการเรียนรู้ในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกยาเสพติด
6. วิดีโอ “มันไม่ใช่ปัญหาของฉัน” เป็นการอภิปรายในหัวข้อผู้มีส่วนร่วมในการติดยาร่วม (Co-dependency) โดยกล่าวถึงการค้นหาผู้มีส่วนร่วมในการติดยาของผู้รับการบำบัด ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้รับการบำบัด
7. อภิปราย”การรับมือกับการกลับไปติดซ้ำ” เพื่อให้โอกาสในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นในเรื่องการเสพยาซ้ำ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปและนำไปสู่การอภิปรายการจัดการกับการกลับไปเสพยาซ้ำ
8. ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการติดยา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงปฏิกริยาต่างๆของการติดยา และเพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกครอบครัวร่วมมือกับการบำบัดรักษา

9. ครอบครัวกับการเลิกยาเสพติด โดยครอบครัวจะได้ประสบการณ์ต่างๆเพื่อทำนายถึงช่วงต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกยาเสพติดของผู้รับการบำบัด เพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการเลิกยา

10. อภิปรายร่วมกับครอบครัว "การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยาเสพติด" สมาชิกในกลุ่มควรอภิปรายตามประเด็นที่กำหนด ซึ่งผู้รับการบำบัดและครอบครัวสามารถที่จะพูดถึงความรู้สึกไม่มั่นใจต่อผู้รับการบำบัด และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้อย่างเปิดเผยและจริงใจ

### 5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เป็นกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในช่วงกลางของการเลิกยาเสพติดตั้งแต่เดือนที่ 4-12 หรือผู้เข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัดแล้วตั้งแต่ 7 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถเข้าร่วมกลุ่มจนครบ 1 ปี โดยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มนี้มุ่งเน้นการเรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตในสังคมแต่ละวันโดยไม่พึ่งยาเสพติด โดยได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากเพื่อนทุกกลุ่มเลิกยาเสพติดด้วยกัน เป็นการเน้นความภาคภูมิใจให้กับตนเองที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้อื่นต่อไปได้

ประเด็นการเรียนรู้เป็นประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตที่ไม่ใช้ยาเสพติด ปัญหาที่สมาชิกกลุ่มประสบหรือประสบการณ์ต่างๆของสมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งจะเป็นประเด็นสั้นๆ ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกสามารถเลือกประเด็นจากที่หลักสูตรฯกำหนดมาอภิปราย หรือกำหนดขึ้นมาใหม่ก็ได้

ตัวอย่างประเด็นการเรียนรู้ตามที่หลักสูตรฯกำหนด มี 36 ประเด็น ดังนี้

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. กลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (AA) | 2. อายุกับความเปลี่ยนแปลง       |
| 3. ความโกรธ                   | 4. ผู้มีส่วนร่วมของผู้ติดยา     |
| 5. พันธะสัญญา                 | 6. พฤติกรรมซ้ำๆ                 |
| 7. การควบคุม                  | 8. ความอยากยา                   |
| 9. ความเศร้า                  | 10. อารมณ์                      |
| 11. ความกลัว                  | 12. มิตรภาพ                     |
| 13. ความสนุก                  | 14. ความทุกข์                   |
| 15. ความรู้สึกผิด             | 16. ความสุข                     |
| 17. ความซื่อสัตย์             | 18. ความใกล้ชิดสนิทสนม          |
| 19. การแยกตัวเอง              | 20. การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา |
| 21. การปิดบังความจริง         | 22. ความรู้สึกท่วมท้น           |
| 23. ความอดทน                  | 24. สุขภาพกาย                   |
| 25. การเลิกยาเสพติด           | 26. การปฏิเสธ                   |
| 27. การผ่อนคลาย               | 28. กฎเกณฑ์                     |

- |                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| 29. การกำหนดตารางกิจกรรมประจำวัน | 30. ความเห็นแก่ตัว |
| 31. เพศสัมพันธ์                  | 32. ฉลาด           |
| 33. ความคิด                      | 34. ตัวกระตุ้น     |
| 35. ความเชื่อถือศรัทธา           | 36. งาน            |

## การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)

รูปแบบการบำบัดรักษาที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) เป็นการให้สมาชิกฝึกพัฒนาตนเอง โดยการมาอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวขนาดใหญ่ครอบครัวหนึ่งที่กำลังขึ้นมาใหม่ เพื่อให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง มีการเรียนรู้และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย ปลอดภัยยาเสพติด และมีสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นที่ดี ทำให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การมาอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากเหมือนสมาชิกครอบครัวเดียวกัน จำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์ อุดมการณ์ และปรัชญาเดียวกัน เพื่อให้การอยู่ร่วมกันนั้นดำเนินไปด้วยดี ปรากฏจากอุปสรรค

กฎหลักของชุมชนบำบัด

1. ไม่ใช้ยาเสพติด (No Drug)
2. ไม่ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท (No Violence)
3. ไม่มีเพศสัมพันธ์ (No Sex)

ชุมชนบำบัดเป็นการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา ยกเว้นกรณีที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา เป็นการบำบัดรักษาที่เน้นที่หลักการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด (Self Help) และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มเพื่อนผู้ติดยาเสพติดด้วยกันที่อยู่ในศูนย์ชุมชนบำบัดในฐานะ "สมาชิก" ไม่ใช่ "ผู้ป่วย" ชุมชนบำบัดจะให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคลที่เคยใช้ยาเสพติดและรักษายาเสพติดครบขั้นตอนการบำบัดรักษาแบบชุมชนบำบัด และเลิกยาได้แล้วมาเป็นพี่เลี้ยงคอยดูแล ให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาอยู่ในชุมชนบำบัดที่เรียกว่าผู้ช่วยเหลือสมาชิก (Ex-addict Staff) ร่วมปฏิบัติงานบำบัดรักษาควบคู่ไปกับคณะเจ้าหน้าที่หรือนักบำบัดสาขาวิชาชีพอื่น การบำบัดรักษาแบบชุมชนบำบัดจึงเป็นเสมือนการสร้างสัมพันธ์ในครอบครัวใหม่แบบเครือญาติขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยกัน ให้มีความรักผูกพันกันฉันท์คนในครอบครัวเดียวกัน

การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด แบ่งเป็น 4 ระยะ

1. ระยะจูงใจ (Induction Stage) หรือระยะเตรียมสู่ชุมชนบำบัด ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา 7-10 วัน เป็นการเตรียมตัวเตรียมใจ กระตุ้น โน้มน้าว (Motivation) ให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษา ระยะชุมชนบำบัดด้วยความสมัครใจ โดยนักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือ ชี้แจงให้



ผู้ป่วยที่ถอนพิษยาครบแล้ว 21 วัน หรือผู้ป่วยที่ถอนพิษยาแล้วจากโรงพยาบาลอื่นที่ประสงค์จะเข้ารับการรักษาบำบัดในชุมชนบำบัด

2. ระยะรักษา (Treatment Stage) ซึ่งต้องใช้เวลา 1 ปี เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม เพราะในระยะรักษาชุมชนบำบัดนี้มีความสำคัญและจำเป็น เพราะเป็นระยะที่สมาชิกอยู่ร่วมกันในชุมชนบำบัดเหมือนอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ต้องสร้างความรู้สึกเข้าใจให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตนกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม จิตใจ ไม่ใช่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสถานพยาบาลที่ต้องพึ่งพาอาศัยเพื่อการบำบัดรักษา โดยกระตุ้น แนะนำ ชี้แจง ให้ผู้สมาชิกทุกคนอยู่ร่วมกัน และมีบทบาทในครอบครัวศูนย์ชุมชนบำบัดร่วมกัน บริหาร ดำเนินกิจกรรมศูนย์ชุมชนบำบัดร่วมกัน แบ่งปัน มีหน้าที่ความรับผิดชอบในหน้าที่แต่ละคนในบทบาทที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้สมาชิกเกิดการพัฒนาตนเอง มีการช่วยเหลือแนะนำระหว่างเพื่อนกับเพื่อนร่วมชุมชนบำบัดด้วยกัน

ในระยะรักษานี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาสมาชิก คือ

2.1. กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ผู้บำบัดจะใช้วิธีการของกลุ่มบำบัดต่างๆเป็นเครื่องมือในการพัฒนา เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความประพฤติ และพฤติกรรมของสมาชิก ดังนี้

- กลุ่มประชุมตอนเช้า (Morning Meeting) เพื่อรับทราบความรู้สึกทุกข์สุข ความวิตกกังวล ปัญหา นิสัย พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ ของสมาชิก

- การประชุมเจ้าหน้าที่ (Staff Meeting) เพื่อจะได้ทราบกิจกรรมพฤติกรรมปัญหา ทัศนคติของสมาชิกทุกคนเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง เพื่อมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา กับนักบำบัดอื่นๆประจำศูนย์ชุมชนบำบัดด้วย

- กลุ่มปรับความเข้าใจ (Encounter Group) เพื่อช่วยฝึกสมาชิกให้เรียนรู้ พัฒนาตนเอง อย่างมีระบบและกติกา ศึกษาวิเคราะห์ปัญหา พฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกทั้งทางที่ดีและไม่ดีกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน สังเกตการณ์พฤติกรรม การแสดงออก การอดกลั้น ความมีระเบียบวินัยของสมาชิก เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำช่วยเหลือทางสังคม

- กลุ่มสัมมนา (Seminar) เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกแสดงออกโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความคิด ความกล้า ในการพูดต่อหน้าผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาสร้างสรรค์ ส่งเสริมให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน ร่วมมือซึ่งกันและกัน ฝึกทักษะการฟังและการยอมรับผู้อื่น ให้สมาชิกรู้จักการคิดค้นคว้าหาความรู้แล้วแจ้งให้เพื่อนรู้ร่วมกัน เป็นต้น

- กลุ่มจิตบำบัด (Here and Now) เป็นกลุ่มให้ความสำคัญกับสภาวะปัจจุบัน (Here and Now) และการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล (Transaction Analysis: T.A.) มาเป็นแนวทางรับรู้การ แสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ จิตใจ ที่มีต่อสถานที่ สิ่งแวดล้อม กฎ ระเบียบ กติกา กลุ่มกิจกรรม

และการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนสมาชิก และเพื่อเป็นการให้สมาชิกได้ระบายออกซึ่งปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ปัญหา หรือปรับตัวในการเผชิญปัญหาที่ตนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

- กลุ่มสันทนาการ (Recreation Group) เป็นกลุ่มที่จัดให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดสร้างสรรค์ กล้าแสดงออกทางที่ถูกต้อง เหมาะสม เกิดความรัก ความสนุกสนาน ความสามัคคีในกลุ่มสมาชิกด้วยกัน เพื่อฝึกการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น สังคม โดยมีกิจกรรมบันเทิงต่างๆ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาพฤติกรรม จิตใจ ของสมาชิกรวมทั้งการฝึกสมาธิให้เป็นทั้งผู้นำ ผู้ตาม มีความกล้าในการแสดงออก มีความคิด มีท่าทาง และพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.2. งานบำบัด (Work Therapy) เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการบำบัดรักษาในรูปแบบชุมชน บำบัดที่ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางด้านกลุ่มบำบัดต่างๆ เพื่อฝึกให้สมาชิกให้ความสำคัญกับการทำงานว่าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของคนปกติทั่วไป เป็นการให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีความ มั่นใจ และเกิดความเชื่อมั่นต่อตนเอง ซึ่งสามารถทำให้พึ่งตนเองได้ รู้จักคุณค่าของตนเอง เป็นการพัฒนา ตนเองให้เกิดทักษะเกี่ยวกับการทำงาน

2.3. การแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมาชิกที่อยู่ร่วมกันในชุมชนบำบัด เมื่อแสดงออกใน ทางบวกหรือทางที่ดี มีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ก็จะได้รับคำชมเชย รางวัล ทำให้มี กำลังใจที่จะปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงามจนเกิดความเคยชินจนเป็นนิสัย ตรงกันข้าม หากมีพฤติกรรมในทางลบ หรือไม่เหมาะสม ก็จะได้รับคำตำหนิจากเพื่อนสมาชิกด้วยกัน หรือมีการลงโทษตามกฎระเบียบที่วางไว้

วิธีลงโทษ เช่น

- Pull up คือ การลงโทษโดยการแจ้งความผิดที่สมาชิกกระทำโดยทันทีทันใด
- Prospect Chair (Hot Chair) เป็นการให้สมาชิที่นั่งเก้าอี้ใช้ความคิด
- Hair cut การว่ากล่าวตักเตือนสมาชิกที่กระทำผิดโดยสมาชิกด้วยกัน
- Shot down เป็นการลงโทษที่หนักขึ้น เพื่อสอนให้สมาชิกเกิดการรับรู้
- House meeting (กลุ่มประชุมทั้งบ้าน) เมื่อสมาชิกกระทำผิดกฎหลัก 3 ข้อ ให้สมาชิก ทั้งศูนย์ชุมชนบำบัดว่ากล่าว ตักเตือน แนะนำเพื่อให้ผู้กระทำผิดแก้ไข เปลี่ยนแปลงตัวเอง

การให้รางวัลสมาชิกชุมชนบำบัด เช่น

- การเลื่อนระดับต่อการพัฒนาตนเองของสมาชิกในเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ต่อตนเองและผู้อื่น
- การอนุญาตให้รับโทรศัพท์เพื่อพูดคุยกับครอบครัว ญาติ (ยกเว้นเพื่อนหรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ ญาติ)
- การแยกห้องนอน เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการอยู่และรับผิดชอบต่อตนเองอย่างเป็น สดส่วน อิสระ แต่อยู่ในระบบและระเบียบของศูนย์ชุมชนบำบัด
- การอนุญาตให้ใช้เครื่องประดับ เช่น นาฬิกาไว้ดูเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นต้น

3. ระยะสู่สังคม (Re-entry) ใช้ระยะเวลา 4-6 เดือน เป็นการทดลองให้สมาชิกไปใช้ชีวิตใหม่ในสังคมภายนอก ให้ฝึกงานอาชีพ การเข้าสังคมกับเพื่อนร่วมงาน นายจ้าง ครอบครัว ทดลองแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ฝึกใช้ทักษะต่างๆ รวมทั้งความมีวินัย ความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น เพราะสมาชิกต้องออกไปปฏิบัติงานนอกศูนย์ชุมชนบำบัดในเวลากลางวัน และกลับมาพักอาศัยในศูนย์ชุมชนบำบัด ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ที่จำเป็นในการใช้ชีวิตให้แก่สมาชิก ให้เกิดความมั่นใจ ภูมิใจในตนเอง ต่อการที่จะออกไปดำรงชีวิตกับครอบครัวและสังคมจริงได้อย่างปกติสุขต่อไป

4. ระยะติดตามหลังการรักษา (Aftercare Stage) ระยะนี้ใช้เวลา 1-5 ปี สมาชิกจะกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ในสังคม และมีอาชีพประจำ มีชีวิตเหมือนคนอื่นทั่วไป แต่ต้องมีการนัดหมายเพื่อแจ้งผลการใช้ชีวิตในสังคมเป็นระยะๆ

## การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) นี้เป็นรูปแบบการบำบัด รักษาหนึ่งที่เป็นการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสั้นกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด โดยใช้ระยะเวลาเพียง 4 เดือน ถึง 12 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่นี้เน้นกระบวนการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้สามารถคืนสภาพร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง มั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญในการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาฟื้นฟูตั้งแต่เริ่มต้นบำบัดจนจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดคอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ชี้แนะ และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปปฏิบัติตน ดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข และทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

### องค์ประกอบการบำบัดฟื้นฟู

ในกระบวนการการบำบัดฟื้นฟูนี้ได้นำเอาองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกันมาใช้ ได้แก่ ครอบครัว (Family) กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity) การช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) และชุมชนบำบัด (T.C. Therapeutic Community)

F: Family (ครอบครัว) ได้มีการกำหนดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษา และรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชน ตามสภาพที่เป็นอยู่จริง ในส่วนนี้จะมีการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมทั้งมีการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆที่สำคัญด้วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving) ทักษะการสื่อสาร (Communication) การแสดงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหมายถึง

วิธีการควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

**A: Alternative Treatment Activity (กิจกรรมทางเลือก)** เป็นการใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมทางเลือกนี้เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นในการพัฒนาความถนัดของตนเองในเรื่องการฝึกฝนอาชีพ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ชอบ เช่น ชมรมหัตถกรรม ชมรมศิลปกรรม ชมรมดนตรี ชมรมกีฬา ฯลฯ ตามความสนใจของผู้ป่วย และกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การอาสาพัฒนาบำเพ็ญประโยชน์

**S: Self-Help (การช่วยเหลือตนเอง)** เป็นการใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และบำบัดทางกาย จิต สังคม สามารถมีพลังจิตใจที่เข้มแข็ง โดยปรับทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก การสร้างสัมพันธภาพ จนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขและปลอดภัยเสถียร ซึ่งกิจกรรมในการพัฒนาผู้ป่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจตนเอง กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมทักษะการปฏิเสธ กิจกรรมทักษะการควบคุมตนเอง กิจกรรมทักษะการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองและผู้อื่น กิจกรรมทักษะในการแก้ปัญหา กิจกรรมทักษะในการแก้ปัญหา ฯลฯ

**T: T.C-Therapeutic Community (ชุมชนบำบัด)** เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคม โดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยให้ช่วยตนเอง (Help to Self-help) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Peer Pressure) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification) การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูนี้ได้ใช้กระบวนการเรียนรู้ในรูปแบบชุมชนบำบัด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มสัมมนา กลุ่มนันทนาการ กลุ่มออกกำลังกาย ฯลฯ กลุ่มงานบำบัด เช่น กลุ่มงานประชาสัมพันธ์ กลุ่มงานเกษตรกรรม กลุ่มงานช่างไม้ ฯลฯ และการใช้เครื่องมือของบ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟู

ระยะเวลาในการบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. Short Term Treatment ใช้ระยะเวลา 4-6 เดือน
2. Medium Term Treatment ใช้ระยะเวลา 6-8 เดือน
3. Long Term Treatment ใช้ระยะเวลา 8-12 เดือน

## เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยหรือสมาชิก

### Short Term Treatment

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการทางยาเสพติด
2. ครอบครัวให้ความร่วมมือ
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต

4. ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์
5. ศาลสั่งให้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู

#### Medium Term Treatment

1. ผู้ป่วยมีอาการทางยาเสพติด แต่ไม่จำเป็นต้องพึ่งยา
2. ครอบครัวให้ความร่วมมือ
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต
4. ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์
5. ไม่ผ่านเกณฑ์การบำบัดฟื้นฟูในระยะ Short Term Treatment Plan

#### Long Term Treatment

1. ผู้ป่วยมีอาการทางยาเสพติด จำเป็นต้องถอนพิษยา
2. ครอบครัวหรือผู้ป่วยยังไม่พร้อม
3. มีโรคแทรกซ้อนทางกาย ต้องได้รับการรักษาก่อน
4. แพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถเข้า Short Term หรือ Medium Term ได้
5. กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์บำบัดฟื้นฟูชั้น Medium Term

## เป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

นับแต่ช่วงทศวรรษ 1960 เป็นต้นมา รูปแบบและแนวคิดในการรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท มีการพัฒนาและมีความหลากหลายขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากความรู้ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้ผู้ให้การรักษาบำบัดเข้าใจธรรมชาติของโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดเรื่องโรคสมองติดยา (Addicted Brain Disease) ที่มองว่าการติดยาเสพติดเป็นภาวะที่สารเคมีในสมองและวงจร (Brain Circuit) ในส่วนของ Reward System (Ventral Tegmental Area และ Nucleus Accumbens) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลังจากผู้ติดยาใช้ยามาระยะเวลาหนึ่ง และการเปลี่ยนแปลงนี้ยังคงดำรงอยู่ แม้ว่าบุคคลนั้นจะหยุดเสพยามาเป็นเวลานานแล้วก็ตาม จากแนวคิดนี้ ร่วมกับแนวคิด Cognitive Behavior Model ที่อธิบายพฤติกรรมกลับไปติดซ้ำ (Relapse) ว่าเกิดจากพฤติกรรมการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (Classical Conditioning) ทำให้ผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับตัวกระตุ้น (คน สิ่งของ สถานที่ หรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดในอดีต) จะกระตุ้น Brain Circuit ในส่วนของ Reward System Reward System ทำให้คิดถึงความสุข (Pleasure) ในขณะเสพยา และนำไปสู่อาการ (Craving) และอาการขาดยา (Withdrawal Symptoms) ทำให้บุคคลนั้นต้องหวนกลับไปติดซ้ำ

จากความรู้ดังกล่าว ทำให้ปัจจุบันแนวคิดหลักในการมองการติดยาเสพติดว่าเป็นโรคหนึ่งเหมือนโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง นั่นคือ การติดยาเสพติดจะมีลักษณะเรื้อรังและมีโอกาสกำเริบได้ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้น แนวคิดเหล่านี้เป็นแนวคิดหลักที่นำโดยนักวิจัยและบุคลากรของ National Institute of Drug Abuse ดังนั้น การรักษาก็มีเป้าหมายที่

1. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากช่วงการติดยาเสพติด

- สร้างแรงจูงใจในการเลิกยา
- เปลี่ยนความสนใจและแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ให้แตกต่างจากการดำเนินชีวิต

แบบคนติดยาเสพติด

2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เน้นการรักษาสุขภาพ
- ให้การวินิจฉัยและรักษาปัญหาทางจิตเวช
- แก้ปัญหาครอบครัวและชีวิตสมรส
- จัดการปัญหาการงานและการเงิน
- มีที่พึ่งทางใจหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

3. ป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

- ช่วยให้เห็นถึงสาเหตุของการกลับไปติดซ้ำ
- ช่วยวางแผนในการป้องกันการติดซ้ำ และการปฏิบัติให้ได้จริง (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา

และคณะ, 2545:74-75)

## บทที่ 3

### นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กับการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

ในทางการแพทย์นั้นถือว่าผู้ติดยาและสารเสพติด ไม่ว่าจะเป็นเฮโรอีน กัญชา สารระเหย ยาบ้า ว่าเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต บกพร่องทางอารมณ์ บุคลิกภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดจึงต้องแก้ไข้ปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม เศรษฐกิจ และสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคม ชุมชน ได้อย่างปกติสุข ทำให้ในการปฏิบัติกรบำบัดรักษานั้นจำเป็นต้องดำเนินการเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาการสาขาอื่นๆ จึงจะสามารถดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นหนึ่งในวิชาชีพที่สำคัญและจำเป็นในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน แก้ไขปัญหา ตลอดจนฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันนำไปสู่การพัฒนาสังคม และชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกัน

### คุณสมบัติของนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

เนื่องจากผู้ติดยาและสารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า นั้น ถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอยู่ในตัวของผู้ป่วยเอง นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดยา นี้จึงจำเป็นต้องมีคุณสมบัติที่แตกต่างไปจากนักสังคมสงเคราะห์โดยทั่วไป คือ

1. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเป็นผู้มีความรู้และทฤษฎีในการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ได้แก่
  - 1.1. ความรู้เกี่ยวกับการสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
    - หลักการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
    - วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์การแพทย์
    - กระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์การแพทย์
  - 1.2. ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ทั้งทฤษฎีสังคมสงเคราะห์ เฉพาะราย และทฤษฎีสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน
    - 1.2.1. ทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย เช่น
      - ทฤษฎีระบบ (System Theory)
      - ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory)
      - ทฤษฎีการหน้าที่ (Function Theory)

- ทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Theory)
- ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน (Planned Change Theory)
- ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Theory)
- ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (Social Network Theory and Social Support Theory)
- ทฤษฎีการแทรกแซงในภาวะวิกฤติ (Crisis Intervention Theory)

#### 1.2.2. ทฤษฎีสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน

- ทฤษฎีพัฒนาการ (The Development Approach)
- ทฤษฎีการปะทะสังสรรค์ (Interaction Approach)
- ทฤษฎีการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ (Preventive and Rehabilitation Approach)

#### 1.3. ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด เช่น

- ความรู้เกี่ยวกับประเภทของยาเสพติด โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับยาบ้า
- โรคสมองติดยา
- ฤทธิ์ของยาเสพติด โดยเฉพาะฤทธิ์ของยาบ้า
- สาเหตุของการติดยาเสพติด
- เป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ติดยา
- วิธีวินิจฉัยการติดยาและสารเสพติด
- ธรรมชาติและพื้นฐานอุปนิสัย อารมณ์ ความประพฤติ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด
- ขั้นตอนและวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยา
- เส้นทางสู่การติดยา
- เส้นทางในการเลิกยา
- ปัจจัยที่ส่งผลให้กลับไปเสพซ้ำ
- เครือข่ายการให้บริการทางสังคมของผู้ติดยาเสพติด

#### 1.4. ความรู้ทางด้านวิชาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น

- เทคนิคการหยุดความคิด (Thought Stopping)
- กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Process of Change)
- การให้การปรึกษา (Counseling)

ฯลฯ

2. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ เพราะการมีทัศนคติที่ดีจะทำให้นักสังคมสงเคราะห์มีความพร้อม มีความตั้งใจ และมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ให้กับผู้ป่วยได้อย่างดีที่สุด



นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วย ในที่นี้หมายถึงผู้ติดยาเสพติด นั่นคือ ยอมรับความไม่ปกติของผู้ป่วยยาเสพติด

### 3. นักสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องมีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงาน เช่น

- มีความสามารถและชำนาญในการค้นคว้าหาข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ
- มีความสามารถและชำนาญในการวางแผนการบำบัดรักษาทางสังคมให้กับผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
- มีความสามารถและชำนาญในการติดตามประเมินผลผู้ป่วย
- มีความสามารถและชำนาญในการนำวิธีการทางสังคมสงเคราะห์และองค์ความรู้อื่น ๆ ที่จำเป็นและเกี่ยวข้องมาผสมผสานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี
- มีความสามารถในการที่จะปฏิบัติงานได้เมื่อเกิดภาวะการฉีกกฎหรือฉุกเฉินและปฏิบัติงานทางสังคมได้ทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- มีความสามารถในการชักจูง กระตุ้น โน้มน้าว ให้ผู้เสพยาเสพติดเห็นประโยชน์และความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาเมื่อติดยาเสพติด
- มีในการปรับปรุงงานด้านสังคมสงเคราะห์ให้สอดคล้องกับนโยบายของการบำบัดรักษา ยาผู้ติดยาและสารเสพติดของสถานพยาบาล
- มีความสามารถในการสร้างเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการให้บริการ สวัสดิการ แก่ผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดทั้งในองค์กร สังคม และชุมชน

4. นักสังคมสงเคราะห์ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับวิชาชีพอื่น เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดนั้นจำเป็นต้องปฏิบัติงานเป็นทีมสหวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีความสามารถและมีมนุษยสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีมกับแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาขาวิชาอื่นๆ ได้ รวมทั้งสามารถทำให้วิชาชีพอื่นๆยอมรับ เข้าใจ และให้ความร่วมมือกับนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์รวดเร็วและมีความคล่องตัวยิ่งขึ้น

### 5. คุณสมบัติอื่นๆ เช่น

- ต้องเป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล
- ต้องเป็นผู้ใฝ่หาความรู้วิชาการใหม่ๆมาเพื่อการบำบัดรักษาทางด้านสังคมให้กับผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดอยู่เสมอ
- ใฝ่ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี

## ลักษณะงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

ลักษณะงานที่นักสังคมสงเคราะห์ในสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดต้องปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้าแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะคือ

1. การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม
2. การบริการชุมชน
3. การจัดทรัพยากรทางสังคม
4. การวิจัยและพัฒนา

### 1. การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ค้นหาปัญหาทางสังคม จิตใจ ที่เป็นสาเหตุของการติดยาเสพติด รวมทั้งมีหน้าที่ให้การบำบัด แก้ไขปัญหาทางสังคม จิตใจ และฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีกิจกรรม ดังนี้

#### 1.1. การวินิจฉัยทางสังคม (Social Assessment and Diagnosis)

ขั้นตอนการปฏิบัติงานการวินิจฉัยทางสังคม คือ

1. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว โดยการใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ การอธิบายขั้นตอนการรักษาเพื่อความเข้าใจ ทำความเข้าใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษา
2. การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว โดยวิธีการสังเกต สอบถาม สัมภาษณ์ในทางวิชาชีพ เยี่ยมบ้านและสถานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แฟ้มประวัติ ระเบียบผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการสอบถามและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. การศึกษาประเมินและวิเคราะห์ปัญหาทางสังคม ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาทางสังคมที่เป็นสาเหตุและปัจจัยของการติดยาและสารเสพติด เปรียบเทียบจัดลำดับความสำคัญและความสัมพันธ์ ความรุนแรงของปัญหาตามลักษณะการดำเนินของโรคหรือการติดยาและสารเสพติด ตลอดจนโรคแทรกซ้อน
4. การวินิจฉัยปัญหา สรุปปัญหาทางสังคมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดยาและสารเสพติด พร้อมทั้งลงรหัส แบบบัญชีปัญหาทางสังคม
5. การกำหนดแนวทางการบำบัดทางสังคม

#### 1.2. การบำบัดทางสังคม (Social Treatment)

การบำบัดทางสังคมเป็นการปรับเปลี่ยนแนวพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและเบี่ยงเบนให้กลับคืนสู่สภาพปกติ พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความช่วยเหลือทางสังคม คือ จัดหาทรัพยากรทางสังคม (Social Resources) ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ ที่พัก เครื่องอุปโภคบริโภค และอื่นๆ เพื่อช่วยให้บริการด้านบำบัดรักษา การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และสังคม

การศึกษา อาชีพ ใ้บรรลู่เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือตนเองให้อยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข โดยวิธี

**การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)** เป็นการบำบัดและแก้ไขปัญหาทางสังคมจิตใจ เป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวในสังคมได้ โดยอาศัยเทคนิคของงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work)

**การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling)** เป็นการใช้วิธีการทางสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Group Work) ในการแก้ไขปัญหาทางสังคม พฤติกรรม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย ให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

1. การเตรียมการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ากลุ่มแต่ละประเภทให้เหมาะสม พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ และบรรยากาศที่สะดวกสบายและเป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งรบกวน
2. อธิบายวัตถุประสงค์และกติกากลุ่มให้ผู้ป่วย (สมาชิกกลุ่ม) ได้เข้าใจ
3. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (สมาชิก) ทุกคนในกลุ่ม
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วย (สมาชิก) ในกลุ่มได้พูดระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนแนวคิดและปัญหาของกันและกัน
5. กระตุ้นให้กลุ่มเกิดความคิดและอภิปรายปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา
6. ช่วยเสริมสร้างกำลังใจ การแก้ไขปัญหา และปรับตัว
7. ช่วยในการควบคุมกลุ่มให้ไปสู่ทิศทางที่ถูกต้อง
8. ประเมิน วิเคราะห์ และติดตามการดำเนินงานของกลุ่ม บันทึกรายงานพฤติกรรม ความคิดเห็น ตลอดจนปัญหา ข้อขัดแย้งของกลุ่ม โดยการใช้แบบสอบถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการของกลุ่มให้เป็นไปตามหลักการที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

**กลุ่มครอบครัว** เป็นการให้การบำบัดและแก้ไขปัญหาทางสังคม จิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท

- การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเป็นรายครอบครัว (Family Counseling) เป็นการบำบัดปัญหาทางด้านสัมพันธภาพและพฤติกรรมที่ขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัวและผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคทางสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายและสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทศนคติ และพฤติกรรม ให้เข้าหากันด้วยดี เข้าใจกัน ลดความทุกข์ ความตึงเครียดของบุคคลในครอบครัว

- กลุ่มให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Group Counseling) เป็นกลุ่มให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีปัญหาค้ำยคลึงกันหรือเหมือนกัน เช่น ครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวติดยาและสารเสพติดเหมือนกัน หรือครอบครัวที่มีบุคคลติดเชื่อเฮดส์เหมือนกัน ครอบครัวย่อมมีความทุกข์ ความกลัว ความเครียดไม่ต่างกัน นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องให้หลักการบำบัดสงเคราะห์อย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ

เพื่อให้แต่ละครอบครัวได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน สร้างกำลังใจให้แก่กัน เพื่อให้เกิดความสุขสงบในแต่ละครอบครัว

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว

1. การเตรียมการโดยวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และทำการคัดเลือกครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกัน หรือแยกประเภทครอบครัวที่มีปัญหาแตกต่างกัน เป็นต้น
2. เตรียมอุปกรณ์ สถานที่ บรรยากาศ เพื่อสร้างความอบอุ่น และเป็นกันเองให้มากที่สุด
3. ศึกษาประวัติความเป็นมาจากการรายงาน พร้อมทั้งศึกษาพิจารณาพฤติกรรมทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อความรู้ความเข้าใจพื้นฐานปัญหาของครอบครัวในการดำเนินการกลุ่มให้คำปรึกษา ครอบครัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป
4. อธิบายวัตถุประสงค์และกติกาของการทำกลุ่มครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อกัน พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนปัญหา และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นๆ ร่วมกัน เสริมสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติ
5. การประเมินและวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากการดำเนินกลุ่มจากรายงานจากพฤติกรรมของผู้ป่วยในกลุ่ม โดยใช้แบบประเมินผล เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมมาดำเนินการปรับปรุงในครั้งต่อไป

### 1.3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้สามารถปรับตัวและกลับคืนสู่สังคมได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. พัฒนาทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย
2. ส่งเสริมและจัดหาอาชีพให้ หลังการบำบัดรักษา
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วยและร่วมกันแก้ไขปัญหารวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนหรือติดยาซ้ำอีก
4. ให้ความช่วยเหลือทางสังคม

วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมรายบุคคล
2. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

ขั้นตอนการปฏิบัติงานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

1. การเตรียมการโดยการศึกษาปัญหา ข้อบกพร่อง พฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ตลอดจนจนทักษะความรู้ความสามารถของผู้ป่วย เพื่อทราบสมรรถภาพของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟู และนักสังคมสงเคราะห์สามารถ

เตรียมการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง พร้อมทั้งจัดหาทรัพยากรทางสังคมมาเป็นเครื่องมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

2. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เลือกลงดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ให้กำลังใจ กระตุ้น หนุนนำ ให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองให้มากที่สุด

3. การวิเคราะห์และประเมินผลทางสังคมด้วยการสังเกตการพัฒนาเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางสังคมของผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดำเนินการในครั้งต่อไป

## 2. การบริการชุมชน (Community Service)

วิบูลย์ กลิ่นสุคนธ์ (2541: 62-64) ได้กล่าวถึงการบริการชุมชน (Community Service) ไว้ดังนี้

การบริการชุมชน (Community Service) เป็นการศึกษาสำรวจข้อมูล ประสานและจัดระบบการดำเนินงานกับผู้นำและองค์กรในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน วางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการ รูปแบบ วิธีการ แนวทางการให้บริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ อนามัย ป้องกันปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อนามัย รวมทั้งการเตรียมชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมในการให้บริการแก่ประชาชนทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ของการบริการชุมชน คือ

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ อนามัยของชุมชน
2. เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของชุมชน และปัญหาการติดยา และสารเสพติดในชุมชน
3. เพื่อแก้ไขปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของชุมชน และปัญหาการแพร่ระบาดของ การติดยาและสารเสพติดในชุมชน
4. เพื่อช่วยให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Net Work)

กิจกรรมการบริการชุมชน คือ

1. เป็นการเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยแก่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยายให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนยาเสพติด การเลี้ยงลูกไม่ให้เกิดยาเสพติด การจัดนิทรรศการ เผยแพร่เอกสาร และสื่อสารต่าง ๆ
2. จัดการอบรม ประชุม สัมมนา โครงการสุขภาพอนามัยชุมชนต่างๆ โดยเฉพาะการป้องกันการแพร่ระบาดของปัญหาการติดยาและสารเสพติด
3. ให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน เช่น ประชาชนทั่วไป ครู-อาจารย์ นักเรียน นักศึกษา พระสงฆ์ ผู้สูงอายุ ผู้ใช้แรงงาน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการจัดอบรม สัมมนา บรรยาย อภิปรายแสดงความคิดเห็น ฯลฯ

4. เฝ้าระวังการเกิดปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยในชุมชนโดยการศึกษาอุบัติการณ์ (Incidence) ความชุก (Prevalence) ของปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาการติดยาและสารเสพติดในสังคม

5. ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพอนามัย ปัญหาความเดือดร้อนทางด้านจิตใจ ปัญหาการติดยาและสารเสพติด ทั้งของผู้ป่วยเองและบุคคลในครอบครัว ทางโทรศัพท์ จดหมาย เป็นต้น

6. ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Home Health Care) โดยใช้กระบวนการสังคมสงเคราะห์ชุมชน เพื่อสนับสนุนให้เครือข่ายทางสังคมยอมรับผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ หรือการต้องหันกลับไปเสพติดซ้ำอีก เป็นต้น โดยมีวิธีการ คือ

- การเยี่ยมบ้าน
- ให้การปรึกษาปัญหาแก่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน
- ประสานทรัพยากรในชุมชน
- ติดตามผลการบำบัดรักษาและการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางสังคม

7. ให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน เช่น โรงเรียน สถาบันการศึกษา โรงงาน สถานสงเคราะห์ สถานบำบัดพิเศษผู้ต้องขังยาเสพติด วัด ฯลฯ เป็นต้น

8. ให้บริการสุขภาพอนามัยในชุมชนในภาวะวิกฤติ เช่น การร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อปฏิบัติการช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้ประสบภัยต่างๆในชุมชน เป็นต้น

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริการชุมชน

1. การเตรียมการสำรวจข้อมูลชุมชน ศึกษาสภาพปัญหาทางชุมชน เช่น ปัญหาการแพร่ระบาดของโรค หรือปัญหาการแพร่ระบาดของยาและสารเสพติด และการศึกษาความจำเป็นจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และจากการสังเกต เป็นต้น

2. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ การนำผลการสำรวจข้อมูลมาวิเคราะห์และกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วนของปัญหา และตามนโยบายของหน่วยงาน

3. การกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ ระยะเวลา งบประมาณ การประเมินผลที่คาดว่าจะได้รับ

4. ประสานทรัพยากรในชุมชน (เช่น การติดต่อองค์กรต่างๆในชุมชน ผู้นำชุมชน) ประชุม สัมมนาอบรม บรรยาย ให้กับผู้นำกลุ่มชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งการให้การปรึกษา ให้บริการตามวิธีการสังคมสงเคราะห์ ส่งต่อในกรณีจำเป็นเพื่อความเหมาะสม

5. การประเมินและติดตามการให้บริการชุมชน โดยการสอบถาม สัมภาษณ์ ประชุม สังเกตการณ์ ความเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากสถิติ การรายงาน หรือข้อมูลจากเอกสารสิ่งพิมพ์

### 3. การจัดการทรัพยากรทางสังคม (Social Resources Management)

เป็นการจัดการทรัพยากรทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสภาพของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์การจัดการทรัพยากรทางสังคม

1. เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน
2. เพื่อจัดการทรัพยากรทางสังคมในการตอบสนองความต้องการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมดำเนินการจัดการทรัพยากรทางสังคม คือ

1. การประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อการจัดการหา
  - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น
  - การจัดหางานและหน่วยงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและทักษะของผู้ป่วย
  - จัดหาที่พักอาศัยทั้งถาวรและชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ถูกทอดทิ้ง และไร้ญาติขาดที่พึ่ง
  - จัดหาค่าใช้จ่ายเพื่อการครองชีพชั่วคราว เช่น ทุนประกอบอาชีพ ค่าอุปโภค บริโภค ที่จำเป็น ค่าพาหนะกลับภูมิลำเนา ฯลฯ
2. เป็นสื่อกลางติดต่อประสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วย อันเป็นการลดภาระของโรงพยาบาล
3. จัดและสนับสนุนการจัดตั้งทรัพยากรทางสังคมในการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์หรือสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม เช่น การร่วมเป็นกรรมการมูลนิธิ กรรมการต่างๆของชุมชน หรือกรรมการในโครงการบัตรประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

### 4. การวิจัยและพัฒนา (Research Development)

เป็นการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด ตลอดจนการถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

วัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

1. เพื่อศึกษาค้นคว้า ผลิต คิดค้น วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการให้บริการและปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

2. เพื่อถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการพัฒนาสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น
3. เพื่อกำหนดเป็นนโยบายและการวางแผนให้การบริการ รวมทั้งการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

#### กิจกรรมการวิจัยและพัฒนา

1. การทำวิจัย เพื่อผลิตเนื้อหาทางวิชาการ
2. ผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคม เช่น คู่มือหรือเกณฑ์การวินิจฉัยทางสังคม คู่มือ Home Health Care แบบฟอร์มต่างๆ การจัดระบบข้อมูลและสถิติสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ฯลฯ
3. จัดทำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
4. จัดหรือร่วมประชุมสัมมนาทางวิชาการ
5. สอน นิเทศ เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
6. รวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

#### กระบวนการวิจัยมี 5 ขั้นตอน คือ

1. การจัดทำโครงการ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การจัดทำโครงการวิจัย และขออนุมัติโครงการ
2. การสร้างเครื่องมือ แบบสอบถาม ทดสอบ และปรับปรุงแก้ไข
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ตรงกับข้อมูลภาคสนามและอื่น ๆ
4. วิเคราะห์ข้อมูล
5. การเขียนรายงาน การเผยแพร่ผลงาน ขยายผลงาน และนำผลที่ได้จากการวิจัยมาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

#### กระบวนการผลิตเนื้อหาทางวิชาการ มี 5 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมการ คือ การศึกษา สัมรวจความต้องการ ความจำเป็น ศึกษาผลงานเอกสารสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง
2. รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการที่ต้องการ จัดทำร่างต้นฉบับ พิจารณาความสมบูรณ์ถูกต้องของเนื้อหาทางวิชาการ
3. ตรวจสอบและพิจารณาต้นฉบับ ศึกษารวบรวมเนื้อหาเพิ่มเติม เรียบเรียงร่างต้นฉบับใหม่
4. จัดพิมพ์ฉบับสมบูรณ์ ดำเนินการจัดพิมพ์
5. ขยายผลการดำเนินงาน คือ การเผยแพร่แก่บุคคล รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### กระบวนการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมทางด้านวิชาการ มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมการ ประกอบด้วย การศึกษาปัญหาความต้องการ โดยเฉพาะหลักสูตรอบรมผู้ที่ จะปฏิบัติงานกับผู้ติดยาและสารเสพติด จำเป็นต้องจัดเนื้อหาให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ความรู้ทั้งด้านยาเสพติด



ปัญหาของผู้เสพติด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ขั้นตอนการรักษา ฯลฯ จัดทีมงานในสาขาวิชาการต่างๆ ประชุมปรึกษา กำหนดกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย กำหนดวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้นำวิชาการต่างๆไปใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การดำเนินการ ประกอบด้วย การกำหนดหัวข้อวิชาการที่จะจัดการฝึกอบรม วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหาวิชาการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีสอน อุปกรณ์ ระยะเวลา จัดทำแผนการสอนและฝึกอบรม โดยเฉพาะการอบรมด้านทักษะของผู้ที่จะนำความรู้ทางวิชาการไปปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด นอกจากเนื้อหาวิชาการแล้ว จำเป็นต้องมีการศึกษาดูงาน ฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อให้เห็นของจริง ความเป็นจริงของขั้นตอนการบำบัดรักษา เพราะผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดนั้นต่างกับผู้ป่วยโรคทั่วไป

3. การประเมินผล โดยการจัดทำแบบสอบถาม มีการประชุมหารือคณะทำงาน ประเมินผลจากแบบสอบถาม การสังเกต สรุปรายงานผลการดำเนินงาน นำมาปรับปรุงแก้ไข ในการดำเนินการในครั้งต่อไป

กระบวนการจัดประชุม สัมมนา ฝึกอบรม มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมการจัดทำโครงการ คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย วิธีการ หลักสูตร ระยะเวลา สถานที่ งบประมาณ ขออนุมัติโครงการ ประสานงานติดต่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุมสัมมนา จัดเตรียมเอกสารสิ่งพิมพ์ วัสดุอุปกรณ์ วัสดุทัศนูปกรณ์ และสถานที่เหมาะสม

2. การดำเนินงาน ดำเนินการตามหลักสูตรที่ได้กำหนดไว้

3. การประเมินผล โดยการประชุมคณะทำงาน คณะกรรมการทางวิชาการ การจัดทำแบบสอบถาม เพื่อการประเมินผล การสังเกต สรุปรายงานผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพต่อไป

กระบวนการนิเทศงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ หรืองานสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมการ โดยการศึกษาข้อมูล ประมวลองค์ความรู้ กำหนดเนื้อหาและวิชาการที่จะนำไปใช้ในการนิเทศงาน จัดเตรียมเอกสารวิชาการสิ่งพิมพ์ต่างๆในการนิเทศงาน ประชุมปรึกษา คณะนิเทศงาน

2. การดำเนินงานนิเทศงานตามสาขาวิชาการ อภิปรายซักถาม แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ ตลอดจนการให้คำปรึกษา เพื่อการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การประเมินผลและติดตามผลโดยการสังเกตการณ์ แบบสอบถาม สรุปรายงานนิเทศแล้วรายงานการปฏิบัติงาน

## บทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าประกอบด้วยกระบวนการบำบัดรักษา 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นการบำบัด และ 3) ขั้นติดตามผลหลังการรักษา ซึ่งในการปฏิบัติการให้บริการบำบัดรักษานั้นต้องมีการดำเนินการเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือดูแล แก้ไขปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ แก้ไข ปรับตัวกับปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยนักสังคมสงเคราะห์จะต้องนำวิชาการ หลักการ กระบวนการ เทคนิค ทฤษฎี และวิธีการทางสังคมสงเคราะห์มาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนการบำบัดรักษา ดังที่คณะทำงานเฉพาะกิจการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานสายวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ได้กำหนดไว้ในเอกสารเรื่องรายละเอียดเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานสายวิชาชีพ (2535: 88-92) ดังต่อไปนี้

### 1. บทบาทในขั้นเตรียมการก่อนการรักษา

ในขั้นเตรียมการก่อนการรักษา นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์ ชักประวัติผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวินิจฉัยและสั่งการรักษาของแพทย์ และเพื่อวางแผนการรักษาและวินิจฉัยปัญหาทางด้านสังคม
2. เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมทั้งด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา
3. แนะนำ จูงใจ ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษา และยอมรับการรักษาด้วยความตั้งใจจริง รวมทั้งอยู่รับการรักษาคจนครบกำหนด
4. ให้คำปรึกษาชี้แนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงขั้นตอนของการรักษา กรรมวิธีต่างๆของการรักษา ระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษา รวมทั้งเข้าใจถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่ออยู่รักษาคจนครบกำหนด ตลอดจนแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับฟังมา
5. ส่งเสริม ให้กำลังใจ แนะนำให้ผู้ป่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆทั้งทางร่างกายและจิตใจ ระหว่างการรักษาคจนครบกำหนด เพื่อเตรียมใจผู้ป่วยให้พร้อมที่จะเผชิญกับความไม่สะดวกจากอาการถอนพิษยาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้
6. ให้ความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจและการยอมรับของครอบครัว ผู้ปกครอง นายจ้าง หรือครูอาจารย์ของผู้ป่วย เพื่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล
7. ประสานงานกับทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2. บทบาทในขั้นการบำบัด

ในขั้นการบำบัดนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้น คือ ขั้นการถอนพิษยา แม้ว่าในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าจะมีอาการถอนพิษยาน้อย และใช้เวลารักษาอาการขาดยาสั้น อาจเพียง 4-5 วันเท่านั้น และอีกขั้นหนึ่ง คือ ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ

## 2.1. ชั้นถอนพิษยาเสพติด

1. ในขั้นนี้นักสังคมสงเคราะห์ต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำในปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและความอดทนที่จะต้องต่อสู้กับอาการต่างๆที่อยู่ระหว่างการถอนพิษยา

2. ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานและส่งต่อข้อมูลทางสังคมกับแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ในหน่วยงานระหว่างการรักษา หากเกิดกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆซึ่งแพทย์เห็นสมควรจะส่งไปรับการรักษา ณ สถานพยาบาลเฉพาะโรคอื่นๆ และผู้ป่วยรายนั้นจำเป็นต้องได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ นักสังคมสงเคราะห์ต้องประสานงานส่งต่อข้อมูลทางสังคม ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อไปรับการรักษาช่วยเหลือจากหน่วยงานต่อไปด้วย

3. ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆระหว่างถอนพิษยา ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัดรักษาของสถานพยาบาล เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาจนครบทุกขั้นตอน พร้อมทั้งเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม และมีความรู้ความเข้าใจที่จะเข้ารับการรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

4. ติดต่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวของผู้ป่วย และประสานงานกับสถานที่ทำงาน โรงเรียน สำนักงานคุมประพฤติ ศาล ฯลฯ เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจและการยอมรับของสังคมภายนอกและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย

5. จัดบริการต่างๆที่จำเป็นขณะผู้ป่วยอยู่ระหว่างถอนพิษยา เช่น จดหมายติดต่อญาติ โทรศัพท์ โทรเลขติดต่อญาติหรือที่ทำงาน กิจกรรมส่งเสริมความรู้ เช่น ห้องสมุด การจัดนิทรรศการต่างๆ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย เช่น กีฬาในร่ม กลางแจ้ง การออกกำลังกายทุกเช้า กิจกรรมเพื่อความผ่อนคลาย และสร้างสรรค์ เช่น ดนตรีบำบัด กิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การฟังเทศน์ การฝึกสมาธิ และวิปัสสนา เป็นต้น

## 2.2. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นที่สุดในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการติดยาเสพติด และกลับสู่สังคมได้อย่างปกติชน และในขั้นตอนนี้ นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ คือ

1. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work) ร่วมกับการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวเองและปัญหาที่ตัวเองมีอยู่ พร้อมทั้งยอมรับปัญหานั้นๆ โดยพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยวิธีที่ถูกต้อง โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้กำลังใจ ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าผู้ป่วยสามารถจะเป็นคนดีได้ เป็นอิสระจากยาเสพติด อยู่ในครอบครัวและในสังคมอย่างคนทั่วไปได้โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด

2. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม โดยใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Group Work) กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาและพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน รวมทั้งพื้นฐานความรู้และอายุใกล้เคียงกัน ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มจิตบำบัด โดยนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้นำกลุ่ม ช่วยให้การแนะนำเพื่อให้เข้าใจปัญหาของแต่ละคนให้ถ่องแท้ และยอมรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นด้วย

3. ให้การอบรมความประพฤติ เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนผู้ป่วยด้านมารยาท ศีลธรรม จรรยา ความ เป็นอยู่ในสังคม ตลอดจนสอดแทรกความรู้ด้านการรักษาสุขภาพอนามัย ตลอดจนโทษพิษภัยของยาบ้าและ ยาเสพติดอื่นๆด้วย

4. เปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาการปฏิบัติตนในภารกิจประจำวัน เนื่องจากผู้ติดยาบ้าหรือ ยาเสพติดอื่นๆ ส่วนมากเมื่อถูกพิษยาเสพติดครอบงำมักมีความประพฤติต่างๆที่บกพร่อง ทั้งในเรื่องส่วนตัว สังคม และสิ่งแวดล้อม ความไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพความเป็นอยู่ และเพราะความเมินเมายา ทำให้การทำ ภารกิจที่ควรกระทำผิดพลาดไปหมด ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีบทบาทในการช่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ลักษณะนิสัยของผู้ป่วยให้เป็นคนดีที่สังคมยอมรับ โดยการสร้างระเบียบวินัยขึ้นทีละน้อย ด้วยการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สม่่าเสมอ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้สร้างบุคลิกภาพของตนเองใหม่ และสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างปกติด้วย

5. ให้การฝึกอาชีพและการงานให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับสู่สังคมอย่างปกติสุข โดยการ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อส่งผู้ป่วยไปขอรับความช่วยเหลือตามควรแก่กรณีที่ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถและความถนัด

6. ให้ความช่วยเหลือแก้ไขครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหา ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวผู้ป่วย และปัญหาอื่นๆ ตลอดจนการจัดกลุ่มครอบครัวหรือประชุมญาติ ผู้ป่วย เพื่อปรึกษากันถึงแนวทางในการปฏิบัติกับผู้ป่วยขณะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อผู้ป่วยกลับไป อยู่กับครอบครัวและสังคมภายนอก และสิ่งแวดล้อมภายนอก

7. ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็น ระยะเวลา เพื่อผลทางความก้าวหน้าและพัฒนาผู้ป่วย

### 3. บทบาทในขั้นติดตามดูแลหลังการรักษา

การติดตามดูแลหลังการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อติดตามดูแล ผู้ที่เคยรับการบำบัดรักษาให้ได้รับความช่วยเหลือต่อเนื่อง และเพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ในระยะที่กำหนด ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ การใช้ยาและสารเสพติด พฤติกรรมอื่นๆ ตลอดจนเพื่อเป็นการป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วกลับไปติดยาเสพติดซ้ำอีก โดยนักสังคม- สงเคราะห์จะติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีการดังนี้ คือ

1. นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานรักษาเป็นระยะตามกำหนด เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีที่ยึดเหนี่ยว จิตใจที่จะเลิกยาเสพติด

2. การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่ต้องการที่สุดเกี่ยวกับผู้ป่วยจากญาติ บุคคลในครอบครัว ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ได้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และการปรับตัวเมื่ออยู่ในครอบครัวและสังคม นักสังคมสงเคราะห์สามารถช่วยส่งเสริมให้กำลังใจและแนะนำการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

3. การใช้จดหมายหรือแบบสอบถาม เมื่อที่อยู่ของผู้ป่วยอยู่ไกลจากสถานี่รักษา หรืออยู่ต่างจังหวัด หรือเยี่ยมครั้งแรกแล้วไม่พบผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย เป็นต้น

4. การใช้โทรศัพท์ติดต่อทั้งที่บ้านหรือที่ทำงาน

5. การนัดผู้ป่วยตามจุดนัดพบต่างๆ

6. การจัดกลุ่มผู้เลิกยาเสพติดระยะติดตามผลหลังการรักษา เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในสังคม ชุมชน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ไปพบ เป็นต้น

## บทที่ 4

### ทฤษฎีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กับการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานทางด้านการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดประเภทยาบ้า นอกจากจะต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องเกี่ยวกับหลักการ วิธีการ กระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแล้ว ยังจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์ที่สำคัญๆ ทั้งทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย และสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน ตลอดจนยังต้องมีความสามารถและความชำนาญในการนำทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์และองค์ความรู้อื่นๆ ที่จำเป็นและเกี่ยวข้องมาผสมผสานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีพื้นฐานในการปฏิบัติงาน ดังนี้คือ

#### ทฤษฎีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย

ทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า ได้แก่

##### 1. ทฤษฎีระบบ (System Theory)

ทฤษฎีนี้มุ่งวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยว่ามีสาเหตุปัญหาหรือความเป็นมาของเหตุการณ์ในวงชีวิตอย่างไร โดยผู้ที่ร่วมในการวิเคราะห์และร่วมกระบวนการช่วยเหลือ คือ ระบบผู้ให้บริการ และระบบอื่นๆอีก ทฤษฎีระบบในงานสังคมสงเคราะห์แบ่งออกเป็น 5 ระบบด้วยกัน คือ

1. ระบบผู้รับบริการ (Client System) ได้แก่ ผู้ป่วย ระบบนี้นักสังคมสงเคราะห์ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการซึ่งอาจจะเป็นบุคคล กลุ่ม หรือชุมชนก็ได้ ในฐานะที่มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มนุษย์มีความต้องการขั้นพื้นฐาน และความต้องการนั้นจะต้องได้รับการตอบสนอง มนุษย์มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงสภาพโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม ถิ่นที่อยู่อาศัย และระบบนิเวศโดยรวม เพื่อให้เข้าใจระบบผู้รับบริการยิ่งขึ้น

2. ระบบผู้ให้บริการ (Change Agent System) ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้ทำงานกับระบบต่างๆ ให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ระบบผู้รับบริการได้หลุดพ้นหรือบรรเทาปัญหา เพราะฉะนั้นนักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการภายใต้การสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์จะปฏิบัติงานได้ดีหรือไม่ จะต้องมีองค์ความรู้ มีทัศนคติที่ดี

มีทักษะในการปฏิบัติงาน และประกอบด้วยการมีจรรยาบรรณ และการพัฒนาศักยภาพความสามารถ อยู่เสมอ

3. ระบบแห่งปัญหา (Target System) ได้แก่ระบบที่ทำให้ระบบผู้รับบริการมีอุปสรรคในการดำเนินชีวิต หรือทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ สาเหตุของการเกิดระบบแห่งปัญหานั้นมีหลายประการ โดยอาจจะพิจารณาได้จากโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยมของบุคคล การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสังคม พฤติกรรม บุคลิกภาพ การเลี้ยงดู จากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศ เทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะต้องสามารถวิเคราะห์และแยกแยะปัญหาของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม เมื่อจัดระบบแห่งปัญหาออกไปแล้ว ระบบผู้รับบริการก็จะสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

4. ระบบดำเนินการ (Action System) ได้แก่กระบวนการที่นักสังคมสงเคราะห์ใช้ในการปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ กระบวนการปฏิบัติงานซึ่งเริ่มตั้งแต่การหาข้อเท็จจริง การประเมินปัญหา การวางแผนงาน การดำเนินการ และการติดตามและการประเมินผลผู้รับบริการ การดำเนินการได้ดีนั้นก็ต้องรวมถึงตั้งแต่ระบบผู้รับบริการ ระบบผู้ให้บริการ และระบบแห่งปัญหา กระบวนการปฏิบัติงานนั้นใช้ได้กับวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทั้งในวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย กลุ่มชน ชุมชน การปฏิบัติงานวิจัย การบริหารงานสวัสดิการสังคม ระบบดำเนินการถ้าปฏิบัติได้ดี ก็จะทำให้ระบบแห่งปัญหาของผู้รับบริการหมดไป

5. ระบบสภาวะแวดล้อม (Supra System) ได้แก่ โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ที่มีความสัมพันธ์กับระบบนิเวศ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และสามารถทำให้เกิดปัญหาแก่ระบบผู้รับบริการ และก็สามารถนำไปเป็นทรัพยากรในการแก้ปัญหาได้เช่นกัน สิ่งที่สำคัญ ก็คือ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องสามารถวิเคราะห์ปัญหาของคนกับสภาวะแวดล้อมได้

## 2. ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory)

ทฤษฎีจิตสังคมเน้นเป็นพิเศษกับการศึกษาทางประวัติจิตสังคม (Psychosocial Study) ของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ โดยสัมภาษณ์เจาะลึกลงไปประวัติหรืออดีต และการประเมินชีวิตอย่างละเอียดทุกแง่มุม ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะต้องใช้ความรู้ทางด้านจิตวิทยา จิตวิเคราะห์ และจิตบำบัดในการประเมินปัญหา โดยสามารถนำความรู้ทางด้านจิตสังคมมาใช้ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ซึ่งเรียกว่าเป็นจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Therapy) ซึ่งถึงแม้ว่านักสังคมสงเคราะห์จะไม่ใช่จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาคลินิก แต่การทำบำบัด (Therapy) นั้น ก็เป็นวิธีการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์เช่นกัน เพราะเมื่อนักสังคมสงเคราะห์พบกับผู้ป่วยครั้งแรก ในขณะนั้นเขามีปัญหา ไม่ว่าจะปัญหานั้นจะเป็นปัญหาใดก็ตาม สิ่งที่มีมาพร้อมกับปัญหาก็คือความคับข้องทางอารมณ์ จิตใจ ความกระวนกระวาย ความซึมเศร้า ความเสียใจ ความโกรธ ความหวาดระแวง ก่อนที่จะแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์จะต้องแก้ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจให้เขามีสภาพจิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะแก้ปัญหา ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ใช้วิธีการจิตบำบัดเข้าช่วยเหลือ

การใช้เทคนิคจิตบำบัดจะช่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งได้ เทคนิคที่ใช้โดยทั่วไป ได้แก่

1. การให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) คือ การปลอบประโลมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ความหวาดกลัวและความวิตกกังวลลดน้อยลงไป ให้ความเชื่อมั่นอย่างจริงใจว่าสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้
2. การสนับสนุน (Encouragement) มีลักษณะคล้ายกับการให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักอดทน ไม่ควรหมดหวังหรือทอดอาลัยในชีวิต การสนับสนุนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกมั่นใจ และขณะเดียวกันก็มีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหามาต่าง ๆ ต่อไป
3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีอำนาจกับความพึ่งพิง (Authority-dependent Relationship) สัมพันธภาพแบบนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นในระยะแรก เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความคิดว่าเขามีที่พึ่ง แต่เมื่อเวลาผ่านไปจะต้องทำให้เขามีความคิดที่จะพึ่งตนเอง
4. การแนะนำหรือการแนะนำ (Guidance and Advice) คือการชี้แนะเกี่ยวกับการกระทำต่างๆ และการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เขาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวต่อความจริงดีขึ้น และแนะนำให้เขาเรียนรู้ที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง
5. การดัดแปลงสิ่งแวดล้อม (Environmental Manipulation) หมายถึงการแก้ปัญหาทางอารมณ์ โดยการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น การติดต่อกับญาติ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ทางบ้านที่ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันต่อผู้ป่วย
6. การชี้ให้เห็นปัญหา (Confrontation) หมายถึง การให้ผู้ป่วยมีความสนใจต่อพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด เพื่อทำให้เขายอมรับสิ่งที่เขาพยายามหลีกเลี่ยง หรือทำให้เป็นเรื่องเล็ก
7. การทำให้แจ่มแจ้ง (Clarification) คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ และความคิดดีขึ้น และช่วยให้เขามองเห็นภาพของความจริงภายนอกดีกว่าแต่ก่อน การทำให้แจ่มแจ้งต่างจากการชี้ให้เห็นปัญหา เพราะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเรื่องที่เขา รู้สึกว่ายากที่จะใช้คำพูดได้
8. การแนะนำและการชมเชย (Advice and Praise) การแนะนำคือการจูงใจอย่างตรงไปตรงมา การชมเชยเป็นการเสริมแรงให้กับพฤติกรรมที่แสดงออกมาว่ายอมรับได้
9. การยืนยัน (Affirmation) เป็นการแทรกแซงที่ง่าย โดยการใช้คำพูด หรืออาจรวมทั้งท่าทาง เพื่อสนับสนุนความคิด การพูด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย

### 3. ทฤษฎีการดำเนินงานตามหน้าที่ที่เหมาะสม (The Function Approach)

Ruth Smalley คือผู้มีอิทธิพลต่อทฤษฎีนี้ เธอมีความเชื่อว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและนักสังคมสงเคราะห์นับเป็นตัวละครสำคัญที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีเกิดขึ้น และการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ นั้น ต้องขึ้นอยู่กับความรู้จักบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของทั้งสองฝ่าย คือ

1. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนว่าตนคือใคร กำลังทำอะไร
2. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่หน่วยงานของตนว่าสามารถให้ความช่วยเหลือเรื่องอะไรได้บ้าง ตามที่นโยบายกำหนดไว้
3. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไร ต้องให้ความร่วมมืออย่างไร



4. ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองว่าเป็นใคร และขอรับความช่วยเหลือเรื่องอะไร ต้องให้ความร่วมมืออย่างไรกับนักสังคมสงเคราะห์ จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้

5. ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ตนไปขอรับบริการว่าสามารถจะช่วยเหลือในเรื่องอะไรได้บ้าง

6. ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ว่าเป็นใคร สามารถช่วยเหลือในเรื่องอะไรได้บ้าง

การที่จะเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายได้นั้น นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเป็นผู้ตกลงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยก่อนที่จะดำเนินการให้ความช่วยเหลือ และเน้นย้ำว่านักสังคมสงเคราะห์เป็นเพียงผู้ชี้แนะแนวทาง ผู้คอยสนับสนุน และอำนวยความสะดวก โดยใช้สัมพันธภาพเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมผู้ป่วยให้แสดงศักยภาพแห่งความเจริญงอกงามที่แฝงเร้นออกมา

#### 4. ทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Theory)

สาระสำคัญของทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่มนุษย์ไม่สามารถแก้ไขหรือเผชิญปัญหาได้มาจากการขาดแรงจูงใจ (Motivation) ขาดความสามารถและโอกาส (Capacity and Opportunity) องค์ประกอบของงานสังคมสงเคราะห์ที่สำคัญในทฤษฎีนี้ คือ

1. บุคคล (Person) คือ ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา เพศ วัยใด ปัญหาอาจจะเกิดจากตัวเขาเองหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก และจุดที่สำคัญ ก็คือ เขาไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์

2. ปัญหา (Problem) หมายถึง สิ่งต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ สาเหตุของปัญหาอาจเกิดจากหลายสิ่งหลายอย่าง แต่สิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว และทำให้ผู้ป่วยกับสิ่งนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตไปได้ด้วยความปกติสุข

3. สถานที่ (Place) หรือองค์กร (Agency) คือ หน่วยงานที่ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ ในเรื่องสถานที่นั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ หน่วยงานที่ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์เป็นงานหลัก และหน่วยงานที่ให้บริการสังคมสงเคราะห์เป็นงานรอง

4. กระบวนการ (Process) นักสังคมสงเคราะห์ต้องใช้หลักการ วิธีการ และกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยอาจนำวิธีการหลายๆวิธีการมาปรับใช้ ซึ่งเรียกว่าเป็นวิธีการแบบผสมผสาน และกระบวนการให้ความช่วยเหลือต้องมีความต่อเนื่องกัน

การนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย สนับสนุนความสามารถและความเชื่อมั่นของเขาเหล่านั้น และนักสังคมสงเคราะห์ต้องให้โอกาสในการร่วมแก้ปัญหาของเขา โดยโอกาสในที่นี้ยังหมายถึงการให้การสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ หรือบริการอื่นๆที่ผู้ป่วยยังขาดแคลนอยู่ก็ได้ การเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นก็ใช้องค์ความรู้ทางจิตวิเคราะห์ เทคนิคการทำจิตบำบัด รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแบบองค์รวม (Holistic) คือ ผู้รับบริการ

สิ่งแวดล้อม ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้กระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ คือ การรับฟัง การรับรู้ปัญหา หรือข้อเท็จจริงของปัญหาจากผู้รับบริการ การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการดำเนินการ การปฏิบัติ การประเมินและการติดตามผล

## 5. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน (Planned Change Theory)

เป็นทฤษฎีที่เน้นกระบวนการปรับปรุงในทุกระดับ คือ บุคคล กลุ่ม องค์กร และชุมชน ให้ดีขึ้นจากเดิม อันได้แก่ การพัฒนาความคิดที่จะเปลี่ยนแปลง การสร้างความสัมพันธ์ที่จะเป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์ปัญหา การตรวจสอบทางเลือก การสร้างความมั่นคงให้แก่กระบวนการเปลี่ยนแปลง และการยุติกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ทฤษฎีนี้มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน คือ

1. นักสังคมสงเคราะห์ต้องชี้ให้ผู้ป่วยมองเห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง ชี้ให้เห็นถึงปัญหา มีความคิด มีกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหา เข้าใจสาเหตุของปัญหา และยอมรับความคิดที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาและเทคนิคอื่นๆ
2. นักสังคมสงเคราะห์ต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เน้นความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ก่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าตนเองต้องการอะไร หากมีการเปลี่ยนแปลงแล้วจะดีขึ้นอย่างไร โดยใช้องค์ความรู้ด้านมนุษยสัมพันธ์ การสื่อสาร
3. นักสังคมสงเคราะห์ต้องวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วนทุกแง่ทุกมุม
4. นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ตรวจสอบทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยให้เขาเกิดความคิดในเรื่อง Self-determination โดยเขาจะเลือกและตกลงใจที่จะแก้ไขปัญหาด้วยทางเลือกของตนเอง
5. นักสังคมสงเคราะห์ต้องเน้นกิจกรรมภายหลังจากที่ได้เสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยแล้ว แต่ก็ยังคอยช่วยเหลือเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ
6. นักสังคมสงเคราะห์จะต้องทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นคงอยู่นานๆ หรือตลอดไป ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้ตลอดไป
7. นักสังคมสงเคราะห์ต้องยุติกระบวนการปฏิบัติงานเมื่อได้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายแล้ว ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

## 6. ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Theory)

ทฤษฎีนี้มีสาระสำคัญ คือ พิจารณาพฤติกรรมตอบสนองที่สังเกตเห็นได้ จำแนกพฤติกรรมที่สร้างเงื่อนไข และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะที่มีความชัดเจน โดยกระบวนการกำหนดผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การปรับพฤติกรรม กำหนดเงื่อนไขการปรับพฤติกรรม วิเคราะห์ประเมินพฤติกรรม และปรับพฤติกรรม โดย

ใช้เทคนิคต่างๆ นักสังคมสงเคราะห์สามารถปฏิบัติงานพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) โดยนำมาใช้กับทฤษฎีการปรับพฤติกรรมได้เช่นกัน โดยวิธีจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะมีขั้นตอนดังนี้

1. วิธีปรับสภาวะที่ตรงกันข้าม (Counter Conditioning Methods) วิธีนี้อาศัยหลักความจริงที่ว่า การตอบสนองที่ขัดแย้งกันไม่สามารถเกิดร่วมกันในเวลาเดียวกันได้ เช่น ถ้าสิ่งเร้าใจอย่างหนึ่งเคยก่อให้เกิดความวิตกกังวล นักสังคมสงเคราะห์อาจทำให้ผู้ป่วยสร้างความสัมพันธ์ที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับความกังวล คือ ความพึงพอใจ วิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดความรู้สึกที่คอยยับยั้งพฤติกรรมที่น่าพึงปรารถนา ซึ่งเรียกว่าเทคนิคการลดความไวในการรับความรู้สึก (Desensitization) และจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น การติดยาเสพติด ซึ่งเรียกว่าเทคนิคการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยง (Aversive Learning)

- เทคนิคการลดความไวในการรับความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) คือ การสร้างสภาวะที่ตรงกันข้ามกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวล

- เทคนิคการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยง (Aversive Learning) เป็นวิธีสร้างสภาวะที่ตรงกันข้ามโดยการเปลี่ยนการตอบสนองที่น่าพึงพอใจ สิ่ง que ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ก็ต้องเสนอการเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ และทำให้เขาเห็นคุณค่าของพฤติกรรมใหม่ที่ดีกว่าเก่า ทำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเก่าที่เคยปฏิบัติมา

2. วิธีการดับสูญ (Extinction Method) หลักการของวิธีนี้ คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยตรง ไม่ต้องใช้การตอบสนองที่ตรงกันข้ามหรือเข้ากันไม่ได้ อย่างไรก็ตาม จะมีเทคนิคอยู่ 2 ประการ คือ

- เทคนิคการรักษาแบบระเบิดภายใน (Implosive Therapy) เทคนิคนี้ใช้คล้ายคลึงกับการลดความไวในการรับความรู้สึก โดยสำรวจว่าอะไรเป็นสาเหตุของปัญหานั้น เช่น ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ก็จะทำให้ผู้รับบริการลองจินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้กลัวมากที่สุดในสถานการณ์ที่ไม่มีอันตรายเกิดขึ้นจริงๆ จากนั้นให้เขาจะค่อยๆ เรียนรู้ที่จะเอาชนะความกลัวนั้น

- เทคนิคการลดแรงเสริม (Reinforcement Withdrawal) ใช้เพื่อจัดพฤติกรรมที่ไม่น่าพึงปรารถนา โดยลดแรงเสริมไม่ตอบสนองกับพฤติกรรมนั้น ผู้ป่วยก็จะค่อยๆ ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เนื่องจากไม่มีใครให้ความสนใจ สนับสนุน

3. วิธีสร้างพฤติกรรม (Methods of Behavior Formation) มีเทคนิคอยู่ 2 ประการ คือ

- เทคนิคการเสริมแรงเชิงบวกซึ่งคัดเลือกไว้ (Selective Position Reinforcement) ก็คือการให้รางวัลเมื่อแสดงพฤติกรรมที่น่าปรารถนา และการงดให้รางวัลเมื่อแสดงพฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนา การเสริมแรงเชิงบวกนี้ พฤติกรรมที่ดีหรือการปรับตัวใหม่จะมีการหล่อหลอมขึ้นได้

- เทคนิคการเลียนแบบผู้อื่น (Model Imitation) เนื่องจากการเสริมแรงเชิงบวกในวิธีการแรกอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ เพราะต้องใช้เวลาานาน ดังนั้นควรใช้การเลียนแบบ โดยให้ผู้ป่วยเลียนแบบการกระทำที่เหมาะสมของผู้อื่นและก็จะได้รับรางวัล

4. วิธีการลงโทษ (Punishment Technique) ใช้วิธีการลงโทษโดยดให้รางวัล

5. วิธีการใช้สัญลักษณ์แทนการจ่ายเงิน (Token Economy) เป็นระบบการจูงใจสำหรับการจ่ายเงินให้เป็นการตอบแทนเมื่อมีพฤติกรรมที่ดี จะใช้เงินหรือสิ่งของเครื่องใช้ ขนม ก็ได้ จุดมุ่งหมาย คือ ต้องการให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มการแรงเสริม

## 7. ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (Social Network Theory and Social Support Theory)

เครือข่ายทางสังคมหมายถึงครอบครัว เครือญาติ เพื่อน ชุมชน องค์กรต่างๆทางสังคม ซึ่งเครือข่ายทางสังคมก็จะให้การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านความรัก ความอบอุ่น ให้กำลังใจของ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้บริการสวัสดิการทางสังคม เพื่อให้มนุษย์สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข สามารถแก้ปัญหาได้ สามารถเผชิญภาวะวิกฤติได้

เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ถ้ามนุษย์ขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม มนุษย์ก็จะไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ นักสังคมสงเคราะห์ก็จะต้องมีหน้าที่อย่างหนึ่ง คือ การจัดหาทรัพยากรหรือเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้เขาคิดถึงเครือข่ายทางสังคมที่เขา มี และรู้จักใช้เครือข่ายนั้นอย่างถูกต้อง เมื่อเขาไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยลำพัง

## 8. ทฤษฎีการแทรกแซงในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention Theory)

ภาวะวิกฤตทำให้คนมีปฏิกิริยาแตกต่างกันออกไปในแต่ละระยะของวิกฤต วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานเป็นการลดพฤติกรรมปัญหาความยุ่งยากของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และระดมศักยภาพให้กลับมาทำหน้าที่ทางสังคมของตนได้ หรือดีขึ้นกว่าเดิม และทำให้เขากลับคืนสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

## ทฤษฎีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน

ทั้งหมดที่กล่าวไปเป็นทฤษฎีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย แต่ก็สามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าได้ตั้งแต่ระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน นอกจากทฤษฎีที่กล่าวไป นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ก็ควรรู้เกี่ยวกับทฤษฎีที่ใช้กับวิธีการสังคมกลุ่มชนด้วย ทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งทฤษฎีที่จะกล่าวถึง คือ

### 1. ทฤษฎีพัฒนาการ (The Development Approach)

ทฤษฎีพัฒนาการเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการทำหน้าที่ทางสังคมโดยผ่านประสบการณ์กลุ่ม และช่วยให้กลุ่มบรรลุการหน้าที่ และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเน้นประเด็นสำคัญ 3 ประการ

1. กระบวนการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม ได้แก่ ประสิทธิภาพของกลุ่ม ความรับผิดชอบของกลุ่ม กิจกรรมจะมี 3 รูปแบบ คือ กลุ่มกิจกรรม กลุ่มปรึกษาหารือ และกลุ่มปฏิบัติการ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้ป่วยแต่ละคนจะต้องมีความสามารถในการที่จะดำเนินความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

3. การบรรลุความเข้าใจตนเองของปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยในกลุ่มต้องเรียนรู้ในเรื่องการเข้าใจตนเอง (Self-realization) การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ดังนั้น กลุ่มบำบัดสามารถจะนำไปใช้ในการทำงานกลุ่มโดยทฤษฎีพัฒนาการได้ นอกจากกลุ่มบำบัดแล้ว อาจใช้วิธีการกลุ่มเผชิญหน้า (Encounter Group) หรือกลุ่มฝึกการเรียนรู้ (Sensitivity หรือ T-group) ก็ได้ จุดประสงค์ ก็คือ เน้นกรรมวิธีการสะท้อนกลับ (Feedback) หรือปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่ม กลุ่มพัฒนานี้จะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้ร่วมกันแก้ไข ปัญหาซึ่งกันและกัน และแต่ละคนก็ได้แก้ไขปัญหาดตนเองด้วย

## 2. ทฤษฎีการปะทะสังสรรค์ (Interaction Approach)

ทฤษฎีการปะทะสังสรรค์เป็นทฤษฎีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในตนเอง มีพลังดำเนินกิจกรรม นักสังคมสงเคราะห์เข้าร่วมกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สมาชิกกลุ่มจะมีการสื่อสารสะท้อนป้อนกลับซึ่งกันและกันภายในระบบของกลุ่ม โดยที่แต่ละคนมีเหตุผลของตนเองในการเข้ากลุ่ม ทฤษฎีนี้ถือว่านักสังคมสงเคราะห์เป็นตัวกลางที่ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดกระบวนการปะทะสังสรรค์ระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไข ปัญหา ช่วยเหลือกัน

## 3. ทฤษฎีการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ (Preventive and Rehabilitation Approach)

ทฤษฎีการป้องกันและฟื้นฟูสภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ระดับสมาชิกกลุ่ม ระดับกลุ่ม และสภาวะแวดล้อมของสมาชิกกลุ่ม โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และใช้กลุ่มเป็นวิถีนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หลักการปฏิบัติงานทั่วไปประกอบด้วย 6 ประการ ดังนี้

1. บุคคลเป็นศูนย์กลางการเปลี่ยนแปลง หมายถึง การจัดกลุ่มต้องเป็นไปเพื่อตอบสนองของความต้องการของปัจเจกบุคคล

2. กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

3. การทำสัญญาใจ คือ พันธะผูกพันของสมาชิกในกลุ่ม

4. กลุ่มเป็นวิถีนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

5. การแทรกแซงสภาวะแวดล้อมทางสังคม

6. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานการปฏิบัติงาน

## บทที่ 5

### ความรู้เสริมที่สำคัญในการปฏิบัติงาน ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กับการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดนั้นต้องอาศัยความรู้หลายด้าน นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ จึงต้องมีความรู้หลากหลายสาขาวิชา ทั้งความรู้เกี่ยวกับสังคมสงเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีทางสังคม-สงเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและรูปแบบการบำบัดรักษาแล้ว ยังต้องมีความรู้อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อจะได้นำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งในบทนี้จะขอกล่าวเกี่ยวกับความรู้เสริมต่างๆที่ควรรู้โดยพอสังเขป ดังนี้

1. ยาเสพติด
2. แอมเฟตามีน (ยาบ้า)
3. สาเหตุของการติดยาเสพติด
4. วิธีวินิจฉัยการติดยาและสารเสพติด
5. ลักษณะบางประการของผู้ติดยาเสพติด
6. โรคสมองติดยา
7. เส้นทางการติดยา
8. เส้นทางการเลิกยา
9. เทคนิคการหยุดความคิด (Thought Stopping)
10. กระบวนการปรับเปลี่ยนตนเอง (Process of Change)
11. การให้การปรึกษา (Counseling)
12. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

### ยาเสพติด

#### ความหมายของสารเสพติด

ภาวินี อยู่ประเสริฐ (2540:13) ได้รวบรวมคำนิยามของยาเสพติดที่มีผู้ให้คำนิยามต่างๆไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของสารเสพติดให้โทษไว้ว่า หมายถึง สารใดก็ตามเมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทาน ฉีด สูบ หรือดมแล้วก็ตาม ทำให้มีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารนั้น โดยจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผู้ใช้ยานี้แล้วต้องเพิ่มขนาดตลอดเวลา
2. เมื่อหยุดใช้แล้วก็จะทำให้เกิดมีอาการขาดยา

3. ผู้ใช้ยานี้เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดความต้องการยานี้มากขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ
4. ผู้ใช้ยานี้เป็นเวลานานก็จะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ใช้นั้นด้วย

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ ได้ให้คำนิยามของยาเสพติดให้โทษว่า หมายถึง ยาหรือสารใดก็ตาม เมื่อบุคคลเสพหรือรับเข้าสู่ร่างกาย โดยการฉีด สูบ กิน หรือดม หรือวิธีอื่นติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือช่วงระยะเวลาหนึ่ง แล้วจะก่อให้เกิดเป็นพิษเรื้อรัง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมขึ้นแก่บุคคลผู้เสพและสังคมด้วย ทั้งจะต้องทำให้ผู้เสพแสดงออกซึ่งลักษณะต่างๆกัน คือ มีความต้องการที่จะเสพยาชนิดนั้นๆต่อไป มีความต้องการเพิ่มปริมาณยามากขึ้น และมีภาวะเป็นการติดยาและอยากยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ให้ความหมายยาเสพติดให้โทษไว้ว่า สารหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นตามลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง และสุขภาพทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2545:24)

สรุปได้ว่า ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง ยาหรือสารใดๆก็ตามที่บุคคลเสพเข้าสู่ร่างกาย โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น รับประทาน ฉีด สูบ หรือดม ติดต่อกันไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ เช่น มีความต้องการเสพมากขึ้น ถ้าไม่ได้เสพจะเกิดอาการอยากยา และจะมีผลในการทำลายสุขภาพของผู้เสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

### การแบ่งประเภทของสารเสพติดให้โทษ

การจำแนกประเภทของยาเสพติดนั้นจำแนกได้หลายประเภท เช่น จำแนกตามแหล่งที่เกิด จำแนกตามการออกฤทธิ์ จำแนกตามองค์การอนามัยโลก และการจำแนกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (อ้างในภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540:13-15)

#### 1. จำแนกตามแหล่งที่เกิด สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ยาเสพติดธรรมชาติ เป็นสารที่กลั่นหรือสกัดได้จากพืชบางชนิดโดยตรง เช่น ฝิ่น โคเคอีน กัญชา รวมทั้งการนำสารจากพืชเหล่านั้นมาปรุงเป็นอย่างอื่นโดยกรรมวิธีทางเคมี เช่น มอร์ฟิน เฮโรอีน เป็นต้น

2. ยาเสพติดสังเคราะห์ เป็นสารที่ผลิตขึ้นในห้องปฏิบัติการด้วยกรรมวิธีเคมีนำมาใช้แทนยาเสพติดธรรมชาติได้ ออกฤทธิ์เหมือนยาเสพติดธรรมชาติ เช่น เพทิดีน เมธาโดน

## 2. จำแนกตามการออกฤทธิ์

สารเสพติดแต่ละชนิดจะมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทในลักษณะต่างๆ สามารถแบ่งได้ 4 ลักษณะ คือ

1. ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ได้แก่ สารที่เสพแล้วทำให้คลายความทรมาร บรรเทาความเจ็บปวดทางร่างกาย ความว้าวุ่นทางจิตใจ อารมณ์ คลายความหมกมุ่น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับ เหล้าแห้ง เป็นต้น
2. ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ได้แก่ สารที่เสพแล้วทำให้เพิ่มพูนความสามารถชั่วระยะเวลาหนึ่ง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ทำให้เกิดความสุข จิตใจปลอดโปร่ง เช่น แอมเฟตามีน (ยาบ้า) กระท่อม โคลเคน คาเฟอีน เป็นต้น
3. ออกฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ สารที่เสพแล้วทำให้ประสาทสัมผัสสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความรู้สึกทางประสาทสัมผัสโดยไม่มีสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เช่น แอลเอสดี
4. ออกฤทธิ์ผสมผสานกัน ได้แก่ สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ทั้งกด กระตุ้น และหลอนประสาทรวมกัน เช่น กัญชา

## 3. จำแนกตามองค์การอนามัยโลก

ได้มีการจำแนกสารเสพติดตามกลุ่มของสารเสพติดที่มีฤทธิ์และอนุพันธ์ที่คล้ายคลึงกัน ออกเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1. ประเภทฝิ่น หรือมอร์ฟีน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน โคลโคอีน
2. ประเภทบาร์บิทูเรต รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เซโคบาร์บิทัล อะโมบาบิทัล พาราดีไฮด์ ไดอะซีแพม
3. ประเภทแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้
4. ประเภทแอมเฟตามีน เช่น แอมเฟตามีน เด็กซ์แอมเฟตามีน
5. ประเภทโคเคน เช่น โบโคคา
6. ประเภทกัญชา เช่น ยอดช่อดอกกัญชาตัวเมีย
7. ประเภทคัท เช่น โบคัท โบกระท่อม
8. ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที ลำโพง สารระเหย เห็ดเมา
9. ประเภทอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดเข้าประเภทใดได้ เช่น ทินเนอร์ เบนซิล บุหรี่ ยาแก้ปวด

## 4. จำแนกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2522 มาตรา 7 ได้มีการจัดแบ่งสารเสพติดต่างๆ ออกเป็นกลุ่มตามความรุนแรงของสารเสพติด สามารถจัดแบ่งได้ 5 ประเภท คือ

1. ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน
2. ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคลโคอีน ฝิ่น
3. ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วย เช่น ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคลโคอีน



4. สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาซิติกแอนดีไฮโดรท์ อะเซทิลคลอไรด์
5. ยาเสพติดให้โทษประเภทอื่นๆที่ไม่ได้เข้าอยู่ในประเภท 4.1-4.4 ได้แก่ กัญชา กระท่อม

## แอมเฟตามีน (ยาบ้า)

สำนักอนามัย (2544:19) กล่าวว่า ยาบ้า หมายถึง วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 มีลักษณะเป็นเม็ด มีทั้งสีเข้มและสีอ่อน แต่มีสีหลักๆอยู่ประมาณ 5 สี ได้แก่ สีน้ำตาล สีม่วง สีเหลือง สีเขียว และสีส้ม ออกฤทธิ์กระตุ้นโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีผลให้นอนไม่หลับ ครึกครื้น เป็นสุข ไม่รู้สึกเหนื่อย เพิ่มพลังงาน กระตุ้นให้มีการพูด ทำงานกระฉับกระเฉง ลดความเจริญทางอาหาร รักษาโรคอ้วน แต่ถ้าได้รับยาในขนาดสูงจะทำให้เกิดอาการมึนงง ปวดศีรษะ การไหลเวียนโลหิต อาจล้มเหลว อาจเกิดอาการชัก ตื่นกลัว และอาจเป็นโรคจิตได้

การพัฒนาระบบข้อมูล (อ้างในวิกิภาณูดา พรหรรษาวิจิต, 2545:25) กล่าวว่า ยาบ้า หมายถึง วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ที่มีสารตั้งต้นในการผลิต ได้แก่ แอมเฟตามีน อีเฟดรีน เป็นต้น ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง และทำให้เกิดผลต่อร่างกายจิตใจ ทั้งอย่างเฉียบพลัน และหรือเรื้อรัง

สรุปได้ว่า ยาบ้าหมายถึงวัตถุออกฤทธิ์ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีผลให้รู้สึกเบิกบานใจ มีเรี่ยวแรง ชยันขันแข็ง ทำงานได้มาก แต่ถ้าได้รับยาในปริมาณมาก หรือเมื่อใช้ไปนานๆ จะทำให้ผู้เสพมีอาการก้าวร้าว เกิดหูแว่ว ประสาทหลอน และอาจเป็นโรคจิตได้ เสพโดยการกิน สูบ ดูด และการฉีด

## ลักษณะของยาบ้า

1. มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น รสขมเล็กน้อย แอมเฟตามีนที่อยู่ในรูปของเกลือละลายน้ำได้ดี ไม่ละลายในอีเทอร์
2. เป็นเม็ดกลมแบน เส้นผ่าศูนย์กลาง ประมาณ 6-8 มิลลิเมตร หนา 3 มิลลิเมตร
3. สี เท่าที่พบมีสีเหลือง สีเทา สีน้ำตาล สีส้ม สีม่วง อาจมีสีเดียวกันทั้งเม็ดหรือเป็นลายกระ
4. น้ำหนักและปริมาณของแอมเฟตามีน มีน้ำหนักเม็ดละ 70-120 มิลลิกรัม มีปริมาณสารแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ 3-10% ของน้ำหนักทั้งหมด



## วิธีการเสพยาบ้า ที่พบมี 4 วิธี คือ

1. รับประทาน เป็นวิธีดั้งเดิมที่ใช้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน
2. ฉีดเข้าเส้น มักผสมยาเสพติดตัวอื่น เช่น เฮโรอีน ยากล่อมประสาท
3. สูบ โดยบดคลุกกับบุหรี่ยาสูบ
4. สูดควันระเหย คล้ายกับวิธีสูบบุหรี่ แต่จะบดแล้วฉนวนไฟ ซึ่งแบ่งเป็นการสูบบ้างผ่านน้ำ เพื่อลด

อาการระคายเคือง และใส่กระดาษฟรอยด์เรียกว่า เรือ แล้วฉนวนไฟ จึงใช้หลอดกาแฟดูดควันที่ระเหยออกมา เรียกว่า จับมังกร ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายในหมู่นักเรียนที่เสพยาบ้าในปัจจุบัน

## ฤทธิ์ของยาบ้า (Amphetamine)

### 1. ผลต่อสมอง

ยาบ้า (Amphetamine) เป็นสารเสพติดที่อยู่ในกลุ่มของยาที่ใช้เป็นตัวกระตุ้น (Stimulants) มีฤทธิ์เป็นต่างอ่อน การออกฤทธิ์ของยาจะอยู่ได้นานเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้เสพแต่ละคน คือ ขึ้นอยู่กับว่าสภาพร่างกายของแต่ละคนจะกำจัดได้อย่างไร ดับไต่เป็นอย่างไร ยาบ้าจะถูกขับออกทางปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะมีความเป็นกรดมาก ก็จะถูกทำลายไปมาก โดยปกติยาบ้าจะออกฤทธิ์ภายในร่างกายได้นาน 1 วัน การเสพยาหลายครั้งใน 1 วัน ทำให้ระดับสารสูงอยู่ในกระแสเลือดนานๆ ซึ่งทำให้อันตรายต่อสมอง

ผู้ที่ใช้อย่างวันละ 20-30 มิลลิกรัม จะมีอาการตื่นตื้นง่าย พุดมาก มีการเคลื่อนไหวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว และมานตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์จะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ร่าเริง และมีอารมณ์เศร้า

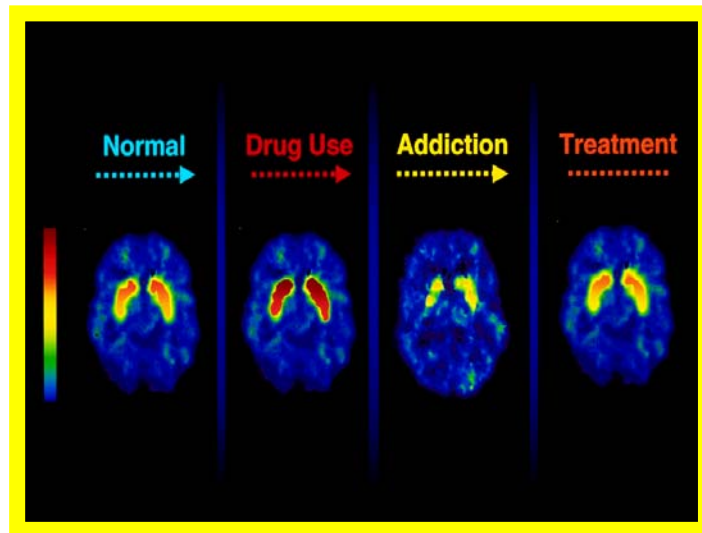
ผู้ที่เสพยาขนาดสูง คือ วันละประมาณ 100-200 มิลลิกรัม อาจเกิดอาการโรคจิต (Acute Psychosis) ชนิด Amphetamine Psychosis ซึ่งมีอาการเหมือนโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

เมื่อเสพยาบ้าเข้าไปแล้ว ภายในระยะเวลาไม่กี่นาที ก็จะเข้าสู่สมอง และจะไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้ทำงานเพิ่มขึ้น มีการส่งสารสื่อประสาทให้แก่กันเร็วขึ้น สื่อประสาทที่ออกมาคือ สื่อโดปามีน (Dopamine) ซึ่งสารสื่อประสาทตัวนี้จะทำให้มีเกิดกำลังวังชา จิตใจเบิกบานแจ่มใส แต่ถ้าสารสื่อประสาทตัวนี้ออกมากเกินไปจะกลายเป็นตรงกันข้าม คือ จะก้าวร้าว ดุดัน โหดร้าย หนูแฉ่ว ประสาทหลอน เกิดอาการเป็นโรคจิตทางเคมีเหมือนคนเป็นจิตเภท (Schizophrenia)

สารสื่อประสาทอีกตัวหนึ่งที่หลั่งออกมามาก คือ Norepinephrine หรือ Noradrenalin ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของสารที่ชื่อ Adrenalin สารสื่อประสาทตัวนี้จะทำให้เกิดความกระชุ่มกระชวย มีกำลังวังชาเพิ่มมากขึ้น ทำให้จิตใจสดชื่น แจ่มใส สุขสันต์หรรษา มองโลกน่าอยู่ สาร Adrenalin นี้ หากหลั่งมากเกินไปจะเป็นผลร้ายต่อหัวใจ จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว อาจทำให้หัวใจวายตายได้เช่นกัน ผู้ที่เสพยาบ้า ถ้าเสพยาบ้ามากเกินไป จะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น หัวใจจะเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้น มันจะบีบด้วยความรุนแรง เลือดจะฉีดอย่างเฉียบพลัน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นไปปะทุที่สมอง เป็นผลให้เส้นเลือดฝอยแตก กลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

ยาบ้ายังทำให้มีผลต่อสมองได้อีกหลายทาง เป็นต้นว่าไปทำให้สมองเกิดอาการบวมและคั่งน้ำ อาการเลือดออกในสมอง อาการหวาดระแวง และเกิดอาการประสาทหลอน ผลของยาบ้าที่ออกฤทธิ์ต่อสมองจะเป็นผลระยะยาว หรือเป็นผลถาวร จากการวิจัย พบว่า ผู้ที่เสพยาบ้าเรื้อรัง แม้ว่าจะได้หยุดเสพเป็นระยะเวลาถึง 3 ปีแล้ว ก็ยังคงมีผลต่อการนำสาร Dopamine กลับไปยังหน่วยประสาทอยู่ ซึ่งก็เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นการสูญเสียระยะยาวต่อการทำหน้าที่ของ Dopamine อันเป็นผลมาจากการใช้ยา ซึ่งสิ่งนี้สำคัญมาก เพราะ Dopamine มีบทบาทสำคัญต่อการทำหน้าที่ของสมอง รวมทั้งประสบการณ์จากความสุขพึงพอใจ อารมณ์ และการเคลื่อนไหว จากการศึกษารื่องเดียวกันนี้ นักวิจัยได้เปรียบเทียบการถูกทำลายของ Dopamine System จากการเสพยา กับผู้ป่วยจากโรค Parkinson พบว่าผู้ป่วยโรค Parkinson เกิดจากการสูญเสียหน่วยประสาท Dopamine ในเนื้อที่ของสมองที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และการสูญเสียหรือการถูกทำลายของระบบ Dopamine นี้จะมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันกับสมองที่ถูกทำลายของผู้ที่เริ่มใช้ยาบ้า นักวิทยาศาสตร์ปัจจุบันจึงเชื่อว่าความเสียหายที่มีต่อ Dopamine System ของผู้เสพยาบ้าเป็นระยะเวลานานก็จะนำไปสู่อาการของโรค Parkinson (แต่ไม่ใช่ว่าโรค Parkinson จะมีสาเหตุมาจากการใช้ยาเสพติด) เพื่อสนับสนุนความคิดนี้ นักวิจัยได้ทำการทดลองในสัตว์ ได้แสดงให้เห็นว่า การใช้ยาบ้าเพียงครั้งเดียวในปริมาณที่สูง หรือการใช้ปริมาณต่ำ แต่ใช้ในระยะเวลา จะส่งผลต่อการทำลายการผลิต Dopamine ในหน่วยประสาทได้มากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ในสัปดาห์หนึ่งในส่วนใดส่วนหนึ่งของสมอง

ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ของสมองในระยะต่างๆของการติดยาเสพติด



ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ของสมองระยะต่างๆ แสดงให้เห็นชัดว่า สมองมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในช่วงระยะต่างๆตั้งแต่ระยะเสพยาจนกระทั่งถึงระยะติดยา พยาธิสภาพดังกล่าวจะหายไปถ้าผู้ติดยาได้รับการบำบัดรักษาถูกวิธี

## 2. ผลต่อร่างกาย

ยาบ้ามีผลมากมายต่อสมองดังที่กล่าวไปแล้ว และยังมีผลต่อร่างกายอีกมากมายเช่นกัน ซึ่งผลต่อร่างกายนั้นจะมีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลต่อร่างกายในระยะสั้น คือ เมื่อเสพแล้วจะทำให้มีอาการเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) และเพิ่มปฏิริยาการพูด การเคลื่อนไหว สมองตื่นตัว ทำให้เกิดภาวะที่สามารถทำงานได้นานหรือดีกว่าปกติ (Hyperactive) เป็นเวลาหลายชั่วโมง โดยไม่มีอาการเหนื่อย ไม่่วงนอน ลดความอยากอาหาร ส่วนผลของการใช้ยาในระยะยาว ซึ่งรวมถึงการติดยา พบว่ามีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย คลุ้มคลั่ง ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด หรืออาจมองเห็นภาพรบกวน นอกจากนี้อาจยังตื่นตัว ตกใจง่าย จิตสับสน หวาดระแวง และมีอาการประสาท และจากผลของยาที่มีต่อระบบอื่นของร่างกาย ก็อาจทำให้ผู้เสพติดป่วย หรือมีอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นได้ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยาย มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ปากแห้ง ฯลฯ เมื่อร่างกายขาดยา ผู้เสพติดจะอ่อนเพลียมาก เนื่องจากร่างกายถูกฝืนให้ทำงานหนักตลอดเวลา การใช้ยาเกินขนาดอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ การออกฤทธิ์ของยานั้นจะขึ้นอยู่กับขนาดที่ใช้ ระยะเวลาของการใช้ มีผลต่อสุขภาพและจิตใจของผู้ใช้ยา

จากกราฟแสดงให้เห็นถึงการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนในช่วงแรก (Action Phase) นั้นคือการออกฤทธิ์ของยาเต็มที่ทำให้ผู้เสพมีการตื่นตัวตลอดเวลา มีแรงทำงานได้มากกว่าปกติ ไม่่วงนอน แต่พอยาเริ่มหมดฤทธิ์ ก็จะเข้าช่วงที่ 2 (Exhaustion Syndrome) ในช่วงนี้ผู้เสพยาจะมีอาการอ่อนเพลีย เกิดสภาวะหมดอาลัยตายอยาก มีอาการซึม หรืออาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ผู้ที่ทนสภาวะนี้ไม่ไหวจึงต้องชวนชวายไปหายามาเสพอีก แต่ถ้าทนสภาวะนี้ได้ อาการก็จะดีขึ้นเรื่อยๆจนเข้าสู่สภาวะปกติ ไม่ต้องเสพยาอีก ในช่วงที่ 3 (Depressive Syndrome) (วิภาญดา พรหมราชวิจิต. 2545:29-30)

นอกจากนี้การใช้ยาในระยะยาวจะทำให้เกิดการติดยา (Tolerance) นั่นคือ ผู้เสพจะต้องเพิ่มจำนวนของยาขึ้นเรื่อยๆ ฤทธิ์ยาจึงจะให้ผลเท่าเดิม ถ้าได้รับยาไม่ถึงขนาดจะเกิดอาการลงแดง หากเป็นน้อยจะเกิดอาการกระสับกระส่าย รู้สึกไม่ค่อยสบาย อยู่ไม่เป็นสุข ขยับตัวเคลื่อนไหวไปมาตลอดเวลา ถ้าเป็นมากจะเกิดอาการเครียดจัด หวาดระแวง ประสาทหลอน กลายเป็นโรคจิตทางเคมีถึงกับฆ่าตัวตายได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2540:37)

### 3. ผลต่อระบบสืบพันธุ์

ยังมีการเข้าใจผิดคิดว่าเมื่อเสพยาบ้าแล้วจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศให้ดีขึ้น จึงทำให้มีการนำยาบ้ามาใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางเพศมากขึ้น ซึ่งความเชื่อนี้มีส่วนถูกบ้างในบางส่วน และมีรายงานกล่าวว่าในขนาดยาต่ำๆจะทำให้มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศนานขึ้น และช่วยให้มีการหลั่งช้าลงในผู้ชาย ส่วนผู้หญิงจะทำให้เกิด Orgasm แต่อาการเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปถ้าได้รับยาเพิ่มขึ้น บางครั้งอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศขณะที่ได้รับยา เช่น การร่วมเซ็กส์หมู่ บางคนซึ่งปกติแล้วจะไม่ทำอย่างนี้ ก็อาจจะทำได้เมื่อได้รับยา นอกจากนี้พบว่า ผู้เสพยาบ้าหลายๆจะเป็นหมัน ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพยาบ้านั้นจะมีความรู้สึกทางเพศจำลองจากสารเคมีของยาบ้าโดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์กับใคร ยาบ้าจึงไม่ได้ช่วยให้เกิดกิจกรรมทางเพศตามที่ต้องการ แต่จะบั่นทอนสมรรถภาพทางเพศให้แย่ลง

### 4. ผลต่อพฤติกรรม

ผลของแอมเฟตามีนจะมีต่อความก้าวร้าว ผู้ที่เสพยาบ้ามักจะมีอาการก้าวร้าวชนิดระเบิดทันทีในช่วงสั้น ระดับความก้าวร้าวนี้จะสัมพันธ์กับปริมาณยาที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากจนถึงกับเป็นฆาตกร เนื่องจากอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง และบางรายอาจฆ่าคนในครอบครัวได้

## สาเหตุของการติดยาเสพติด

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่มีองค์ประกอบสลับซับซ้อน โดยจะพบได้เสมอว่าเป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยมากกว่าหนึ่งปัจจัย นักสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้องศึกษาให้เข้าใจสาเหตุต่างๆ ที่แท้จริงของผู้ติดยาเสพติดแต่ละคน เพื่อให้การแก้ไขและให้การช่วยเหลือได้ตรงประเด็นปัญหา

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2537.) (อ้างถึงในทิพาวดี เอมะวรรณะ, 2545: 22-23) ได้ประมวลสาเหตุของการเสพยาเสพติดไว้ว่ามีหลายประการด้วยกัน คือ

1. **ครอบครัว** เช่น ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว มีผู้ติดสารเสพติดหรืออบายมุขในครอบครัว หรือครอบครัวค้ายาเสพติด การเลี้ยงดูในครอบครัวทำให้เกิดความกดดัน เปรียบเทียบ ไม่เท่าเทียมกันกับพี่น้อง พ่อแม่ลำเอียง และแสดงกิริยารังเกียจตำหนิหรือพ่อแม่มีมีการกีดกัน ห่างเหิน ไม่มีเวลาดูแลลูก ทำให้เกิดความน้อยใจ ขาดความสุข จึงดับทุกข์ด้วยยาเสพติด หรือครอบครัวที่ใช้ระบบที่รุนแรง เช่น ทุบ ตี ดุด่า ทำร้ายร่างกายหรือทารุณจิตใจ เช่น ถูกประนามต่างๆ ส่วนมากเริ่มในวัยเด็ก จึงไม่อยากอยู่บ้าน ต้องหาทางออกนอกบ้านบ่อยๆ อาจเป็นเส้นทางให้ไปคบเพื่อนกลุ่มที่ใช่ยาเสพติดได้ หรืออาจเป็นทางให้ตัดสินใจดับความทุกข์ด้วยยาเสพติด

2. **สาเหตุทางจิตใจ** เช่น รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองต่ำ บุคลิกภาพ ปัญหาทางอารมณ์ กลุ่มใจ มีปัญหาวิกฤติเฉพาะหน้า เช่น ตกงาน เลิกกับแฟน เรียนหนังสือไม่ได้ เมื่อติดแล้วจิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่รู้วิธีหาทางออกหรือหาทางรับการช่วยเหลือ ไม่รู้วิธีการจัดการกับปัญหา หรือมีความฝักใฝ่กับเรื่องทางอารมณ์และจิตใจ หรือเกิดจากเรื่องทางจิตวิทยาสังคม คือ เครือข่ายกลุ่มเพื่อนเขาทำกัน ตนก็ต้องไปกับเขา

ด้วย มิฉะนั้นักกลัวว่าจะเข้ากับกลุ่มไม่ได้ เกรงว่าเพื่อนจะไม่รับเข้ากับกลุ่ม เป็นต้น หรือเกิดจากความเหงา เช่น อาชีพชาวเรือประมง

3. **ตามเพื่อน** เช่น เพื่อนชวน ปฏิเสธคนไม่เป็น อิทธิพลจากเพื่อน คบเพื่อนไม่ดี อยากลองบ้าง หรือเนื่องจากความคึกคะนอง อยากลอง หรือบางกรณีเพื่อนแบ่งให้ลอง ตนเห็นว่าไม่ต้องซื้อ และคิดว่าลอง ครั้งเดียวไม่ติด แต่พอเสพแล้วมีความสุข จึงมาใช้มาเรื่อย ในที่สุดก็ติด

4. **สถานที่แวดล้อมและสังคม** เช่น อยู่ในชุมชนที่มีผู้ติดยาเสพติดหรือค้ายาเสพติดมากมาย มีแหล่งซื้อได้ง่าย หรืออยู่ในสถาบันการศึกษาที่มีคนในนั้นใช้ยาเสพติดกันมาก หรือทำงานในสถานเริงรมย์ ที่มีบู้หรีและสุรามาก

5. **เมื่อมีปัญหาไม่มีใครรับฟังหรือให้คำแนะนำ** หรือไม่มีช่องทางหาแหล่งที่จะเข้ามาช่วย ขาดความรู้เรื่องแหล่งข้อมูล หรือไม่ก็ต้องการปกปิด เพราะยังหาคนที่ไว้ใจเพื่อระบายความคับอกคับใจ ไม่ได้ มีความรู้สึกอยากจะหลีกเลี่ยงหนีสภาพปัจจุบัน มองไม่เห็นอนาคต ประชด ฯลฯ

6. **เพื่อการทํางาน** เช่น ผู้มีอาชีพขายบริการทางเพศ ใช้ยาเสพติดเพื่อสร้างอารมณ์ในการ ออกทํางานหรือเพื่อบังคับร่างกายไม่ให้หลับ ทํางานได้ยาวนานหลายชั่วโมงติดต่อกัน หรือให้ออกกำลัง แยกทานได้ทนทาน จึงใช้ยาเสพติด เช่น ยาบ้า หรือใช้ยากล่อมประสาท เมื่อต้องเดินโชว์พิเศษ ในกลุ่ม ผู้ทํางานสถานเริงรมย์ สำหรับผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสารระเหยอยู่เป็นประจำ เช่น ช่างทาสี ช่างทำเครื่อง ตกแต่งบ้าน

นอกจากนี้กองป้องกันยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2531 อ้างในภาววิณี อยู่ประเสริฐ, 2540:20) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหายาเสพติดนั้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1. **คน** เมื่อมนุษย์ประสบกับปัญหา อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของกาย จิต สังคม จนไม่สามารถที่จะแก้ไขหรือปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงหรือสภาพปัญหานั้นได้ ก็จะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไปจากบรรทัดฐานของสังคม และอาจหันไปใช้ยาเสพติดเป็นการแก้ปัญหา

2. **ยาเสพติด** โดยสภาพของตัวยานั้นมิได้ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ ถ้าหากบุคคลมิได้หยิบมาใช้ แต่เมื่อบุคคลนำไปใช้ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลก็จะต่างกันไป เนื่องจากตัวบุคคล ขนาด และฤทธิ์ของยา

3. **สิ่งแวดล้อม** บุคคลจำเป็นต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของสังคม ถ้าบุคคลใดไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่ตนเองอยู่ได้ ก็จะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากสังคม และในทำนองเดียวกัน ถ้าสังคมนั้นเป็นสภาพสังคมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคมทั่วไป เช่น เป็นแหล่งค้าสารเสพติด ชุมชนแออัด แหล่งมั่วสุม สังคมนั้นก็จะเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลในสิ่งแวดล้อมนั้นมีโอกาสสัมผัสและนำไปสู่การใช้สารเสพติดได้สูงขึ้น สิ่งแวดล้อมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันหรือชักจูงให้บุคคลเกิดการใช้สารเสพติดได้

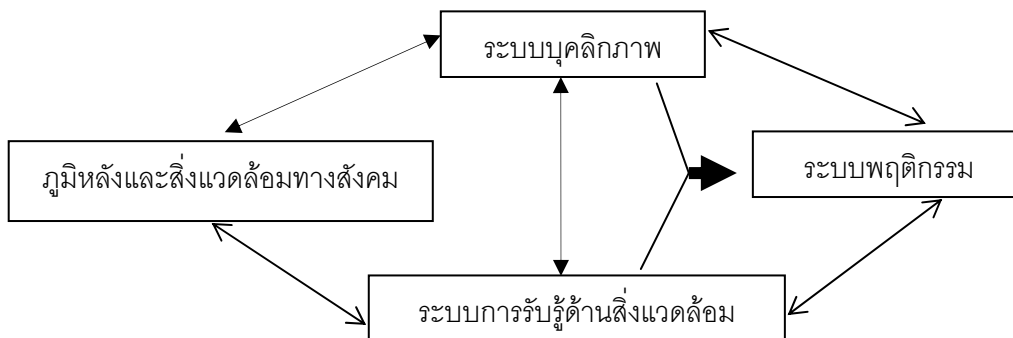
นอกจากนี้วันชัย ธรรมสังการ และคณะ (2540) ได้สรุปว่าทฤษฎีที่ใช้อธิบายสาเหตุของการเริ่มใช้ยาและสารเสพติดที่มีความสำคัญมี 4 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีของเจสเซอร์ (Jessor's Theory) ทฤษฎีของคาเพลน (Kaplan's Theory) ทฤษฎีของเอคเคอร์ (Aker's Theory) และทฤษฎีของแคนเดล (Kandel's Theory) ซึ่งทั้งหมดนี้ทฤษฎีของเจสเซอร์ได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมที่สุด เนื่องจากทฤษฎีนี้มีกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมตัวแปรส่วนบุคคล และบทบาทของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม ทฤษฎีนี้เป็นที่รู้จักกันว่า “ทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา” (problem behavior theory) โดยกล่าวถึงกลุ่มของตัวแปรสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก ตัวแปรด้านภูมิหลังและสิ่งแวดล้อม (Social background and context variables)

กลุ่มที่สอง การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (Perceived environment)

กลุ่มที่สาม บุคลิกภาพ (Personality)

ตัวแปรทั้งสามกลุ่มมีความเกี่ยวข้องกับระบบพฤติกรรมดังในภาพ



แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (ดัดแปลงจาก Jessor, R. and others.1991:21: ดุษฎี โยเหลา และคณะ, 2540: 8 อ้างถึงในวันชัย ธรรมสังการ, 2541 : 6)

จากภาพประกอบจะเห็นได้ว่ามีตัวแปรเชิงสาเหตุโดยตรง ซึ่งสังเกตได้จากลูกศรทิศทางเดียวกัน ได้แก่ ระบบการรับรู้สิ่งแวดล้อม และระบบบุคลิกภาพ และมีอีกตัวแปรหนึ่งซึ่งมีบทบาทในเชิงสนับสนุนทางอ้อม ได้แก่ ตัวแปรภูมิหลังและสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา รายได้ การนับถือศาสนา โครงสร้างของครอบครัว เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจึงสรุปได้ว่าปัจจัยใหญ่ๆที่เป็นสาเหตุให้ติดยาเสพติดนั้นประกอบด้วย 3 ปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยทางด้านภูมิหลังและครอบครัว ปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งที่สำคัญน่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนที่คบหาสมาคมด้วย

การเข้าใจสาเหตุของการติดยาเสพติด คือ การเข้าใจความสัมพันธ์ของตัวบุคคล ครอบครัว บุคลิกภาพของบุคคล และสิ่งแวดล้อม ย่อมจะช่วยให้เขาหลุดพ้นจากยาเสพติดได้อีกทางหนึ่ง

## วิธีวินิจฉัยการติดยาเสพติด

เมื่อกล่าวถึงปัญหาสารเสพติด ยังมีความเข้าใจผิดกันมากในเรื่องของการใช้ยาและการเสพติดยา ทำให้การพิจารณากระบวนการดูแลรักษาเป็นไปได้ค่อนข้างยุ่งยาก รวมทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาในกระบวนการประเมินผลกิจกรรมการรักษาด้วย

ในช่วงต้นของการใช้ยานั้น ผู้ใช้ยาจะยังไม่มีภาวะเสพติดเกิดขึ้น แต่เมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง ฤทธิ์เสพติดที่สารนั้นมีต่อร่างกายจึงทำให้เกิดภาวะเสพติดขึ้น

### เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติด

เกณฑ์ของ DSM-IV (อ้างในทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545:26) ได้ระบุว่า การติดยาหรือสารเสพติด จะมีสัญญาณเตือนให้เห็นอาการได้ว่ามีรูปแบบการปรับตัวที่เสียสมดุล หรือมีความกุ่มใจ และต้องประกอบด้วยลักษณะอย่างน้อย 3 ประการ จากทั้งหมด 7 ประการ ซึ่งเกิดขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ความโดยสรุปมีดังนี้

1. การติดยา กล่าวคือ มีความต้องการยาหรือสารเสพติดเป็นปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม ถ้าต้องการให้เกิดผลในระดับพอๆกับเดิม หรือถ้าใช้ยาหรือสารเสพติดปริมาณเท่าเดิม ก็จะทำให้เกิดผลน้อยกว่าเดิม
2. อาการถอนพิษยาหรืออาการขาดยา หรืออาการของคนดื้อยาหรือสารที่เคยเสพติด กล่าวคือ มีลักษณะอาการเฉพาะอย่างอันเกิดจากยาหรือแต่ละตัว หรือการใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการงดใช้ยาที่จะเกิด หรือมีฉะนั้นก็เป็นการใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อหมายจะหลีกเลี่ยงอาการของคนดื้อยาหรือสารที่เคยเสพติด
3. ผู้เสพมิได้เจตนาจะเสพนานขนาดนั้น หรือไม่ได้เจตนาจะใช้มากขนาดนั้น แต่ในทางปฏิบัติ เขาเกิดเสพมากเกินกว่าที่ตั้งใจไว้
4. มีความต้องการอย่างต่อเนื่องที่จะเสพยาหรือสารนั้น หรือตนเองไม่สามารถจะควบคุมการใช้ยาหรือสารเสพติด
5. เสียเวลามากไปกับการใช้ยาหรือสารเสพติด การแสวงหายาหรือสารเสพติด หรือแม้กระทั่งเสียเวลากับการเลิกยาหรือสารเสพติดนั้น
6. ละวางกิจกรรมสำคัญของชีวิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาหรือสารเสพติด เช่น งานสังคม อาชีพ
7. ยังคงมีการใช้ยาหรือสารเสพติดอยู่ ทั้งๆที่ทราบดีว่ามีปัญหาทั้งทางจิตใจและร่างกายเกิดขึ้น

นอกจากนี้เกณฑ์ของ ICD-10 (World Health Organization, 1990 อ้างในทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545:26)

ตามหลักการขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับความผิดปกติอันเนื่องมาจากการใช้ยาหรือสารเสพติด ฉบับตีพิมพ์ครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Edition ใช้ชื่อย่อ ICD-10) มีใจความดังต่อไปนี้



1. มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่ใช้น้ำหรือสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ อาการนี้จะเกิดขึ้นได้หลังจากที่เพิ่งเสพยาหรือยาหรือสารเสพติดเข้าไปเสร็จใหม่ๆ (ในเมื่อปริมาณยาหรือสารเสพติดขนาดเท่าเดิมเริ่มจะให้ผลในระดับหนึ่ง) หรือในช่วงที่พยายามจะเลิก หรือพยายามจะควบคุมการใช้น้ำหรือสารเสพติดของตนเองให้ได้
2. มีหลักฐานชี้ให้เห็นถึงความบกพร่องในการควบคุมตนเองไม่ให้เริ่มนำยาหรือสารเสพติดมาเสพยาอีก หรือควบคุมไม่ให้ใช้เพิ่มขึ้น หรือไม่สามารถควบคุมให้ตัวเองหยุดใช้ได้
3. มีลักษณะอาการตามแบบของคนที่ใช้น้ำหรือสารเสพติดมานานระยะหนึ่ง ในแง่ชนิดของยาหรือสารที่ใช้น้ำ (หรือสุราที่ใช้น้ำ) วิธีการใช้ และปริมาณการใช้น้ำ ผู้ใช้น้ำหรือสารเสพติดจะกลายเป็นคนที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง และหมกมุ่นอยู่กับโลกของตัวเองมากขึ้น เช่น ภาวะอารมณ์ หรือมีอาการทางร่างกายปรากฏตามอาการของคนขาดยา
4. เริ่มหมดความสนใจวิธีการหาความสุขให้กับตัวเองด้วยวิถีทางอื่นมากขึ้นทุกที หรือบกพร่องในด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เนื่องจากฝักใฝ่อยู่แต่กับยาหรือสารเสพติดยิ่งกว่าสิ่งอื่นใด
5. มีหลักฐานว่ามีการติดยาหรือสารเสพติดที่ทำให้ต้องเพิ่มขนาดของยาหรือสารเสพติดมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลในระดับเท่ากับเมื่อก่อนที่เคยใช้น้ำหรือสารเสพติดน้อยกว่านี้
6. มีอาการขาดยาออกมาทางร่างกาย (บ้างก็เรียกว่าอาการถอนพิษยา)
7. มีการใช้น้ำหรือสารเสพติดเพื่อช่วยบรรเทาอาการขาดยา หรือเพื่อหลีกเลี่ยงอาการขาดยา เป็นการกระทำที่ตระหนกอยู่แก่ใจว่าวิธีนี้จะให้ผลได้ตามต้องการ
8. การใช้น้ำหรือสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ทราบดีว่าจะเกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อร่างกายจิตใจ หรือสังคมติดตามมา

## ลักษณะบางประการของผู้ติดสารเสพติด

นักสังคมสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของผู้ติดยาเสพติดให้ละเอียด การรู้จักลักษณะของผู้ติดยาเสพติดที่มาใช้บริการ จะช่วยให้สามารถวางแผนการช่วยเหลือเพื่อเอื้อประสิทธิผลสูงสุดแก่ผู้ป่วยได้ และช่วยให้เห็นถึงพัฒนาการของผู้ป่วยและวินิจฉัยได้ว่าควรจะเพิ่มเติมหรือขาดพัฒนาส่วนไหนอีกบ้าง

ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก บุคลิกภาพ การปรับตัวอยู่ร่วมกับสังคม จิตใจ พลังใจ ดังจะกล่าวพอสังเขปต่อไปนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545:103-105)

### พฤติกรรม

- หย่อนความรับผิดชอบ
- ตื่นสาย

- ใช้เงินเปลือง
- หย่อนระเบียบวินัย
- อภัยให้แก่ความผิดของตัวเอง (จึงทำพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำแล้วซ้ำอีก)
- มีข้ออ้างเข้าข้างตัวเองเสมอ แล้วโทษว่าเป็นความผิดของผู้อื่น
- พูดไม่จริงเพื่อเอาตัวรอดไปวันๆ และมีลักษณะเหลื่อมมัด
- จำต้องทำผิดกฎหมาย เพื่อให้ตัวเองได้ยาเสพติดมาใช้
- บางรายมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม
- ตามใจตัวเอง
- มีภาวะเหมือนไม่สนใจผู้อื่น

### ความคิด

- คิดวนเวียนอยู่แต่ในขอบเขตจำกัด
- เมื่อมีปัญหาอาจไม่กล้าเผชิญ
- คิดต่อต้านสังคม และคิดว่าสังคมรังเกียจ
- คิดว่าคนอื่น (เช่น คนในครอบครัว) ไม่รัก
- คิดว่าพ่อแม่รักพี่น้องคนอื่นมากกว่า
- คิดว่าพ่อแม่ไม่สนใจตน
- คิดว่าตัวเองไม่มีค่า

### ความรู้สึก

- ไม่ค่อยจัดการกับความรู้สึกของตนเอง
- หุนหันพลันแล่น
- รู้สึกด้อย น้อยค่า ไม่มีศักดิ์ศรี
- เหงา
- เศร้า
- โดดเดี่ยว

### อารมณ์

- น้อยใจง่าย
- เจ้าคิดเจ้าแค้น
- โมโหง่าย
- อ่อนไหว แลไวต่อความรู้สึกมากกว่าผู้คนทั่วไป
- อดทนรอคอยสิ่งที่ต้องการนานๆไม่ค่อยได้ อยากจะได้อะไรก็อยากให้เห็นผลเร็วๆ
- วุฒิภาวะและความฉลาดทางอารมณ์หย่อน

## บุคลิกภาพ

- จิตใจอ่อนไหว
- ติดเพื่อน
- มีปมด้อย
- ไม่มั่นใจในตนเอง
- ซื่อาย
- เก็บตัว
- ไม่ชอบสื่อสาร

## ภาพที่มองตนเอง

- มองตนเองในเชิงลบหลายด้าน เช่น ด้านสัมพันธภาพกับคนอื่น ด้านสังคม ด้านความสามารถ ด้านการงานและอาชีพ ด้านครอบครัว

- มองว่าผู้อื่นไม่ยอมรับตน

## สัมพันธภาพกับสังคม (กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้อื่น)

- น้อย เป็นไปอย่างติดขัด
- มักมีกลุ่มของตนเองเท่านั้น หากติดยาเสพติดนานเข้า ยิ่งกลับเข้าสู่สังคมปกติลำบาก
- บางครั้งสับสน เนื่องจากไม่มีต้นแบบหล่อหลอมให้เห็น
- การปรับตัวเพื่อจัดการกับชีวิตอาจออกมาในรูปแบบหลีกเลี่ยงการเผชิญเพื่อแก้ปัญหา
- หย่อนทักษะทางสังคม

## จิตใจและพลังใจ

- อยู่ในระดับต่ำ
- ท้อแท้ ยอมแพ้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อขาดกำลังใจจากทั้งภายในตัวเองและจากบุคคลแวดล้อม
- อาจรู้สึกละอาย รู้สึกผิด
- เหงา
- ความมั่นใจและความมั่นคงอาจคลอนแคลน
- บางทีประเมินกำลังใจตนเองไม่ถูก เช่น ประเมินสูงกว่าที่จะทำได้ เป็นต้นว่า คาดว่าตนเองจะเลิกให้ได้แน่ๆคราวนี้ ซึ่งเป็นการคาดหวังสูงกว่าที่เป็นจริงมากไป พอทำไม่ได้ตามเป้าหมายภายในเวลาอันสั้น ก็ท้อแท้ และเลิกได้ง่าย

## โลกทัศน์

โลกทัศน์ของผู้ติดยาเสพติดมักจะมีความคิดและรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ฉันรู้สึกเข้ากันไม่ได้กับคนรอบตัวฉัน
- ฉันติดยาเพราะคนอื่น

- ฉันนึกไม่ออกว่ามีจุดมุ่งหมายอะไรในชีวิต
- การแยกตัวจากคนอื่นคือความสุขสบายใจของฉัน
- ถ้าคนเราทำอะไรแล้วไม่เคยได้ดี ก็ไม่รู้จะทำไปทำไม
- ความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย แปลว่าฉันล้มเหลวโดยสิ้นเชิง
- ฉันต้องทำตามความรู้สึกของตัวเอง
- ถ้าฉันจะเป็นบุคคลที่มีค่า อย่างน้อยก็ต้องมีใครสักคนมีความเคารพนับถือฉันอย่างแท้จริง
- ฉันอ่อนแอเกินกว่าจะควบคุมตนเองได้
- การที่ได้ชื่อว่าเป็นคนดี มีค่า ฉันต้องช่วยเหลือคนทุกคนที่ต้องการความช่วยเหลือ
- ถ้าฉันอ่อนแอ ฉันต้องใช้ยาเสพติด
- ฉันติดยาเสพติดเพราะว่าไม่มีใครมาสนใจใยดีฉันเลย
- ฉันไม่ไว้วางใจใคร เพราะเขาเหล่านั้นโหดร้ายต่อฉัน
- เมื่อมีความยุ่งยากลำบากในชีวิต ฉันจัดการโดยวิธีหนีให้พ้นๆมันไป
- ฉันต้องการทำอะไรที่ทำให้ฉันสนุกและมีความสุข
- ฉันไม่มีปัญญาความสามารถที่จะทำอะไรให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ทุกวันนี้
- ฉันจะมีความสุขก็ต่อเมื่อมีคนมากมายก่อกองชมเชย
- คนที่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น คือ คนที่อ่อนแอ
- ถ้าฉันทำไม่ดีเท่ากับคนอื่น แปลว่าฉันเหลว
- ถ้าฉันพลาดไปใช้ยาเสพติดอีก ก็ไม่มีประโยชน์อะไรที่กลับตัวใหม่

ลักษณะของผู้ติดยาเสพติดที่กล่าวไปข้างต้นนั้น มิได้หมายความว่าผู้ติดยาเสพติดทุกคนจะมีลักษณะดังกล่าวทั้งหมด ทั้งนี้แล้วแต่พื้นฐานและที่มาที่ไปของแต่ละบุคคล ซึ่งเราไม่ควรตีตรา (Stigmatize) อยู่ที่ลักษณะหนึ่งลักษณะใด หากให้เราคิดว่าผู้ติดยาเสพติดก็คือคนที่มีชีวิตจิตใจ มีทั้งความดี ความไม่ดี เหมือนคนทั่วไป การพลาดในเรื่องที่ไปใช้ยาเสพติดมิได้หมายความว่าความดีส่วนอื่น ๆ จะต้องหมดไปด้วย ตรงกันข้าม ผู้ติดยาเสพติดบางคนอาจมีความละเอียดอ่อน ละเมียดละไม มากกว่าคนปกติบางคน ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดจึงควรได้รับการช่วยเหลือเทียบเท่ากับคนปกติอื่นๆที่อาจพลาดพลั้งบางอย่างในชีวิตเช่นกัน

ลักษณะต่างๆนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ นักสังคมสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้จึงควรวินิจฉัยลักษณะสำคัญนี้ว่า ลักษณะนี้มีมาก่อนที่บุคคลนั้นจะติดยาเสพติด หรือเมื่อติดยาเสพติดแล้วจึงมีพฤติกรรมเช่นนั้น เพื่อว่าจะได้นำมาเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนการรักษาและให้การช่วยเหลือต่อไป

## โรคสมองติดยา

กระบวนการติดยาเป็นไปอย่างมีขั้นตอน ช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปริมาณของยาที่ใช้ และความถี่ห่างของการใช้ ยาบ้าเป็นยากระตุ้นประสาท ทำให้สมองส่วนควบคุมความคิดใช้เหตุผลเสียหายที่ไป โดยแสดงออกมาทางพฤติกรรม และการที่สมองเสียหายที่นี้ไป นับเป็นความเจ็บป่วย เรียกว่า “โรคสมองติดยา” ซึ่งผู้ให้การรักษาเหลือจำเป็นต้องรู้กระบวนการดังกล่าว เพราะจะช่วยให้เข้าใจ เห็นใจในความทุกข์ยากของผู้ติดยาและครอบครัว ตลอดจนสามารถช่วยบำบัดฟื้นฟูภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวได้

### สมองติดยาได้อย่างไร

การที่คนเราจะติดยาเสพติดนั้นมีคำอธิบายต่างๆมากมาย โดยเฉพาะปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคม แล้วแต่ว่าแต่ละบุคคลที่เสพยาเสพติดนั้นมีเงื่อนไขและปัจจัยเฉพาะตนเองเป็นเช่นไร ทฤษฎีการติดยาที่ให้ความสำคัญของปัจจัยทางร่างกาย โดยเฉพาะผลที่เกิดจากสมอง พัฒนามาจากทฤษฎีการวางเงื่อนไข (Principles of Classical Conditioning) ของ I.P.Pavlov นักวิทยาศาสตร์รัสเซีย ซึ่งได้ทำการทดลองเกี่ยวกับสรีรวิทยาของการย่อยอาหาร เขาได้ให้อาหารสุนัขพร้อมกับการสั่นกระดิ่ง สุนัขจะได้เห็นและได้กลิ่นอาหาร ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นสมอง (Autonomic Nervous System) ทำให้สุนัขมีน้ำลายและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารหลังออกมา เพื่อเตรียมย่อยอาหาร หลังจากได้อาหารพร้อมกับการสั่นกระดิ่งเช่นนี้ไม่นาน เมื่อสั่นกระดิ่งอย่างเดียวโดยไม่ได้ให้อาหาร สุนัขก็ยังมีน้ำลายและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารหลังออกมา คล้ายกับว่าเห็นและได้กลิ่นอาหาร เหตุผลก็คือ สุนัขถูกวางเงื่อนไขว่าเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งก็จะได้กินอาหาร เสียงกระดิ่งจึงกลายเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้สุนัขต้องการอาหาร (วิโรจน์ วีรัชย์, 2545:107)

พฤติกรรมการถูกวางเงื่อนไข ตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขของ Pavlov



สมองของผู้ติดยาเสพติดก็เช่นเดียวกัน จะตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่ถูกวางเงื่อนไข ทำให้เกิดความอยากยา ยาเสพติดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมอง โดยทำให้เกิดความสุขขณะที่เสพยา และสมองจะบันทึกสิ่งที่พบเห็นขณะนั้นไว้เมื่อเวลาผ่านไป สมองจะตอบสนองต่อสิ่งที่เคยพบเห็นราวกับว่ากำลังจะได้เสพยา เราเรียกสิ่งเหล่านี้ว่า “ตัวกระตุ้น” เมื่อผู้ติดยาเผชิญกับตัวกระตุ้น ก็จะทำให้เกิดความอยากยา

จากการทดลองของนักวิทยาศาสตร์ หนทางเดียวที่สุนัขจะหลีกเลี่ยงความอยากอาหาร (หลังน้ำลาย) คือ การหนีจากเสียงกระดิ่ง ผู้ติดยา ก็เช่นเดียวกัน หากไม่ยอมให้เกิดความอยากยา จำเป็นต้องหลีกเลี่ยงจากตัวกระตุ้นทุกประเภท

### ตัวกระตุ้น

ตัวกระตุ้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำๆพร้อมกับการที่จะเสพยาเสพติด ตัวกระตุ้นจึงเปรียบเสมือนเสียงกระดิ่งที่สุนัขได้ยินพร้อมกับการเห็นอาหาร ทำให้ตัวกระตุ้นสามารถเป็นเงื่อนไขให้เกิดความอยากยาขึ้น

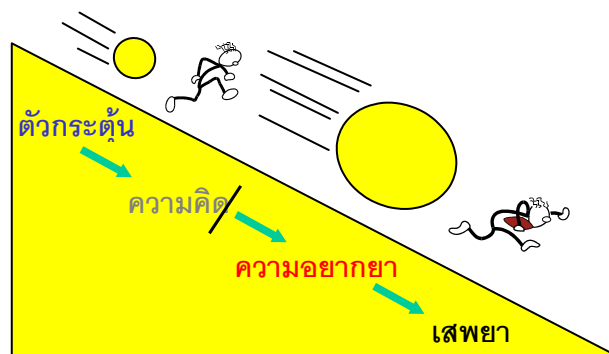
ตัวกระตุ้นจะเป็นสิ่งต่างๆรอบข้างผู้เสพยา ได้แก่ บุคคล สถานที่ อุปกรณ์ในการเสพยา คนตรี บางประเภท ช่วงเวลา เป็นต้น เราเรียกตัวกระตุ้นเหล่านี้ว่า “ตัวกระตุ้นภายนอก”

มีตัวกระตุ้นอีกจำพวกหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ต่างๆ เช่น ความโกรธ ความเหงา ความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวล ความเสียใจ เป็นต้น เราเรียกตัวกระตุ้นเหล่านี้ว่า “ตัวกระตุ้นภายใน”

ตัวกระตุ้นที่พบเป็นประจำสำหรับผู้ติดยา ได้แก่

- บุคคล : เพื่อนที่ร่วมเสพยา ผู้ขายยาเสพติด
- สถานที่ : สถานที่เสพยา สถานที่ซื้อ-ขายยาเสพติด ดิสโก้เธค บาร์-คลับ
- สิ่งของ : อุปกรณ์การเสพยา
- ช่วงเวลา : ช่วงวันหยุด หลังเลิกงาน วันเงินเดือนออก
- อารมณ์ : ความกลัว ความโกรธ ความเหงา ความเบื่อหน่าย อารมณ์ซึมเศร้า

เมื่อผู้ติดยาเผชิญกับตัวกระตุ้นซึ่งเปรียบเสมือนก้อนหินขนาดเล็กที่กลิ้งลงมาจากภูเขาน้ำแข็ง ตัวกระตุ้นนี้เองจะทำให้เกิดพฤติกรรมเงื่อนไขเช่นเดียวกันเสียงกระดิ่ง สมอลจะเริ่มคิดถึงยาเสพติดมากขึ้น จนในที่สุดจะไปกระตุ้นสมอลส่วนอยาก ทำให้เกิดความอยากยาอย่างรุนแรง ซึ่งเปรียบเสมือนก้อนหินขนาดใหญ่ที่เราไม่สามารถจะต้านทานได้ นำไปสู่การเสพยาเสพติดในที่สุด



สมอลส่วนที่ยาเสพติดออกฤทธิ์เป็นสมอลส่วนเดียวกับสมอลส่วนที่ควบคุมความอยากอาหารและน้ำ (ศูนย์ความหิว และความกระหาย) รวมทั้งความต้องการทางเพศด้วย ถือว่าเป็นสมอลที่จะทำให้ชีวิตอยู่รอด เมื่อมีการเสพยาหรือดื่มสุราเป็นระยะเวลาที่นานพอ สมอลก็จะเกิดวงจรที่ถือว่ายาเสพติดนั้นเป็นความจำเป็นของชีวิต

มีการทดลองที่แสดงถึงผลของยาเสพติดต่อสมองและพฤติกรรมของหนู โดยปกติสัญชาติญาณของหนูจะวิ่งไปหาที่มีด หลีกเลียงการอยู่ในที่สว่าง เพื่อหลบเลี่ยงอันตรายที่อาจร้ายแรงถึงชีวิตได้ ถ้าอยู่ในที่สว่างที่ศัตรูเห็นได้ง่าย แต่เมื่อทดลองให้โคเคนเพียง 1 ครั้ง แก่หนู ในที่สว่าง ครั้งต่อไปเมื่อปล่อยหนู หนูจะวิ่งไปที่สว่าง แม้ว่าจะจะเป็นสิ่งที่ขัดกับสัญชาติญาณของการมีชีวิตรอดเป็นอย่างมากก็ตาม

ในคนปกติ สมองส่วนนอก (Cerebral Cortex) เป็นสมองส่วนที่ใช้ในการคิด การให้เหตุผล และการตัดสินใจ เป็นสมองที่สามารถปรับพฤติกรรมของเราได้ ภายใต้อาณัติของสมองส่วนนอก คือ สมองส่วนดั้งเดิม เรียกว่า ส่วนลิมบิก (Limbic System) สมองส่วนนี้สัมพันธ์กับการเสพติด เป็นส่วนระบบความพอใจ (Pleasure Reward System) ความแตกต่างของสมองส่วนนี้กับสมองส่วนนอก คือ สมองส่วนนี้ไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ การที่ยาและสารเสพติดออกฤทธิ์กับสมองส่วนนี้ ทำให้เกิดพฤติกรรมเสพติด ซึ่งจะสูญเสียพฤติกรรมปกติที่จะใช้เหตุผลในการกระทำ

ผู้ติดยาเสพติดจึงใช้ชีวิตทั้งชีวิตเพื่อพยายามหาเสพยาและเสพยา ยอมทำทุกอย่าง เสียเงิน ขายสมบัติที่มี ขอบจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง จนถึงฉกชิงวิ่งราว ขโมย จี้ ปล้น หรือทำงานทุกอย่าง รวมทั้งขายยาเสพติด เพื่อให้ได้เงินมาซื้อยาเสพติด พฤติกรรมเช่นนี้ถือว่าเป็นโรคสมองติดยา ไม่สามารถใช้สมองส่วนตัดสินใจมาควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้

## เส้นทางสู่การติดยา (Stage Change in Addiction)

วิโรจน์ วีระชัย (2545:109-112) กล่าวว่า ระยะเวลาของการเสพติดและการติดยาแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มทดลอง (Introductory Stage)
2. ระยะเสพติดต่อเนื่อง (Maintenance Stage)
3. ระยะเสพติด (Disenchantment Stage)
4. ระยะวิกฤต (Disaster Stage)

ยาและสารเสพติดแต่ละชนิดจะก่อให้เกิดการเสพติดแตกต่างกัน ฤทธิ์ที่จะทำให้เสพติดแล้วติดของแต่ ละสารเสพติดก็มีความแตกต่าง ยาและสารเสพติดบางชนิดติดง่ายมาก เช่น เฮโรอีน โคเคน ช่วงเวลาใน ระยะที่แบ่งไว้ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะวิกฤตนั้นก็สั้น จนบางระยะอาจจะสั้นจนเห็นแต่ละระยะไม่ ชัดเจน ยาและสารเสพติดบางชนิดก็เรียกว่าติดยาก และเป็นไปตามระยะที่แบ่งไว้ชัดเจน

ปัจจัยของบุคคลก็เช่นเดียวกัน บางคนมีความยับยั้งชั่งใจที่จะปฏิเสธ ไม่ลองยาและสารเสพติด บางคนคิดว่าเป็นเรื่องทำหาย และบางคนใช้เป็นสิ่งหลีกเลียงจากความทุกข์ใจในปัญหาต่างๆที่ประสบอยู่ เมื่อลองเสพติด บางคนติดสารบางชนิดง่ายกว่าบางชนิด บางคนเมื่อเสพยาที่ฤทธิ์ติดไม่รุนแรงนักก็ไม่ติด เช่น ต้มสุราเป็นครั้งคราว นานๆครั้ง เมื่อออกงานสังคม ซึ่งโดยปกติจะไม่ซื้อหาดื่มเอง แต่บางคนเมื่อ เริ่มต้นลองแล้วก็ดื่มต่อเนื่อง และกลายเป็นคนติดสุราในที่สุด

## 1. ระยะเวลาเริ่มต้นลง (Introductory Stage)

ระยะแรกนี้ ผู้ที่ลองเสพอาจเสพนานาๆ ครั้ง เช่น งานเลี้ยง งานสังสรรค์ ผู้ที่ลองเสพยังไม่รู้ถึงผลเสียของสารที่ลอง บางรายกลับรู้สึกเหมือนว่าสารนั้นมีประโยชน์ ทำให้เกิดความพอใจ ลดความทุกข์ใจที่มี ลดความกังวล หรือความเหงา การเสพยาบางชนิดในระยะสั้นอาจทำให้รู้สึกเหมือนมีพลังเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจและสามารถทำงานได้มากขึ้น

ผู้เสพยาไม่รู้ว่าการเสพและการเกิดความพอใจเช่นนี้เป็นกระบวนการวางเงื่อนไขให้สมองส่วนลิมบิก (Limbic System) ทุกครั้งที่เสพหรือดื่ม ทำให้เกิดผลในลักษณะสะสม และเพิ่มความต้องการเสพ ในระยะนี้ ตัวกระตุ้น (Triggers) ที่จะทำให้อยากเสพยาจะมีน้อย และมีจำกัด สมองยังถูกกระตุ้นจากการเสพยาและสารเสพติดโดยตรง ผู้เสพยายังคิดถึงยาหรือสารเสพติดน้อย ชีวิตประจำวันยังสามารถดำเนินเป็นปกติ

## 2. ระยะเวลาเสพต่อเนื่อง (Maintenance Stage)

ระยะที่สองนี้ ผู้เสพยาเริ่มเสพยาบ่อยขึ้น และเพิ่มปริมาณมากขึ้น อาจจะทำทุกวัน หรือทุกสัปดาห์ ผู้เสพยาเริ่มรู้ถึงผลเสียของการเสพยา แต่โดยรวมยังคิดว่ามีผลดีอยู่เหมือนระยะแรก ทำให้เกิดความพอใจและลดความทุกข์ใจ

การเสพยาบ่อยขึ้นในระยะนี้ทำให้สมองถูกวางเงื่อนไขเพิ่มขึ้น สถานที่เสพยา ผู้เสพด้วยกัน และสิ่งของที่ใช้ในการเสพยา กลายเป็นตัวกระตุ้น (Triggers) เพียงคิดถึงตัวกระตุ้นเหล่านี้ ร่างกายก็เริ่มมีปฏิกิริยา ทำให้เกิดความอยาก (Craving) ที่จะเสพยาและสารเสพติดมาเสพยา สมองส่วนลิมบิก (Limbic System) ถูกกระตุ้นง่าย ด้วยตัวกระตุ้นที่สัมพันธ์กับตัวยาและสารเสพติดโดยตรง ปฏิกิริยาเช่นนี้จะไม่พบในผู้ที่ไม่เคยเสพยามาก่อน ในระยะนี้ผู้เสพยาเริ่มคิดถึงยาหรือสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น บ่อยขึ้น ในขณะที่ความคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สันทนาการ หรือการเรียนจะลดน้อยลง แต่ยังสามารถที่จะคิดตัดสินใจว่าจะเสพยาหรือไม่เสพได้

## 3. ระยะเวลาเสพติด (Disenchantment Stage)

ระยะที่สามนี้ ผู้เสพจะเสพยาบ่อยขึ้นมาก ผู้เสพรู้สึกถึงผลเสียของการเสพแล้ว ถ้าไม่ตัดสินใจหยุดเสพก็จะกลายเป็นเสพติด และถอนตัวยาก ชีวิตประจำวันเริ่มกระทบกระเทือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเรียน หรือหน้าที่การงานเริ่มเกิดปัญหา ระยะนี้แม้ว่าสมองส่วนนอกจะคิดหรือตัดสินใจหยุดเสพ แต่ก็ไม่สามารถควบคุมความอยาก และไม่สามารถควบคุมตนเองได้

การเสพเป็นประจำในระยะนี้เป็นกระบวนการวางเงื่อนไขสมองขั้นรุนแรง แม้รู้ว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดผลเสียเพิ่มขึ้นมาก แต่ก็ไม่สามารถใช้เหตุผลความรู้สึกกับผิดชอบชั่วดีมาบังคับตนเองได้ ตัวกระตุ้นในระยะนี้เพิ่มขึ้นมาก แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือสารเสพติดโดยตรง เช่น ความเครียด ความเหงา ความเบื่อหลังเลิกงาน ฯลฯ ตัวกระตุ้นในระยะนี้จะทำให้เกิดความอยากรุนแรงขึ้น แม้เพียงแค่มองคิดถึงเท่านั้น ก็เริ่มเป็นตัวกระตุ้นที่อ่อนๆ ในระยะนี้สมองส่วนนอกไม่สามารถควบคุมสมองส่วนลิมบิก (Limbic System) ที่ติดยาได้แล้ว ผู้ติดยาคิดถึงยาบ่อยขึ้นมาก ไม่สนใจเรื่องของการดำเนินชีวิตอย่างอื่นมากนัก



#### 4. ภาวะวิกฤต (Disaster Stage)

ระยะสุดท้ายนี้ ผู้ติดยาเสพติดจะพบเจอนอนแทบเป็นนอนนอน ไม่มีชีวิตจิตใจ แม้จะสำนึกถึงผลเสียของการเสพยา แต่เหตุผลทั้งหลายใช้ไม่ได้ผลแล้ว พฤติกรรมการติดยาในระยะนี้อาจเทียบได้กับหนูทดลองที่เลือกเสพยาเสพติดจนตัวตาย โดยไม่สนใจน้ำและอาหาร ผู้ติดยาแทบใช้เวลาทั้งหมดที่มีไปกับการแสวงหาวิธีการ เงินทอง ที่จะมาซื้อยา หรือการเดินทางไปซื้อยา หลายรายทำตัวเป็นผู้ขายรายย่อยที่จะได้กำไรเป็นยาให้ตนเองเสพ และก็ใช้เวลาส่วนที่เหลือกับการเสพยาและเมายา

ผู้ติดยาเสพติดทุกวัน วันละหลายครั้ง เป็นการวางเงื่อนไขสมองชั้นสมบุรณ์ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้แทบจะสิ้นเชิง ตัวกระตุ้นทั้งหลายเกิดง่าย ทั้งความรู้สึกต่างๆ ช่วงเวลาต่างๆ แม้เพียงแต่คิดก็เป็นตัวกระตุ้นที่รุนแรง ทำให้มีความอยากและไปเสพยา ระยะนี้ผู้ติดยาจะคิดถึงแต่ยาเสพติดแทบตลอดเวลา มีเพียงช่วงหยุดเสพยาเป็นบางช่วงเท่านั้นที่จะคิดถึงเรื่องอื่นๆบ้าง

จากที่กล่าวถึงเส้นทางการติดยาในช่วงต้น นักสังคมสงเคราะห์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเส้นทางการติดยาเสพติดของผู้ป่วยแต่ละคนว่าอยู่ในระยะใด เป็นกลุ่มเริ่มต้นลงยาหรือกลุ่มเสพติดต่อเนื่อง หรือกลุ่มวิกฤต ทั้งนี้เพื่อจะได้วางแผนการให้การช่วยเหลือและบำบัดรักษาได้อย่างเหมาะสมและให้ผลดีต่อไป

#### เส้นทางการเลิกยา (Roadmap for Recovery)

ในผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal Symptoms) และอาการอยากยา (Craving Symptoms)

อาการอยากยา (Withdrawal Symptoms) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดเสพยาหรือสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมีอาการขาดยาที่มักจะเรียกว่าลงแดง คือ มีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระตุก นอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยที่เสพยาบ้า เมื่อขาดยา อาการขาดยาจะมีมากขึ้นแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางกายจะไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวาย

อาการขาดยา (Craving Symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติด ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรกๆของการหยุดยา แม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ ในผู้ป่วยเสพยาบ้า อาการอยากยาทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาอีก

การเลิกยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน วนเวียน และยากลำบากยิ่งนัก เราต้องเรียนรู้มากมาย ผู้ติดยาเป็นครูในด้านกลับหรือด้านมืดของผู้บำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้ผลและเป็นวิทยาศาสตร์ต้องผ่านกระบวนการดำเนินการกับผู้ป่วยคนแล้วคนเล่า กลุ่มแล้วกลุ่มเล่า จนได้ข้อสรุป

และบทเรียนว่า การรักษาการติดยาเป็นการสร้างพฤติกรรมใหม่ให้ผู้ป่วยกลับมาเผชิญหน้ากับสังคมอีกครั้ง และบำรุงรักษาให้พฤติกรรมใหม่นี้อยู่ต่อไปให้นานพอ

ดังนั้น การบำบัดรักษาให้เลิกยาเสพติดนี้จึงต้องใช้เวลานาน ซึ่งสามารถแบ่งระยะเวลาการเลิกเสพยาเสพติดเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะถอนยา (Withdrawal Stage)
2. ระยะเริ่มต้นหยุดยาหรือระยะฮันนีมูน (Early Abstinence/Honeymoon Stage)
3. ระยะเลิกยาต่อเนื่องหรือระยะฝาอุปสรรค (Protracted Abstinence/The Wall Stage)
4. ระยะปรับตัว (Adjustment/Resolution Stage)

### 1. ระยะถอนยา (Withdrawal Stage)

เมื่อหยุดเสพยาเสพติด ระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการถอนยา ซึ่งจะมีอาการทางร่างกายเป็นสำคัญ โดยจะขึ้นกับว่าหยุดยาหรือสารเสพติดใด กลุ่มกระตุ้นประสาท กดประสาท หรือหลอนประสาท ตามชนิด ขนาดวิธีการของสารที่เสพ

อาการในระยะถอนพิษยานี้จะมีอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ถ้าหยุดยาบ้าใน 3-10 วันแรกของการหยุดยา จะมีอาการอยากยา ซึมเศร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย และไม่มีสมาธิ โดยอาการซึมเศร้าอาจรุนแรงจนถึงกับฆ่าตัวตายได้ ถ้าหยุดสุราจะมีอาการนอนไม่หลับ หดหู่ ซึมเศร้า มีความเครียดมากขึ้น โกรธง่ายขึ้น อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย ในบางรายที่มีอาการรุนแรง มีไข้ และอาการทางระบบประสาท อาจชัก (Delirium Tremens) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้เลิกยาเสพติดที่มีอาการถอนยารุนแรง อาจต้องพิจารณาให้การบำบัดรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอื่นๆ สมอยังทำงานไม่ปกติ จากการเสียสมดุลของสารเคมีในสมอง อาจมีอาการรุนแรง เช่น ชักทั้งตัว หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตาย

ในระยะถอนยานี้ ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมาก อาจจำเป็นต้องนอนรักษาในสถานพยาบาล แต่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยหลายๆรายก็ได้ผลดี เพียงแต่โปรแกรมการบำบัดรักษาต้องมีความชัดเจน รูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้ผล ต้องใช้กลุ่มบำบัด และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย ซึ่งครอบครัวจะเป็นสังคมย่อยที่จะช่วยปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงตนเองได้

### ปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ

1. ระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการขาดยา ผู้ป่วยจะไม่ค่อยตื่นตัว และเกิดความรู้สึก หดหู่ เหนื่อยล้า และรู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับเขา และต้องการคำแนะนำที่ชัดเจนว่าเกิดอะไรขึ้น ในขณะนี้ ในระยะนี้ ความคิดและความอยากเสพยาและสุราอาจเกิดขึ้นได้ ระดับสารสื่อเคมีสมองที่ลดลง จะทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า และมีความผิดปกติของการนอนเกิดขึ้น

2. ไม่สามารถมุ่งมั่นที่จะปรับโครงสร้างกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จ

การเสริมให้ผู้ป่วยสร้างโครงสร้างชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของระยะนี้ โดยกำหนดกิจวัตรประจำวันของตนเองขึ้นมาแทนกิจวัตรประจำวันขณะติดยาที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหา ยา เสพยา และเม

ยาเสพติด เป็นการวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวันล่วงหน้า 2-4 วัน (จนถึงวันที่จะมาพบผู้บำบัดรักษาตามนัดหมายครั้งต่อไป) โดยกิจวัตรที่วางแผนนี้จะเป็นกิจกรรมที่ตั้งใจจะทำจริงๆ โดยไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่จะทำให้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด การเขียนกิจวัตรประจำวันล่วงหน้าเช่นนี้มีความสำคัญในการหยุดยาเสพติดมาก เพราะเป็นการฝึกให้สมองส่วนนอก (Cortex) มาควบคุมสมองส่วนลิมบิก (Limbic System) เพื่อควบคุมพฤติกรรม เป็นการลดความวิตกกังวล และเสริมความตระหนักในตนเองของผู้ป่วย และคล้ายกับจะเป็นข้อสัญญาที่ผู้ป่วยให้ไว้กับผู้บำบัด และเพื่อนในกลุ่มบำบัด กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ห่างยาเสพติด เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ทำงานเบาๆ หรือไปกับครอบครัว และเป็นกิจกรรมลดความเบื่อหน่าย เป็นกิจกรรมที่สร้างเสริมและควรเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้โดยไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วย

ในระยะนี้ ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยได้ ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมใหม่ โดยเฉพาะในบ้าน ถ้ามีสุราอยู่ ก็ควรนำออกไปให้หมด ปรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ให้มีส่วนกระตุ้นให้กลับไปใช้ยาอีก เช่น การเข้มงวด ดุด่า การใช้อารมณ์ต่อกัน การแสดงท่าที่รังเกียจ ฯลฯ

## 2. ระยะเริ่มต้นหยุดยาหรือระยะฮันนีมูน (Early Abstinence/Honeymoon Stage)

ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-6 ระยะนี้อารมณ์ต่างๆของผู้ป่วยจะดีขึ้น มีกำลังใจเพิ่มขึ้น ความอยากยาลดลง ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและมองโลกในแง่ดี จนคิดว่าปัญหาการติดยาหมดไปแล้ว ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องระวังว่าความเชื่อมั่นที่มากเกินไปอาจทำให้กลับกลับไปเผชิญกับตัวกระตุ้นอีก หรือมีการดื่มสุรา และหยุดทำกิจกรรมที่กำหนดไว้ แล้วในที่สุดก็หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีก

### ปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ

ดังที่กล่าวไปแล้วว่าในระยะนี้อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น ความอยากยาลดลง มีความเชื่อมั่นและมองโลกในแง่ดีขึ้น จนคิดว่าปัญหาการติดยาหมดไปแล้ว บางรายจะทำงานมากจนบ้างาน ไม่รู้ว่าอะไรควรทำก่อน-หลัง ผู้บำบัดควรต้องบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าพลังงานในระยะนี้เกิดเพียงชั่วคราว จึงควรนำมาใช้กับการทำตารางกิจกรรมประจำวันสำหรับการเลิกยา และสร้างแรงกระตุ้นที่ทำให้เลิกยาได้สำเร็จ

## 3. ระยะเลิกยาต่อเนื่องหรือระยะฝาอุปสรรค (Protracted Abstinence/ The Wall Stage)

ระยะนี้มีความสำคัญที่สุดในการรักษาการติดยาเสพติด เสมือนกับเป็นการข้ามกำแพง หรือข้ามสีทันดร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกซึมเศร้า อยู่ไม่สุข ไม่มีสมาธิ ไม่มีพลัง และไม่มีความต้องการใดๆ ระยะนี้ใช้เวลา 6-20 สัปดาห์ และถือว่าเป็นระยะที่มีปัจจัยที่ต้องกลับไปติดซ้ำสูง

ระยะนี้ความรู้สึกมั่นใจของผู้ป่วยจะลดลงต่ำกว่าปกติ จนกลายเป็นความไม่มั่นใจ จะรู้สึกหมดพลัง อารมณ์จะแปรปรวน จากเฉยชาไปถึงซึมเศร้า และอาจแยกตัว อาจมีอาการเบื่อหน่าย หลายๆรายมีอาการอยากยากลับเพิ่มขึ้นมา

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ต้องตระเตรียมความคิดตั้งแต่ระยะหยุดยาระยะแรกว่ามีความยากลำบาก ในระยะนี้ และก็ต้องให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จของการข้ามผ่านระยะนี้ เป็นการต่อสู้ของสมองที่ติดยาที่จะเป็นสมองที่ดีได้ การเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาที่ต่อเนื่อง และการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มช่วยตนเอง จะเป็นประโยชน์มาก ระยะนี้ถือได้ว่าเป็นระยะฝึกให้มี "ปัญญา"

ระยะนี้ถือเป็นระยะที่ยากลำบากที่สุด นอกจากผู้ป่วยจะเกิดความไม่มั่นใจเพิ่มขึ้น ขาดพลัง ไม่มีสมาธิ ไม่ค่อยมีความต้องการทางเพศ นอนไม่หลับแล้ว ผู้ป่วยมักจะกลัวว่าอาการเหล่านี้จะเป็นตลอดไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำในระยะนี้ที่ต้องให้ความสนใจ คือ ปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันตามที่วางแผนไว้เสียไป มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป จนถึงกับกลับไปดื่มสุราหรือเสพยาอีก

### ปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ

ปัจจัยที่ทำให้กลับไปติดซ้ำในช่วงฝ่าวุธรครั้งนี้ ได้แก่

#### 1. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การไม่สนใจเรื่องเพศ และไม่มีความสุขในเรื่องเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเรื่องเพศอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการอยากยา สิ่งสำคัญของเรื่องนี้ ก็คือ การย้ำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าปัญหาพฤติกรรมทางเพศนี้จะกลับมาปกติ เมื่อร่างกายและจิตใจปรับตัวจากการเลิกยาได้แล้ว

#### 2. การไปดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดอื่นที่คิดว่าไม่ค่อยมีผลเสีย

ผู้ป่วยหลายๆรายที่เลิกยาเสพติดได้ในระยะนี้แล้วไปมักจะดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดอื่นที่คิดว่าไม่ค่อยมีผลเสีย เช่น ผู้ป่วยมาเลิกเสพยาเฮโรอีน แต่กลับไปดื่มสุราหรือเสพกัญชาแทน โดยให้เหตุผลว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเกี่ยวกับสุราหรือกัญชา

ความจริงของปัญหานี้ก็คือการดื่มสุราหรือการเสพกัญชาสามารถทำให้สมองส่วนนอกไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล ทำให้การจะกลับไปเสพยาเสพติดที่ต้องการเลิกก็เป็นไปโดยง่าย ในกรณีการรักษาการเสพยาบ้า หากระยะนี้กลับไปดื่มสุราอีก พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสจะกลับไปติดยาบ้าซ้ำสูงถึง 8 เท่าของผู้ไม่ได้ไปดื่มสุรา และถ้าผู้ป่วยไปเสพกัญชา ก็จะมีโอกาสกลับไปติดยาบ้าซ้ำ 3 เท่า และการดื่มสุราหรือการเสพสารเสพติดอื่นที่คิดว่าไม่ค่อยมีผลเสีย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาหรือความเครียดในชีวิต ทำให้การเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมในการเลิกยาเสพติดในระยะยาวเสียไป

นอกจากนี้ ในระยะนี้สมองส่วนที่ใช้เหตุผลเริ่มฟื้นตัว ดังนั้นผู้ป่วยจะพยายามหาเหตุผลมาเข้าข้างตัวเอง เพื่อพยายามหาคำอธิบายถึงเหตุผลที่ทำให้กลับไปมีพฤติกรรมที่ล่อแหลมต่อการกลับไปใกล้ชิดกับยาอีก หรือกลับไปเสพยาซ้ำ เช่น ให้เหตุผลว่าการกลับไปเสพอีกเกิดขึ้นโดยบังเอิญ มีอารมณ์โกรธ กลัว และเบื่อ จึงกลับไปเสพยาอีก เป็นต้น

ตัวอย่างข้ออ้างที่สำคัญ คือ

1. มีบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเข้ามา เช่น ไปเจอเพื่อนที่เสพแล้วเพื่อนให้มา หรือเพื่อนมาที่บ้านแล้วเอามาให้
2. มีเหตุผลจำเป็นอย่างอื่น เช่น เพราะน้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก จึงใช้เพื่อลดน้ำหนัก หรือเพราะไม่มีความสุขจากเพศสัมพันธ์ ถ้าไม่ได้เสพยาด้วย
3. ต้องการทดสอบตนเอง เช่น คิดว่าสามารถติ่มสุราได้โดยไม่กลับไปติด
4. อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกบังคับและต้องยอม เช่น ทะเลาะกับพ่อแม่ จึงออกไปเสพ หรือรู้สึกซึมเศร้าจึงเสพ
5. เจอตัวกระตุ้นโดยไม่คาดคิด เช่น เกิดพบยาเสพติดในรถเพื่อน
6. เกิดความรู้สึกที่นำไปสู่การเสพยา เช่น รู้สึกเบื่อ หรือซึมเศร้า จึงไปเสพยา

ดังนั้น ผู้บำบัดจึงต้องฝึกให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เท่าทันการคิดไปเสพยา และฝึกให้ปฏิเสธข้อแก้ตัวต่างๆ เหล่านี้ให้ได้ จึงจะฝ่าอุปสรรคของระยะนี้ไปได้

#### 4. ระยะปรับตัว (Adjustment/Resolution Stage)

ในการเลิกยาเสพติดระยะสุดท้ายนี้ แม้ว่าอาการทางร่างกายและจิตใจจะเหลือเบาบางเมื่อผ่านระยะอุปสรรคมาได้แล้ว แต่ระยะนี้เป็นระยะที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตที่สมดุล มีความสนใจสิ่งใหม่ๆ และต้องคอยตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอที่จะไม่กลับไปติดซ้ำ

ความสำเร็จของการดำเนินชีวิตจะช่วยให้เลิกยาเสพติดได้ต่อเนื่อง และความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตจะทำให้เป็นบทเรียนให้พัฒนาตนเองให้ดีขึ้น กระบวนการนี้จึงดำเนินไปตลอดชีวิต

#### ปัจจัยที่จะทำให้กลับไปติดซ้ำ

ปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในระยะนี้ คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองสามารถเลิกยาได้แล้ว จึงพยายามขอโอกาสเหมือนคนอื่นทั่วไปที่จะติ่มสุราเป็นครั้งคราว กลับไปคบเพื่อนที่ติดยาอยู่ ซึ่งการขอโอกาสดังกล่าวจะทำให้กลับไปติดยาซ้ำได้โดยง่าย

ปัจจัยที่จะกลับไปเสพยาซ้ำในช่วงนี้ ได้แก่

1. การไปเสพสุราหรือยาเสพติดอื่นที่ถูกรัฐกฎหมาย
2. ผ่อนคลายการกำหนดกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมที่เป็นโครงสร้างชีวิต
3. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนที่ช่วยในการเลิกยาเสพยา
4. หมดแรงหรือหมดกำลังใจที่จะเลิกยาเสพติด
5. หยุดการตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ปล่อยไปโดยไม่ได้รับการควบคุม

ดังนั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยควรเคร่งครัดต่อทักษะที่ได้เรียนรู้มา และพยายามฝึกปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้

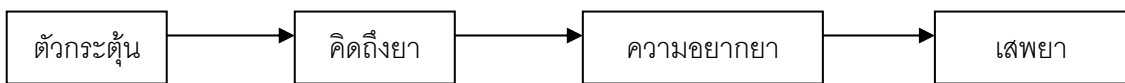
1. พยายามใช้ทักษะการควบคุมตนเอง ซึ่งจะเป็นสัญญาณเตือน ถ้าเริ่มมีความคิดหวนกลับไปเสพยาอีก
2. หากเกิดปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำปรึกษาจากผู้นำบัดที่ดูแลอยู่
3. การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สามารถเลิกยาได้

นอกจากนี้ การฝึกที่สำคัญที่สุดของระยะนี้ ก็คือ การจัดสมดุลของการดำเนินชีวิต การดำเนินชีวิตเป็น"ทางสายกลาง" ไม่น้อยไป ไม่น้อยไป กิจกรรมต่างๆในชีวิต การทำงาน ครอบครัว เพื่อนฝูง กิจกรรมที่ช่วยให้เลิกยาเสพติด การใช้เวลารว่าง และการพักผ่อนนอนหลับ ต้องจัดให้เหมาะสม และสร้างให้รู้สึกถึงความสำเร็จในการดำเนินชีวิต มีความสุข และมีกำลังใจ และเห็นถึงการพัฒนาการของตนเอง ที่จะรักษาสมดุล และดำเนินการเช่นนี้ตลอดไป

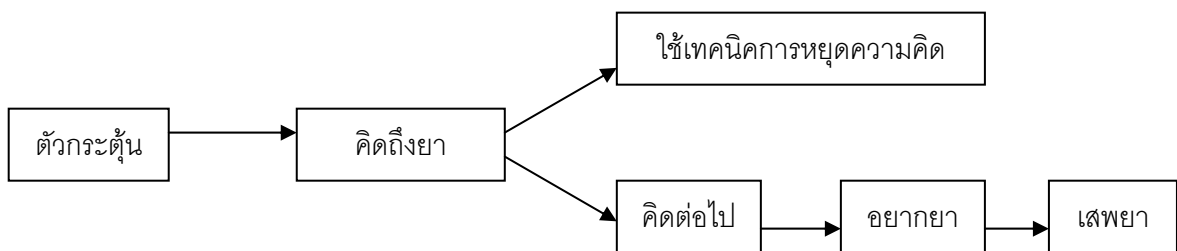
นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่เป็นผู้นำบัดรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ในเรื่องของเส้นทางการเลิกยาเสพติด รวมทั้งปัจจัยที่จะทำให้เกิดการกลับไปเสพยาซ้ำ ทั้งนี้เพื่อนำความรู้เหล่านี้ไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้เลิกยาได้ทัน่วงที ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาซ้ำอีก

### เทคนิคการหยุดความคิด (Thought Stopping)

การหยุดความคิดเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อลดความคิดอยากเสพยา อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการบำบัด ความคิดอยากเสพยาอาจเกิดจากสิ่งเร้าบางอย่างมากระตุ้น เช่น การคิดถึงภาพเหตุการณ์ การเจอเพื่อนในกลุ่มใช้ยาเสพติด ฯลฯ หลังจากนั้นจึงติดตามมาด้วยพฤติกรรมเสพยา ซึ่งถ้านำมาเรียบเรียงเหตุการณ์ดังกล่าว ก็จะเป็นดังนี้



ซึ่งเมื่อเริ่มต้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกยา นักสังคมสงเคราะห์จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับวงจรการให้ยาเสพติดนั้นเสีย โดยการใช้การหยุดความคิดเป็นเครื่องมือในการหยุดวงจรการใช้ยา ดังนี้



## แนวทางการแก้ไขและป้องกันการกลับไปเสพยา

1. การแยกแยะตัวกระตุ้นว่ามาจากอะไรได้บ้าง
2. หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เช่น การไม่ไปหาแหล่งเสพยา การไม่พกเงินจำนวนมาก ฯลฯ
3. การหยุดความคิด (และอาการอยากยา)

การหยุดพฤติกรรมเสพยาเป็นสิ่งที่ยากมาก หรือเป็นไปได้ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และการหยุดความคิดเกี่ยวกับการเสพยาจึงเป็นสิ่งที่ดีกว่า

## เทคนิคการหยุดความคิด

เทคนิคการหยุดความคิด มีหลายวิธี แต่ที่นิยมทำกันมีดังนี้

**การจินตนาการ** โดยสร้างภาพที่เปิด-ปิดสวิตซ์ไฟฟ้าหรือสร้างภาพคันโยกให้เกิดขึ้นในใจ จินตนาการให้ตัวเราเป็นคนเปิดหรือปิดสวิตซ์ไฟฟ้าเพื่อที่จะหยุดความคิดที่จะเสพยา จินตนาการภาพอื่นให้เกิดขึ้นมาแทนที่ความคิดเหล่านั้น กิจกรรมนี้ต้องอาศัยการฝึกฝนตนเองจึงจะเกิดทักษะในการหยุดความคิด

**การตีหนังยาง** ให้เอาหนังยางใส่ข้อมือ เมื่อใดก็ตามที่เริ่มคิดถึงยาเสพติด ให้ตีหนังยางและพูดกับตัวเองว่า “ไม่” แล้วเปลี่ยนไปคิดเรื่องอื่นแทน กิจกรรมนี้ทำได้ง่าย เป็นสิ่งที่น่าสนใจ

**ฝึกการผ่อนคลาย** เมื่อรู้สึกว่างเปล่า รู้สึกหนักตื้อ และเป็นตะคริวในท้อง นั่นคืออาการอยากยา ให้ฝึกการผ่อนคลายโดยการหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกช้าๆ ทำอย่างนี้ 3 ครั้ง จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ทำซ้ำๆ ได้เมื่อรู้สึกมีอาการอยากยาเกิดขึ้นอีก

**โทรศัพท์ปรึกษาใครบางคน** ผู้ป่วยควรมีเบอร์โทรศัพท์คนที่สนับสนุน ให้กำลังใจ และสามารถติดต่อได้เสมอเมื่อต้องการ หรือเมื่อเกิดความคิดแบบเดิมๆ และมีความรู้สึกคล้ายมีอาการอยากยาเกิดขึ้น การได้พูดคุยกับใครสักคนเท่ากับเป็นการระบายความรู้สึก ได้รับกำลังใจ และจะได้ตระหนักในสิ่งที่กำลังคิด

**การสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ** จะทำให้มีสติ และเยือกเย็นลง ความคิดไม่สับสนวุ่นวายถึงยาเสพติด

## หลักการสำคัญในการหยุดความคิดเสพยา

กุญแจสำคัญในการหยุดความคิดเสพยา ก็คือ อย่าให้มันเริ่มขึ้น โดยหยุดความคิดทันทีที่เริ่มเกิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความอยากยาที่รุนแรงเกิดขึ้น เมื่อมีความคิดเกี่ยวกับการเสพยาเกิดขึ้น เทคนิคการหยุดความคิดจะช่วยทำให้หยุดความคิดได้สำเร็จ กระบวนการคิดเสพยาจะเกิดขึ้นในช่วงเวลา 30-90 วินาทีเท่านั้น การที่เราสามารถหยุดความคิดเสพยาได้นั้น หมายถึงว่าเราสามารถตัดวงจรของการเสพยาซ้ำได้สำเร็จ

นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้ในเรื่องของเทคนิคการหยุดความคิด เพื่อจะได้นำความรู้นี้มาใช้ในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคิดวิธีการหยุดความคิดด้วยตนเองได้ และด้วยการหยุดความคิดต้องอาศัยการฝึกทั้งใน

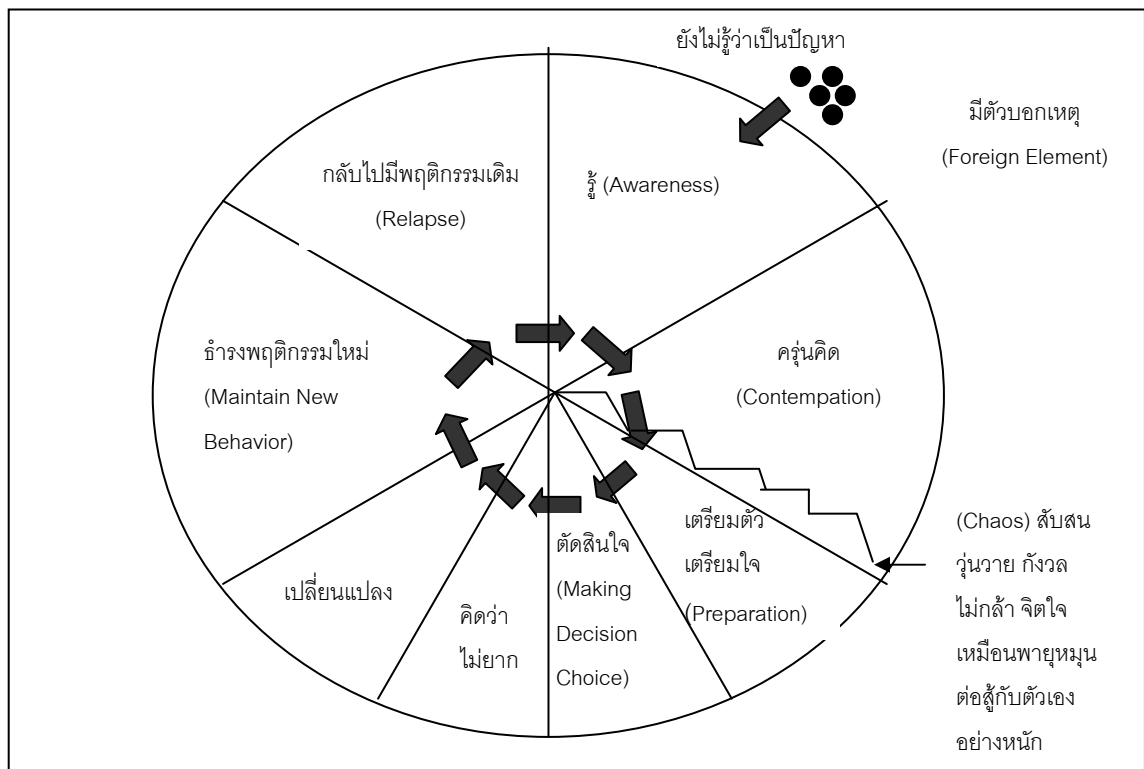
กลุ่มและในชีวิตประจำวัน และแต่ละคนก็ได้ผลไม่เท่ากัน นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วย เลือกรูปแบบชีวิตที่ชอบ เหมาะสม และได้ผลดีเป็นหลัก โดยนำเทคนิคการหยุดความคิดนี้ไปใช้ร่วมกับการ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการจัดกิจกรรมกิจวัตรของผู้ป่วยด้วย

### กระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวเอง (Process of Change)

ได้มีการศึกษาลำดับขั้นตอนและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างจริงจังในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ อีกทั้งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด เพราะฉะนั้น นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการบำบัด รักษาและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลง ตัวเอง (Process of Change) ของผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อจะได้ประเมินว่าผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดนี้มีการ เปลี่ยนแปลงอยู่ในระยะใด เพื่อจะได้นำมาวางแผนการบำบัดรักษา ช่วยเหลือ และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ กับผู้ป่วยยาเสพติดได้พัฒนาระยะการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ก้าวหน้าต่อไป รวมทั้งเพื่อจะได้ช่วยให้ผู้ป่วย เรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำอีก

#### ขั้นตอนและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตัวเองนี้ได้มีนักทฤษฎีและนักปฏิบัติงานชาวตะวันตกหลายคนได้กล่าวไว้ ไม่ว่าจะเป็นแซทเทอร์ (Satir) หรือโปรชาสกา (J.O Prochaska) ไคคลิเมนเต้ (C.C. DiClemente) และ นอร์ครอส (J.C. Norcross) ส่วนในรายงานฉบับนี้ได้นำเสนอเฉพาะกระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวเอง (Process of Change) ซึ่งสรุปรูปแบบไว้โดยทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2545:113-118) ดังมีรายละเอียดดังนี้





### ระยะที่ 1 ระยะพฤติกรรมเดิมตามปกติ (status Quo)

เป็นระยะก่อนที่คิดได้ ซึ่งโปรแชสกา, ไดคลิเมนเต้ และนอร์คอร์ท (J.O Prochaska, C.C. Di Clemente และ J.C. Norcross) เรียกว่าระยะก่อนครุ่นคิด (Precontemplation) ส่วนแซทเพียร์ (Satir) เรียกระยะนี้ว่า ระยะสภาวะเดิมตามปกติของบุคคลนั้น (Status Quo) ในขั้นนี้เจ้าของปัญหายังไม่เห็นปัญหาของตนเอง แต่คนนอกมักจะมองเห็นก่อน

ผู้อื่นที่เห็นว่าบุคคลผู้นี้ น่าจะอยู่ในสถานะที่เสี่ยงหรือเดือนร้อนหากยังทำพฤติกรรมนี้ต่อไป จึงอาจแสดงด้วยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใดให้เจ้าตัวทราบ หรือเจ้าตัวอาจทราบเองได้จากแหล่งบอกเหตุรอบตัว ทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่ก็ยังคิดว่าตนเองไม่เห็นจะเดือดร้อนอะไร หรือเป็นเรื่องเล็ก ไม่น่าวิตก โวยวายเกินกว่าเหตุ ตีตนไปก่อนไข้ และเห็นว่าคนอื่นนั้นแหละที่ควรจะต้องปรับปรุงแก้ไข เป็นระยะที่คอยคิดอยากให้คนอื่นเปลี่ยน หรือบางทีก็อาจขาดข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง หรืออาจกำลังปฏิเสธความจริง หรือไม่ก็คิดว่า ถึงจะอยากแก้ไขก็คงทำอะไรไม่ได้ เพราะนอกเหนือการควบคุมหรือความสามารถของตนเอง

ต่อมาเมื่อหลักฐานหนาหูเข้า และชัดเจนขึ้นบ่อยๆ ทำให้เคลือบความเข้าใจตัวเองไปสู่ระยะที่ 2

### ระยะที่ 2 ระยะรู้ตัว (Awareness)

ระยะนี้จะมองเห็นประเด็นปัญหาแล้วว่าใครควรปรับปรุงแก้ไข

### ระยะที่ 3 ระยะครุ่นคิด (Contemplation)

เป็นระยะที่เจ้าตัวเริ่มรู้ตัวว่าตัวเขามีปัญหา อยากจะหยุดสิ่งที่เป็นปัญหานั้น และเริ่มคิดจริงจังที่จะแก้ พยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง พิจารณามากขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร สงสัยว่าจะแก้ไขได้ด้วยวิธีการใด อยากจะแก้ไข เข้าใจปัญหาได้แล้ว มีการวางแผนทำนั้นทำนี่อยู่ รู้ความต้องการของตนเอง ทราบว่าจะไปถึงจุดหมายได้อย่างไร แต่ยังไม่พร้อม เพราะหลายคนติดข้องอยู่ตรงจุดนี้มานานมากแล้ว อยากแก้แต่ไม่ทราบว่าจะแก้ได้อย่างไร คิดวนไปวนมา ก็คิดไม่ตก แต่ก็อดทรมานใจไม่ได้ เป็นอยู่เช่นนี้

ระยะนี้ บุคคลนี้ผู้นี้จะเริ่มคิดจริงจังที่จะเอาชนะปัญหาของตนเอง

ในกลุ่มผู้ช่วยติดสารเสพติด ระยะนี้จะเป็นระยะที่สำคัญ ที่เขากำลังซังง้ำน้ำหนักระหว่างผลดีและผลเสียของการเสพยาอยู่ต่อไป เขากำลังต่อสู้กับการประเมินหาข้อดีที่จะเป็นประโยชน์ ถ้าหากจะเลิกยาเสพติด และประเมินว่าจะคุ้มไหมกับการที่เขาต้องสละบางสิ่งบางอย่างที่ยิ่งใหญ่ เพื่อแลกกับการที่จะมีชีวิตอย่างปกติ และเขายังต้องลงทุนลงแรง ต้องทุกข์ทรมานไปพักใหญ่ในระยะแรกๆที่จะเลิกยา เขาต้องต่อสู้กับการเอาชนะตัวเอง ว่าแม้จะยากลำบาก แต่สิ่งที่จะได้ตอบแทนนั้นมีค่ามาก คุ้มที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงปรับปรุงตนเอง เขาต้องครุ่นคิดพยายามหาหลักฐานยืนยันที่เป็นรูปธรรมมาทำให้ตัวเองมีศรัทธาและความเชื่อที่จะเลิกยาเสพติดให้มากขึ้น จนสามารถมีน้ำหนักมากกว่า และสามารถถ่วงดุลของการจะไม่ยอมเลิกยาเสพติดให้ชนะให้ได้ เมื่อคิดถึงความทรมานที่เขาจะต้องทนอยู่เป็นเวลา 6 เดือนข้างหน้าเป็นอย่างน้อย บางทีก็อาจทำให้เขาเริ่มกลับมาคิดเลิกล้มความตั้งใจไปอีก แต่แล้วก็ลุกขึ้นมาคิดไฝ่ดีให้หนักหน่วงขึ้น และถึขึ้น สลับไปสลับมาอยู่เช่นนี้ เหตุการณ์ดังบรรยายมาจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่กำลังคิดจะเปลี่ยนแปลง

ตนเอง สรุปได้ว่าแก่นของความคิดจะวนเวียนนอนอยู่ในเนื้อหาทำนองว่า “ฉันมีปัญหา ฉันคิดว่าฉันน่าจะต้องเปลี่ยนแปลงตัวเอง หรือทำอะไรสักอย่างให้ดีขึ้นกว่านี้”

### ช่วงสับสนวุ่นวาย (Chaos)

เป็นช่วงที่อยู่ระหว่างหัวเลี้ยวหัวต่อของการละทิ้งของเก่าที่เป็นปัญหา แล้วจะทำของใหม่ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่ตนเองยังไม่ถนัดทำมาก่อน เสมือนกับคนที่ลอยคออยู่ในบริเวณน้ำลึก ไหลเชี่ยว มีหลักเล็กๆ เกาะอยู่ อันเดียว แต่น้ำกำลังจะเชี่ยวขึ้น จำเป็นต้องไต่ไปเกาะหลักอันใหม่ที่แข็งแรงกว่า แต่ไกลออกไปพอมองเห็น จะต้องใช้กำลังและความเสี่ยงความกล้าที่มากกว่าปกติ บุคคลผู้นี้จึงอยู่ในสภาพคิดมากกว่าจะทำอย่างไรดี กลัวๆ กล้าๆ หลายคนจะคงยืนหยัดที่จะเกาะหลักเก่าไว้ก่อน เพราะคิดว่าจะไม่เป็นไร ถึงอย่างไรก็ยังคงรู้จักคุ้นเคยอยู่กับหลักนี้ คงปลอดภัย และกะเกณฑ์ได้ถูกเหมือนรู้ใจกันอยู่นานแล้ว ซึ่งเปรียบได้กับการจะยึดพฤติกรรมเดิมของตนไว้อย่างไม่ยอมปล่อย เนื่องจากคิดว่าถ้าไต่ไปเกาะหลักใหม่ ตนเองอาจเจ็บ หรือได้รับอันตรายที่ยังไม่ทราบเหมือนกันว่าจะเป็นอะไร เพราะยังไม่เคยเปลี่ยนแปลงมาก่อน

ช่วงนี้ถ้าทิ้งไว้นาน ไม่มีทางออก ไม่มีที่ปรึกษา อาจคิดวนไปวนมา กลับไปกลับมา ไม่ก้าวหน้าไปไหน และหาทางออกไม่ได้ อาจจะถูกมุมใจ กังวลใจ กัดกร่อนอารมณ์ตนเอง จนเกิดความไม่สบายใจ จิตใจว้าวุ่นเหมือนพายุหมุนจัด ต้องต่อสู้กับตัวเองอย่างหนักในช่วงนี้

ช่วงนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างจะก้าวข้ามจากระยะหนึ่งไปอีกระยะหนึ่งตอนใดก็ได้ทั้งนั้น

### ระยะที่ 4 ระยะเตรียมตัวเตรียมใจ (Preparation) หรือระยะตัดสินใจ

ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญ บุคคลกำลังมีความตั้งใจสูง ผสมกับมีแนวทางที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองแล้ว ได้ศึกษาหาเส้นทางที่จะไปดี กับที่จะอุดช่องโหว่ของพฤติกรรมตนเองได้บ้างแล้ว เช่น ผู้ที่ติดบุหรี่ เมื่อมาถึงระยะเวลาเตรียมตัวเตรียมใจ ก็จะทราบวิธีการเลิกบุหรี่ของตนว่าจะลดจาก 1 ซอง ต่อวัน ให้เหลือวันละ 5 มวน จะมีการถ่วงเวลาสูบบุหรี่ออกไป 30 นาที จะเคี้ยวหมากฝรั่ง และเตรียมฝากผู้ใกล้ชิดให้คอยเตือนหากทำท่าจะแพ้ใจตนเอง หรือคอยให้รางวัลหากทำได้ตามเป้าหมาย เป็นต้น การเตรียมลู่วิ่งลาดเลาต่างๆอย่างนี้ ก็ยังไม่ถึงกับขั้นลงมือเปลี่ยนแปลง เพราะทั้งหมดนี้เป็นแผนในใจเท่านั้น

ระยะเตรียมตัวของแต่ละคนอาจจะสั้นยาวไม่เท่ากัน บางคนเตรียมตัวอยู่หลายปีก็มี ไม่ลงมือกระทำสักที ซึ่งก็เช่นเดียวกับทุกๆระยะ คนบางคนอาจติดขัดอยู่บางระยนานกว่าระยะอื่นๆ และในแต่ละคนแต่ละระยะก็ไม่เท่ากัน บางคนเอาชนะได้เร็ว มีกำลังใจทั้งภายในและภายนอกยิ่งใหญ่เพียงพร้อมไปหมดก็จะเปลี่ยนแปลงได้เร็วและถาวร แต่บางคนก็จะช้า และต้องการทราบทรัพยากรรอบตัว รวมทั้งในตัวด้วยระดมเข้ามาใช้มากมายต่างจากคนอื่น

ระยะเตรียมตัวเตรียมใจนี้ เดิมโปรแชสกา ((J.O Prochaska) ไดคลิเมนเต้ (C.C. DiClemente) และนอร์ครอส (J.C. Norcross) เรียกว่าระยะตัดสินใจ

### ระยะที่ 5 ระยะลงมือกระทำ (Action)

เป็นระยะที่บุคคลเริ่มปรับพฤติกรรม ปรับความคิด ตั้งประสบการณ์ ทรัพยากรต่างๆทั้งหมดทั้งหมดมาทุ่มเทเพื่อเอาชนะปัญหาของตัวเขาได้ ช่วงนี้เป็นช่วงที่ต้องมีกำลังใจสูงกว่าปกติ จึงจะกล้าลงมือกระทำ รวมทั้งต้องมีการทุ่มเทประกาศตนอย่างแน่วแน่ (Commitment) ทุกด้าน ทั้งด้านเวลา กำลังกาย กำลังทรัพย์ กำลังปัญญา กำลังใจ ในผู้ติดยาเสพติด หากถึงขั้นนี้แล้ว จะเห็นการเปลี่ยนแปลงภายนอกของเขาได้ชัดเจนมาก

ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด หากเขาสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพียงหนึ่งครั้ง หนึ่งวัน หรือ 6 เดือน ฯลฯ ก็เรียกว่าเขาประสบความสำเร็จในการพยายามที่จะเลิกยาเสพติดของเขาไปได้ระดับหนึ่ง เช่นงดสารเสพติดได้ หรือลดบุหรืได้ 50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งในระดับนี้ แม้ว่าจะเรียกว่าสำเร็จไปขั้นหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เป็นที่พึงพอใจ 100 เปอร์เซ็นต์ เขายังต้องสานต่อความพยายามของเขาอย่างหนักต่อไปในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง หลายคนพอมาถึงขั้นนี้แล้วคนรอบข้างยังไม่ให้กำลังใจอีก เขาจะรู้สึกว้า “ไม่มีใครรู้หรือว่าผมต้องพยายามมากขนาดไหนกว่าจะทำได้เท่านี้ ก็คุณไม่ได้เป็นคนติดยาเนี่ย คุณจึงไม่มีวันเข้าใจ” บ่อยครั้งที่พ่อแม่ผู้ติดยาเสพติด พอเห็นลูกเลิกยาได้บ้าง ก็มักขอต่อให้ทำดีขึ้นไปอีกเลย และลืมนำกำลังใจในการเชยิบขั้นขึ้นมาได้ขนาดนี้ หรือบางทีได้คะแนนสูงในพฤติกรรมหนึ่ง แต่บางพฤติกรรมยังไม่ดีขึ้น ผู้ปกครองก็ดว่านหยาบพฤติกรรมที่ยังปรับปรุงไม่ถึงขั้นมาวิจารณ์ หักล้างความดีงามในส่วนที่ได้ทำไปแล้ว ทำให้ผู้ติดยาเสพติดอาจหมดกำลังใจ และท้อถอย คิดวางมือลงไปเลยก็ได้ ตรงนี้ผู้ให้การปรึกษาจะต้องคอยระวัง ระวังประคองกำลังใจกันต่อไป ทุกระยะมีความสำคัญมากทั้งนั้น

ในระยะนี้พึงระวังการเข้าใจผิดของผู้ให้การปรึกษา เพราะเรามักไปไปหลงคิดว่าการกระทำคืออันเดียวกับเปลี่ยนแปลง ความจริงการลงมือกระทำพฤติกรรมที่ประสงค์ออกไป ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะเปลี่ยนแปลงถาวรต่อไป ตรงนี้ต้องอย่าชะล่าใจว่าการปรับพฤติกรรมประสบความสำเร็จแล้ว และอย่าพึ่งหยุดการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดแต่เพียงระยะนี้ เพราะนี่เป็นแต่เพียงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกเท่านั้น อันที่จริงการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทำได้ไม่ยากเท่าไร แต่การจะธำรงพฤติกรรมใหม่ให้อยู่ติดตัวบุคคลนั้นไปนานๆนี่สิยากกว่า

### ระยะที่ 6 ระยะธำรงพฤติกรรมใหม่ (Maintain New Behavior)

เป็นระยะที่บุคคลต้องทำงานหนักต่อไปที่จะต้องระวังตัวเองไม่ให้เผลอลงไปเสพยา รวมทั้งต้องคอยรวบรวมความสำเร็จของตัวเอง และให้กำลังใจตนเอง หรือแสวงหากำลังใจจากคนรอบข้างเป็นระยะๆ เหมือนลูกโป่งที่เริ่มจะแฟบตัวลง และกำลังใจจะตกสู่ดิน จะต้องมีการหมั่นอัดฉีดหรือเป่าลมให้พองอยู่เป็นครั้งคราวและถูกจังหวะ ต้องมีการทบทวนตนเอง ทบทวนความก้าวหน้า ทบทวนการเปลี่ยนแปลง มีสติรู้ตัวว่าวิถีชีวิตของตนเองอยู่ปกติสุขดีหรือไม่ เชื้อต่อการธำรงพฤติกรรมหรือไม่ มีสิ่งแปลกปลอมใดที่จะมาทำลายความตั้งใจในการธำรงรักษาพฤติกรรมใหม่อย่างเหนียวแน่นเคร่งครัดหรือเปล่า เมื่อมีอุปสรรคเกิดขึ้นจะทำอย่างไร จะหาหรือฝึกซ้อมวิธีการแก้ไขปัญหามาอย่างไร จะระวังไม่ให้ตัวเองเข้าไปอยู่ในความ

เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำอย่างไร การดำรงชีวิตในสภาพชีวิตใหม่นี้ไม่ใช่่ง่ายนัก แต่จะต้องแข็งแกร่ง ไม่แพ้  
ทุกๆระยะเลย

ระยะนี้แซทเทียร์ (Satir) เรียกว่า นำไปลงมือปฏิบัติ (Implementation)

สำหรับผู้ติดยาเสพติดแล้ว การดำรงตนไม่ใช่ให้ใช้ยาเสพติดอยู่ได้อย่างน้อย 6 เดือนแรกถือว่าอยู่ใน  
ขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงเท่านั้น การจะถือว่าอยู่ในขั้นดำรงพฤติกรรมใหม่จะต้องทำไปตลอดชีวิต

### ระยะที่ 7 กลับไปมีพฤติกรรมเดิม คือการเสพยา (Relapse)

ในเมื่อไม่ใช่เรื่องง่ายนักที่จะดำรงพฤติกรรมใหม่ให้นานแสนนาน บางครั้งบุคคลก็อาจแพ้ใจตนเอง  
หรือมีเหตุปัจจัยอื่นภายนอกเข้ามาชักนำให้ต้องปล่อยตัวเองกลับไปมีพฤติกรรมเดิม เช่น ผู้ติดยาเสพติด เมื่อ  
เข้าสู่สภาพหรือสถานที่ที่ละแวกที่นั้น (Setting) ที่ตนเองคุ้นเคยในระหว่างเสพยา ก็อาจทนไม่ได้ และอาจเผลอ  
ใจไปอีกครั้งหนึ่ง เมื่อเผลอไปแล้วอาจตกกระไดพลอยโจน หรืออาจเพราะไม่สบายใจที่พ่อแม่ไม่ให้เกียรติ  
 ฯลฯ จึงเป็นเหตุอ้างให้กลับไปทำพฤติกรรมแบบเดิมอีก

หลังจากนี้สักระยะหนึ่ง เขาอาจคิดได้ใหม่ ก่อนที่จะเริ่มครุ่นคิดเต็มที่ (Precontemplation) ก็จะเริ่ม  
ครุ่นคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจ และลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองให้กลับมาใหม่อีกครั้ง วนไปวนมาอยู่อีกหลาย  
รอบ แต่ในรอบหลังๆจะมีโอกาสสั้นเข้า คือใช้เวลาน้อยลงในการผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม  
ตนเอง แล้วถึงขั้นดำรงพฤติกรรมได้เร็วกว่าในรอบแรกๆ

### หน้าที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานให้การปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตระหนักรู้ เข้าใจ ชำนาญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อจะได้  
ทราบหน้าที่ว่า ขณะนี้ผู้มารับบริการยืนอยู่ ณ จุดใดของวงกลมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ให้การปรึกษา  
ก็ทำหน้าที่เข้าไปสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้ผู้ติดยาเสพติดผ่านพ้นวิกฤติไปได้ด้วยดีจนตลอดรอด  
ฝั่ง

บทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง มีดังนี้

#### ระยะพฤติกรรมเดิม (Status Quo) และระยะรู้ตัว (Awareness)

1. จะต้องทำหน้าที่“แหวกคอก” นั่นคือ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยในสถานะปัจจุบันของตนว่าไม่มีปัญหาจริงๆหรือ
2. ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมในปัจจุบันของตน
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงข้อดี-ข้อเสียของการคงพฤติกรรมเดิม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่
4. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อดี-ข้อเสียต่างๆ

### ระยะครุ่นคิด (Contemplation)

จะต้องทำการ“ตอกย้ำ” นั่นคือต้องอธิบายหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลของการหยุดยาเสพติด ผลที่เกิดขึ้นหากยังคงใช้ยาต่อไป รวมทั้งจะต้องสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม

### ระยะเตรียมตัวเตรียมใจ หรือระยะตัดสินใจ (Prepatation)

ช่วยให้ผู้ป่วย“ทำจริง” นั่นคือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลงมือกระทำจริง โดยการกระตุ้นให้ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และทำได้จริง รวมทั้งเสนอทางเลือกเพิ่มเติม หากผู้ป่วยยังไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร

### ระยะลงมือกระทำ (Action)

จะต้องช่วยให้ผู้ป่วย“วิ่งต่อไป” หมายความว่า ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติหรือก้าวต่อไปข้างหน้า โดยการคอยให้กำลังใจ สนับสนุนการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

### ระยะธำรงพฤติกรรมใหม่ (Maintain New Behavior)

จะต้องช่วยให้ผู้ป่วย“ไม่ใช้ยา” โดยการช่วยให้เขาเลือกและใช้กลยุทธ์ที่ช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ กำจัดตัวกระตุ้นทั้งหลาย และคอยเป็นกำลังใจ สนับสนุนให้เขาคงพฤติกรรมใหม่นั้นตลอดไป

### ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม คือ การเสพยาซ้ำ (Relapse)

จะต้องทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างความตั้งใจใหม่ และมุ่งมั่นที่จะรักษาต่อไป ให้กำลังใจ และช่วยให้เขาสามารถเอาชนะความรู้สึกท้อแท้ได้ รวมทั้งช่วยให้เกิดแรงจูงใจใหม่ที่มุ่งมั่น จะหยุดยาเสพติดอีกครั้ง แทนที่จะจมอยู่กับภาวะการกลับไปเสพยาซ้ำตลอดไป เพราะการมุ่งมั่นจะทำให้เขาสามารถหยุดยาเสพติดได้ถาวร

## การให้การปรึกษา

เนื่องจากลักษณะงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นงานที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตใหม่ได้อย่างปกติสุข โดยปราศจากการใช้ยาเสพติด การจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมเป็นอย่างมากทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งก่อนให้การช่วยเหลือ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องพยายามทำความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัว และให้ความเห็นอกเห็นใจเขาเหล่านั้น อีกทั้งยังพยายามให้พวกเขาได้รับรู้และแลกเปลี่ยนความเข้าใจซึ่งกันและกันด้วย ซึ่งการจะเข้าใจถึงความรู้สึกของพวกเขาได้นั้น ต้องมีการพูดคุยสนทนากัน รวมทั้งมีการให้การปรึกษาเมื่อพวกเขาต้องการความช่วยเหลือ ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การปรึกษารวมทั้งสามารถนำความรู้ที่มีไปใช้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ความหมายของการให้การปรึกษา

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546:7-8) ได้รวบรวมความหมายที่นักวิชาการต่างๆ ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Rogers (1952) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการที่โครงสร้างของอัตตาได้รับการผ่อนคลายในสภาพที่ปลอดภัย ภายใต้บรรยากาศและสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา และทำให้ประสบการณ์เดิมที่ผู้รับคำปรึกษาไม่สามารถเผชิญหรือยอมรับได้ ได้ถูกนำมารับรู้และผสมผสานกัน เป็นการเรียนรู้จักตนเองในแนวทางใหม่ที่ถูกต้อง

Patterson (1959) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการทางจิตวิทยาและพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีสุขภาพจิตดีขึ้น

ดร.อาภา จันทรสกุล ได้เขียนว่า การให้คำปรึกษาเป็นบริการหนึ่งในบริการทั้งหมดของการแนะแนว (Guidance) เป็นกระบวนการที่บุคคลผู้ต้องการความช่วยเหลือมาพบปะเป็นส่วนตัวกับผู้ให้คำปรึกษา เป้าหมายโดยทั่วไปของการให้คำปรึกษา คือ การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจ เผชิญกับปัญหา และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของตนเอง ภายใต้สถานการณ์ที่อบอุ่น ปลอดภัย อันเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา การสัมภาษณ์และการฟังอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเทคนิคเบื้องต้นที่ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าใจผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถสะท้อนความคิด ความรู้สึก และปัญหา กลับไปให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เกิดความเข้าใจตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนเลือกเป้าหมายในชีวิตได้อย่างมีความสุข สำหรับผู้รับคำปรึกษาจะเป็นบุคคลปกติ เพียงแต่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มีอาการวิตกกังวล ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถใช้พลังความสามารถได้เต็มที่ แต่ไม่ใช่บุคคลที่ผิดปกติทางจิต มีปัญหาทางอารมณ์อย่างลึกซึ้งในขั้นของโรคประสาท โรคจิต บริการให้คำปรึกษาจะมีบทบาทของงานอยู่ในสถาบันทางการศึกษา โรงเรียน มหาวิทยาลัย และสถาบันที่ให้บริการทางด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546:7-8) เขียนไว้ว่า การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ซึ่งได้รับการฝึกฝนและอบรมความรู้ เพื่อนำมาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา (Counselee) โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรู้จักใช้วิธีการเริ่มต้นการเอื้อประโยชน์ช่วยรักษากระบวนการปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน ทั้งนี้ผู้รับคำปรึกษาจะต้องช่วยคงสภาพความสัมพันธไมตรีไว้ด้วย จุดเน้นของการให้คำปรึกษา คือ การสร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีปัญหาเป็นตัวกลาง ทำให้ทั้งสองฝ่ายมาพบกัน ในที่สุดของการปรึกษาก็คือ ผู้รับคำปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้น โดยความสมัครใจ นอกจากนั้น การปรึกษาอาจถึงขั้นลงลึกคล้ายการรักษาทางใจ เป็นเฉพาะกรณีพิเศษแก่ผู้รับคำปรึกษา จนถึงกับเรียกผู้ให้คำปรึกษาว่านักบำบัด (Therapist) ซึ่งความจริงแล้วผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่ นักบำบัด เพราะ

นักบำบัดรับภาระในการบำบัดรักษาผู้รับบริการลึกกว่าผู้ให้คำปรึกษา แม้กระทั่งการทำงานของสองวิชาชีพนี้ก็อาจมีการเหลื่อมล้ำกันได้

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการสนทนาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง ผู้อื่น สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตนเองได้อย่างเหมาะสม

### จุดประสงค์หลักในการให้การปรึกษา

1. ผู้ให้คำปรึกษาสามารถนิยามหรือกำหนดขอบเขตปัญหาของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ความสามารถในการเข้าถึงสภาพปัญหาของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างดี
2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อจะได้นำไปสู่ความร่วมมือในการช่วยเหลือตนเองต่อไป
3. ช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของแต่ละบุคคลที่มารับการปรึกษา ทำให้เขามีความเข้าใจตนเองมากขึ้น และรู้จักใช้ทรัพยากรที่จะนำมาเอื้อประโยชน์แก่ตัวเขาเองได้อีกด้วย
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจสิ่งแวดล้อมของเขาเอง และสามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
5. ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทางใจ

### คุณสมบัติที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีทัศนคติที่เหมาะสมกับงาน กล่าวคือ รักงานที่ทำ ตั้งใจทำงาน ไม่เบื่อง่าย พร้อมจะเรียนรู้งานเพื่อปรับปรุงพัฒนางานการบริการปรึกษาให้ดียิ่งขึ้น
2. แม้จะไม่ได้ศึกษามาทางด้าน การให้การปรึกษาโดยตรง แต่สามารถทำหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาได้ โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องมีความรู้ใกล้เคียงกับความรู้ด้านการให้การปรึกษา เช่น มีความรู้ด้านจิตวิทยาสังคม มนุษย์กับสังคม พฤติกรรมมนุษย์ สังคมวิทยา มานุษยวิทยา มนุษย์กับสังคม เป็นต้น เพราะความรู้ด้านการให้การปรึกษาเป็นศาสตร์ประยุกต์ที่ต้องใช้ความรู้ด้านต่างๆดังกล่าวแล้วเช่นกัน
3. มีบุคลิกภาพเหมาะสม กล่าวคือ การแสดงออก ท่าทีของผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้สึกว่าเป็นมิตร ให้ความอบอุ่น แลดูน่าเชื่อถือ น่าศรัทธา มีวุฒิภาวะทางอารมณ์
4. มีจุดประสงค์ที่ดีในการทำงาน ไม่เลือกเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพราะบังเอิญได้รับงานนี้ หรือมีคนมาชวนให้ทำงานโดยใจยังไม่คิดจะมุ่งกับงาน
5. มีมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและมีขีดของความพอดี ไม่มากไม่น้อยเกินไป มีความเสมอต้นเสมอปลายต่อผู้รับคำปรึกษา จะช่วยให้กระบวนการปรึกษาดำเนินไปอย่างราบรื่น และช่วยส่งเสริมให้เกิดความบรรลุผลที่กำหนดไว้

6. มีความตระหนักในตนเอง รู้รับผิดชอบว่าตนเองเป็นใคร มีบทบาทหน้าที่อะไร มีค่านิยมส่วนตัวอย่างไรบ้าง จะไม่เอาค่านิยมส่วนตัวไปคาดหวังว่าผู้รับคำปรึกษาจะมีค่านิยมเดียวกับตน จะยอมรับความเป็นภาพที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษาเสมอ

7. มีความเข้าใจประสบการณ์ทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน เช่น เด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ฯลฯ ย่อมมีความแตกต่างกันในด้านความเป็นอยู่และวัฒนธรรม ทำนองเดียวกันก็มีความแตกต่างกับผู้ให้คำปรึกษาด้วย ฉะนั้นการทำงานกับผู้รับคำปรึกษาอาจจะยุ่งยาก เนื่องจากความแตกต่างทางด้านประสบการณ์วัฒนธรรมดังกล่าว

8. มีความสามารถในการวิเคราะห์ ความรู้สึกของตนเองมีประการหนึ่งคือจิตประหวัด (Counter-transference) คือ การแสดงความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรมว่ายินดี ไม่ยินดี รัก ชอบเกลียด ไม่ชอบ ซึ่งบางครั้งอาจแสดงต่อผู้รับคำปรึกษา อันเกิดจากจิตประหวัดทั้งทางบวก ทางลบ ว่าชอบผู้รับคำปรึกษา เพราะบุคลิกเหมือนคนที่ผู้ให้คำปรึกษาชื่นชม หรือไม่ชอบ เพราะเหมือนคนที่เราเกลียด เป็นต้น ทำให้เกิดอคติในการให้บริการ และมีผลถึงการแสดงออกทางด้านสัมพันธภาพเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้

9. ไม่เห็นแก่ตัว เป็นคนทำงานโดยเห็นแก่ประโยชน์สุขของบุคคลที่เราต้องให้บริการและสังคมส่วนรวมเป็นสำคัญ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นคนมีน้ำใจ ใจกว้าง มีใจเป็นนักบริการ ตลอดจนมีความจริงใจที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี

## หลักการในการให้การปรึกษา

1. มุ่งให้เกิดการช่วยเหลืออย่างมีกระบวนการ คือ

1.1. เข้าถึงปัญหา มีแนวทางว่าผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำความเข้าใจกับปัญหาโดยพูดคุยซักถาม เพื่อให้ได้คำตอบว่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษาคืออะไร จากตัวผู้รับคำปรึกษาเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษาจะต้องมีโอกาสร่วมคิดตัดสินใจว่าปัญหาที่แท้จริงของเขาคืออะไร และปัญหานั้นๆย่อมต้องมีที่มา ในส่วนของผู้ให้คำปรึกษา ควรรู้จักเชื่อมโยงปัญหาของผู้รับคำปรึกษาในปัจจุบันเข้ากับปัญหาอื่นๆที่คาดว่าจะตามมา เช่น ปัญหาจิตใจ สังคม ของผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด เป็นต้น

1.2. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เมื่อได้ปัญหามาแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ที่มาหรือสาเหตุของปัญหานั้นมาจากปัจจัยอะไร เกิดขึ้นได้อย่างไร การรู้ที่มาของปัญหาจะทำให้หาทางออกของปัญหานั้นได้ง่ายขึ้น

1.3. วางแผนช่วยเหลือ อาจมีบุคคลากรอื่นๆมาร่วมด้วย ในลักษณะของการปรึกษาหารือกัน (Conference) ตามสถานการณ์ปัญหาของผู้รับคำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาพร้อมจะรับแผนนั้นๆได้ด้วย

1.4. ให้ความช่วยเหลือตามแผนที่วางไว้ ในขั้นตอนนี้หมายถึงการจัดกิจกรรมต่างๆให้ด้วย เช่น ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด นอกจากจะได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ โดยการบำบัดอาการถอนพิษยาแล้ว ยังต้องเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษที่ทางหน่วยงานจัดขึ้นตามความสนใจ หรือมีความเหมาะสมกับผู้ติดยาเสพติด ซึ่งกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการได้มาใช้บริการให้การปรึกษา



1.5. สรุปผลการช่วยเหลือหลังยุติกิจกรรม ผู้ที่เป็นฝ่ายสรุปผลการช่วยเหลือควรเป็นผู้รับคำปรึกษาเอง และผู้ให้คำปรึกษาควรใช้ทักษะอย่างแยบยลในการสังเกตว่าผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกอย่างไรต่อกิจกรรมที่ได้รับ อันอาจแสดงออกทั้งท่าที วาจา ว่าพอใจหรือไม่พอใจกิจกรรม บางครั้งอาจพบว่าผู้รับคำปรึกษาพูดว่าพอใจกิจกรรม แต่ถ้าสังเกตดีๆอาจยังไม่พอใจกับกิจกรรมนั้นๆก็ได้ แต่พูดเพื่อเอาใจผู้ให้คำปรึกษา หรืออาจต้องการให้มีกิจกรรมอื่นๆอีก แต่ยังไม่กล้าบอกแก่ผู้ให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความไวในการสังเกตและวิเคราะห์

2. ควรปฏิบัติต่อผู้รับคำปรึกษาแต่ละบุคคลอย่างที่เขาเป็นอยู่ (Individualization) กล่าวคือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับและเข้าใจว่าคนเรานั้นแตกต่างกันในหลายๆด้าน เช่น แตกต่างกันด้านภูมิหลัง การเลี้ยงดู วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม สภาพจิตใจ ค่านิยม ฯลฯ ด้วยเหตุนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องปฏิบัติต่อผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนแตกต่างกันตามบุคลิกภาพ สภาพปัญหา ศักยภาพ โอกาส ฯลฯ ของผู้รับคำปรึกษา

3. กระบวนการให้การปรึกษาจะเกิดขึ้นด้วยความยินยอมพร้อมใจของผู้รับคำปรึกษาที่เต็มใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริงๆ ไม่ใช่การบังคับ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา (Purposeful Expression of Feeling) ต้องรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่บีบบังคับความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ให้จำยอมหรือผลักดันให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญปัญหาทันทีโดยที่เขายังไม่พร้อม

4. การให้การปรึกษาจะต้องให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง สามารถเลือกและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยที่เขจะเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการตัดสินใจของเขาทุกเรื่อง การให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ความสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นการให้เกียรติผู้รับคำปรึกษา เพราะปัญหาเป็นของเขา เขาเป็นเพียงผู้คอยช่วยเหลือ กระตุ้น และให้แนวทาง แต่การตัดสินใจเป็นของเขา

5. ให้โอกาสผู้รับคำปรึกษาได้แสดงออกอย่างอิสระ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องศึกษา ทำความเข้าใจถึงการแสดงออกทางความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา เพราะการแสดงออกเหล่านั้นมีความหมาย ทั้งนี้ต้องยอมรับการแสดงความรู้สึกของเขาด้วย ถ้าเขาท้อแท้ ก็กระตุ้นให้แสดงออกโดยการพูดคุยระบายความในใจออกมา

6. ยอมรับพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นจะมีจุดเด่นหรือจุดด้อย โดยให้เกียรติและยอมรับว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี ไม่ว่าจะเขาเหล่านั้นจะอยู่ในสภาพแวดล้อมใดก็ตาม การมีบรรยากาศแห่งการยอมรับจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักขจัดกลไกการป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) ที่มีมากเกินไป รวมทั้งรู้จักสภาพแวดล้อมและสังคมรอบข้างดีขึ้น และในส่วนของผู้ให้คำปรึกษาจะได้รับข้อเท็จจริงมากขึ้น

7. รักษาความลับของผู้รับคำปรึกษา (Confidentiality) การที่ผู้รับคำปรึกษามาพบผู้ให้คำปรึกษาแสดงว่าเขายังมีความไว้วางใจ และเชื่อว่าปัญหาของเขาจะถูกคลี่คลายไปในทางที่เหมาะสม ประการสำคัญ ก็คือ ความลับของเขาจะไม่ถูกแพร่งพราย เว้นแต่ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาจะอนุญาต เนื่องจากบางปัญหา บางสถานการณ์ ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องการให้คนอื่นได้รับรู้ นอกจากผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้

คำปรึกษาเท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องถือเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่จะเก็บรักษาความลับดังกล่าวของผู้รับคำปรึกษา

8. ไม่ยึดถือค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษาเป็นหลักในการตัดสินใจว่าเขาดีหรือไม่ดี แต่ต้องศึกษาปัญหาและพฤติกรรมต่างๆของผู้รับคำปรึกษาตามหลักวิชา โดยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาไปพร้อมๆกันกับผู้รับคำปรึกษา เพื่อเขาจะได้เรียนรู้ตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในสภาพที่เป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษายากที่จะแยกค่านิยมและความเชื่อออกไปจากสัมพันธภาพที่มีต่อผู้รับคำปรึกษาโดยเด็ดขาด แต่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถจะให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษาได้ โดยไม่เป็นการบังคับให้ผู้รับคำปรึกษาต้องมีความเชื่อเหมือน หรือกระทำตามผู้ให้คำปรึกษา

## เทคนิคในการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาต้องอาศัยเทคนิค ซึ่งเทคนิคที่สำคัญ ได้แก่ (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, 2546: 57-60)

1. **การเปิดประเด็น** จะต้องเริ่มจากการศึกษาบุคลิกลักษณะของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งรวมถึงสภาวะทางอารมณ์ของเขาด้วย ในการศึกษาเน้นหมายถึงการใช้วิธีการสังเกตในขณะพูดคุย หรือการมองที่ไม่ใช่เป็นการจับผิด แต่เป็นการมองเพื่อให้เข้าถึงสภาพของผู้รับคำปรึกษาว่าเขามีความพร้อมในการร่วมรับรู้สภาพปัญหาหรือการช่วยเหลือตัวเองได้มากหรือน้อย

การเปิดประเด็น รวมถึงการพูด การพูดต้องพูดแบบกันเอง น้ำเสียงอ่อนนุ่ม จะช่วยให้ผู้มีปัญหาสบายใจ เนื้อหาในการพูดคุย ควรพูดคุยในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการมาขอรับการปรึกษา โดยนักสังคมสงเคราะห์จะต้องกระตุ้นให้เขาเล่าเรื่องราวของเขาให้มากที่สุด จากการเล่ากว้างๆ แล้วค่อยๆเจาะให้แคบเข้าจนพอจะได้ประเด็นเนื้อหา

2. **การทบทวนซ้ำ** เป็นการกล่าวถ้อยคำซ้ำของผู้ให้คำปรึกษาตามความหมายเดิมของผู้รับคำปรึกษา เพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ หรือเพื่อต่อเรื่อง แสดงถึงความสนใจในเรื่องที่ผู้รับคำปรึกษากำลังสนทนา เป็นการพูดทบทวนในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าอีกครั้งหนึ่ง เช่น

“คุณบอกว่า เมื่อคืนคิดมาจนนอนไม่หลับ และเคยเป็นอย่างนี้มาหลายครั้งแล้วใช่ไหมคะ”

3. **การสะท้อนความรู้สึก** ให้ประโยชน์มากที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมา โดยนำเอาข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษามาแปลความแล้วจัดคำพูดนั้นเสียใหม่ คล้ายกับการทบทวนซ้ำ แต่เป็นการเน้นที่จะรู้ความรู้สึก มักจะเริ่มต้นด้วยคำพูดที่ว่า “คุณรู้สึก.....” เช่นนี้ เพื่อจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของเขา และยังสามารถสะท้อนให้นักสังคมสงเคราะห์เข้าใจพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาอีกด้วย

**4. การฟัง** จะให้ประโยชน์ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมาก การตั้งใจฟัง และท่าทีของผู้รับฟังอยู่ในท่าที่สบาย ไม่เครียด จะช่วยทำให้บรรยากาศในขณะนั้นดูสบายๆ ชวนให้ผู้รับคำปรึกษาต้องการจะระบายอารมณ์ และเล่าเนื้อหาสาระมากขึ้น

การฟังต้องฟังอย่างมีเทคนิค เช่น

1. ใส่ใจในสิ่งที่ผู้พูดกำลังพูด รวมทั้งสนใจความคิด ความรู้สึกของเรื่องที่เขาพูด
2. พิจารณาผู้พูด กล่าวคือ พิจารณาท่าทาง สีหน้า แววตา หรือการใช้คำพูดของผู้รับคำปรึกษา การพิจารณาผู้พูดโดยไม่แสดงท่าทีจับผิด หรือมองเขม็งเป็นจุดเดียว จะช่วยให้ผู้พูดรู้สึกว่าเรากำลังฟังเขาอย่างตั้งใจ
3. ยิ้มและกล่าวรับให้เหมาะสม เช่น ในขณะที่กำลังฟัง ควรผงกศีรษะ ยิ้ม หรือพูด “ค่ะ” “ครับ” บ้าง เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจผู้พูด แต่ไม่ควรกระทำมากเกินไป
4. พยายามจับประเด็นสำคัญ คือ พยายามหาแก่นสารของเรื่องที่พูด ส่วนปลีกย่อยที่ไม่จำเป็นก็ตัดออกไปได้
5. พยายามจับอารมณ์และความคิด โดยปกติคนเรามักจะสนใจเนื้อหาของสิ่งๆ ที่พูดมากกว่า การรับรู้ความรู้สึกทางอารมณ์และทัศนคติของผู้พูด แต่ประการหลังนี้อาจมีความสำคัญมากกว่าเนื้อหาของสาระที่พูดก็ได้
6. พยายามไม่ขัดแย้งกับผู้พูด เพราะผู้ฟังอาจเป็นเหตุให้ผู้พูดปิดบัง อำพรางความคิด อารมณ์ และทัศนคติของเขา อันเกิดจากท่าทีที่ท่าทำไม่เห็นด้วย หรือคำพูดถากถำแย้งขึ้นมา ผู้ฟังจึงพยายามอย่างมากที่จะระมัดระวังไม่ให้ท่าที การกระทำ และคำพูดของตนไปกระทบกระเทือนใจผู้พูด
7. พยายามเข้าใจบุคลิกของผู้พูด วิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจบุคคล คือ การฟังที่ตั้งใจจะช่วยให้ทราบถึงสิ่งที่ผู้พูดชอบ ไม่ชอบ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ เป็นต้น
8. หลีกเลี่ยงการตกลงหรือตัดสินใจอย่างรีบด่วน ควรฟังผู้พูดพูดจนครบถ้วนก่อนจึงค่อยตัดสินใจหรือตกลงใจเพื่อกิจกรรมบางอย่าง
9. การรู้จักควบคุมอารมณ์ ผู้ฟังต้องรู้จักควบคุมสติและอารมณ์ของตนเอง เพราะบางครั้งผู้พูดอาจพูดจาไร้สาระ ขาดเหตุผล หรือพูดจากรำวรวรรวมมาถึงผู้ฟัง เราต้องวางตนเฉย อาจพูดตอบโต้บ้างในลักษณะที่ทำให้ผู้พูดเข้าใจปัญหาของการพูดจาของเขา โดยผู้ฟังไม่แสดงอาการโกรธเคือง ยังคงรักษาสัมพันธภาพไว้อย่างสม่ำเสมอ

**5. การถาม** การถามเพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างขึ้น มักถามด้วยคำขึ้นต้นว่า

- ใคร : เพื่อจะให้รู้บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น  
 “ใครคือคนที่คุณไว้วางใจมากที่สุด”
- อะไร : เพื่อรู้ปัญหา สาเหตุ เหตุผล และความต้องการ เช่น  
 “มีเหตุผลอะไรที่ทำให้คุณไม่กล้าเล่าให้พ่อแม่คุณฟัง”
- เมื่อไร : เพื่อรู้เวลา เช่น  
 “คุณเริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกเมื่อไร”

- ที่ไหน : เพื่อรู้สถานที่ ความรุนแรง เช่น  
“คุณและเพื่อนมักเล่นยาเสพติดที่ไหน”
- อย่างไร : เพื่อรู้เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติ วิธีการ เช่น  
“คุณจะทำอย่างไรต่อไปเมื่อคุณจบโปรแกรมการบำบัดรักษาจากที่นี่”
- เพราะอะไร : เพื่อรู้สาเหตุ เหตุผล คำอธิบาย เช่น  
“เพราะอะไรคุณถึงตัดสินใจกลับไปเสพยาซ้ำอีก ทั้งๆที่คุณหยุดมานานแล้ว”

การถาม มักไม่นิยมใช้คำว่า“ทำไม” เพราะเหมือนจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาคิดว่าเหมือนกับถูกตำหนิ ต้องหาข้อแก้ตัว อย่างไรก็ตาม ก็มีใช้บ้างเมื่อจำเป็น เช่น ในกรณีต้องการตรวจสอบข้อมูล เช่น “ทำไมเพื่อนของคุณถึงนำยาเสพติดมาให้คุณที่บ้าน” เป็นต้น

6. **การเจียบ** เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งในการสนใจ ตั้งใจฟัง มักใช้หลังจากผู้ให้คำปรึกษาได้ถามผู้รับคำปรึกษาไปแล้ว และรอคอยคำตอบในระยะเวลาสั้นๆ 1-3 นาที เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดเรียบเรียงคำตอบ หรือหยุดระดับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ถ้าผู้รับคำปรึกษาเจียบนานเกินไป ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูด หรือถามความรู้สึก ความคิดของผู้รับคำปรึกษาในขณะนั้น

7. **การสรุปความ** เป็นการรวบรวมเรื่องราวต่างๆที่ได้พูดคุยกับมาแล้วระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา ซึ่งอาจมีหลายเรื่องราวด้วยกัน การสรุปความจะช่วยให้เกิดการติดตามเรื่อง ค้นหา ลำดับเรื่องราวจุดประสงค์ของการพูดคุยกัน และยังช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาของเขามากขึ้นด้วย

## กระบวนการและขั้นตอนในการให้การปรึกษา

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546:25-34) ได้สรุปว่าการให้การปรึกษามีกระบวนการในการดำเนินงานซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพถือเป็นกระบวนการสำคัญของการให้การปรึกษา และสัมพันธภาพนี้จะคงไว้ตลอดการให้การปรึกษา สัมพันธภาพสามารถแสดงออกทั้งทางคำพูด กิริยาท่าทาง และลายลักษณ์อักษร ซึ่งแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ถึงความจริงใจ ใส่ใจ มีมิตรไมตรี มีความเสมอต้นเสมอปลาย ตลอดจนมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ การใช้สัมพันธภาพนำร่องกระบวนการให้การปรึกษา จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถดำเนินการให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้อง และมีผลลัพท์ ผู้รับคำปรึกษาที่มีความสบายใจ คลายความกังวล เกิดความไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น และพร้อมจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ อันจะนำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือที่บรรลุวัตถุประสงค์ได้ในที่สุด

การสร้างสัมพันธภาพนั้นจะต้องใช้ตลอดกระบวนการให้การปรึกษา ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องเริ่มต้นตั้งแต่ผู้รับคำปรึกษามาพบผู้ให้คำปรึกษาในครั้งแรก ซึ่งในขณะนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะในการ

สนทนา การสังเกต การสื่อความหมายต่างๆ เพื่อจะได้เข้าใจบุคลิกภาพลักษณะและปัญหาของผู้รับคำปรึกษา การมาพบในครั้งแรกอาจยังไม่ถึงขั้นของการสำรวจปัญหาข้อมูลทันทีก็ได้ ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสังเกตเห็นว่าผู้รับคำปรึกษายังไม่พร้อม ทั้งนี้ต้องขึ้นกับสถานการณ์ด้วยว่า ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมหรือไม่ สถานการณ์และโอกาสเอื้ออำนวยให้ดำเนินการในขณะนั้นหรือไม่ เช่น ถ้าเวลามีจำกัด ก็ไม่ควรกระทำ ควรมีการนัดหมายในครั้งต่อไป และทั้งสองฝ่ายต้องเตรียมตัวให้พร้อมเมื่อถึงกำหนดวันนัดหมาย

อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนนี้ ผู้รับคำปรึกษาควรได้รับทราบแล้วว่า เขาควรเตรียมตัวจะรับรู้สถานการณ์ใดบ้าง เขาต้องทำใจให้พร้อมรับสถานการณ์โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เทคนิคสนทนา การให้กำลังใจ และการช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล หรือความเศร้าเสียใจให้แก่ผู้รับคำปรึกษา ฉะนั้น ในช่วงของการสร้างสัมพันธภาพ ก็คือ การเน้นที่บุคคลผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ และผู้ให้คำปรึกษาได้ใช้หลักการเกื้อหนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้รับคำปรึกษาเป็นเบื้องต้น ควบคู่กับทักษะการสื่อความหมาย และการใช้หลักการสัมพันธภาพ

## ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหาหรือการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการสนทนาระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเข้าประเด็นของการที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการให้ปัญหาของเขาได้มีผู้รับรู้ และเกิดความทูลาเบาบาง จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการเข้าถึงปัญหาที่แท้จริง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่างๆ ในการทำความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษา เช่น มีทักษะในการซักถาม เพื่อทราบข้อมูล ทราบปัญหาและความต้องการ ทราบสาเหตุของปัญหา ทราบความคิดเห็นและทัศนคติต่อปัญหาของผู้รับคำปรึกษา มีทักษะการฟังเพื่อจับประเด็นเรื่องราวต่างๆ ของผู้รับคำปรึกษา มีทักษะในการสะท้อนให้เข้าใจถึงความรู้สึก การรับรู้ของผู้รับคำปรึกษา ต่อสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันของเขาเอง มีทักษะในการทบทวนและสรุปความ เพื่อติดตามเรื่องราวตามลำดับก่อนจะเกิดปัญหา จนนำมาสู่ประเด็นปัญหา และมีการให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวสรุป ทบทวนข้อมูลและปัญหาของเขา เพื่อสะท้อนว่าข้อมูลหรือปัญหาของผู้รับคำปรึกษานั้น ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตรงกัน

ขั้นตอนนี้ยังหมายรวมถึงการพยายามให้ผู้รับคำปรึกษาดึงศักยภาพของเขาออกมา เพราะผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพด้วยกันทั้งสิ้น จะต่างกันก็เพียงมีมากหรือน้อยกว่ากันเท่านั้น ศักยภาพในที่นี้ก็คือความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ การใช้สติและเหตุผลในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหาและทางออกด้วยตัวของเขาเอง และการแสดงออกทางพฤติกรรม หรือการกระทำที่จะให้ความร่วมมือกับผู้ให้คำปรึกษาในการสำรวจหรือรวบรวมข้อมูลเรื่องราวที่เป็นปัญหาในหลายด้านๆ เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่เกิดจากตัวผู้รับคำปรึกษาเอง จากในครอบครัว หรือจากสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีสาเหตุและผลกระทบต่อปัญหา

### ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลหรือปัญหา

หลังจากมีการรวบรวมข้อมูลหรือสำรวจปัญหาแล้ว จะต้องจัดระบบและจัดลำดับข้อมูลหรือปัญหาตามความจำเป็นก่อนหลังในการแก้ไขปัญหา กล่าวคือ ปัญหาเดียวอาจพบที่มาหรือสาเหตุของปัญหาหลายด้าน เช่น ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด พบสาเหตุปัญหาจากตัวเอง มีจิตใจที่อ่อนแอ ขาดความเชื่อมั่น มีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี และยังคงคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่าควรแก้ไขปัญหหลายด้าน อาจแก้ไขสาเหตุพร้อมๆกัน เช่น แก้ไขที่ตัวผู้รับคำปรึกษาเองโดยการให้ผู้รับคำปรึกษาเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และแก้ไขที่สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว ถ้าสามารถแก้ไขสองเรื่องนี้ได้ ปัญหาการคบเพื่อนที่ติดยาเสพติด อาจแก้ไขในอันดับต่อมา

เมื่อทราบที่มาของปัญหาแล้ว ควรเตรียมการเรื่องหน่วยงานที่จะรับการช่วยเหลือต่อไปได้ด้วย เพราะอาจมีปัญหหรือสาเหตุปัญหาอื่นๆที่หน่วยงานเดิมไม่อาจให้ความช่วยเหลือได้ครบถ้วน ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงควรมีทำเนียบหน่วยงานต่างๆที่คาดว่าจะเป็นเครือข่ายได้ครบถ้วนของการให้ความร่วมมือภายใต้การระบบการส่งต่อ (Referral System) จึงจะช่วยเ้าให้กระบวนการให้ความช่วยเหลือเต็มรูปหรือครบวงจรได้ นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคิดเตรียมกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ทราบผลลัพธ์ที่ต้องการก่อนจะเข้าขั้นตอนของการวางแผนและกำหนดวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ต่อไป

### ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนหรือขั้นตอนการกำหนดเป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผนโดยให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมรับรู้ เพื่อจะกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนถึงผลที่ต้องการให้เกิดขึ้น ภายหลังจากปัญหาได้ทุเลาเบาบางลงแล้ว ฉะนั้น ในขั้นนี้จะต้องเตรียมแผนไว้หลายๆด้านที่สำคัญ ก็คือ

1. กำหนดเป้าหมายที่จะให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ตาม เป้าหมายที่กำหนดนั้นควรอยู่บนพื้นฐานที่เป็นไปได้ หรือสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้เป้าหมายที่อาจวางไว้ อาจเปลี่ยนแปลงได้บ้าง เพราะเมื่อมีการดำเนินงานไปแล้วระยะหนึ่ง ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่แตกต่างจากเป้าหมายที่วางไว้ หรือพบว่าการดำเนินงานที่ตั้งเป้าหมายไว้นั้นไม่มีความคล่องตัว จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเป้าหมายบางส่วน แต่ไม่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยสิ้นเชิง
2. ระบุคณะทำงานที่อยู่ในกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งคน เช่น การให้การปรึกษาในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับคำปรึกษา (Rehabilitation Counseling) อาจเป็นระดับบุคคลหรือกลุ่มก็ได้
3. ระบุทรัพยากรอื่นๆที่ใช้ในกระบวนการให้การปรึกษา เช่น บุคคลใกล้ชิดผู้รับคำปรึกษา แหล่งเงินทุน หรือสิ่งของให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการรับส่งต่อ (Refer Case)
4. วิธีดำเนินการ เช่น การสนทนาเพื่อเข้าประเด็นปัญหาให้ผู้รับคำปรึกษากล้าเปิดเผยตนเองกับผู้ให้คำปรึกษา การให้การปรึกษาควรจำวนครั้ง (ถ้าประมาณได้) ซึ่งจะช่วยการวางแผนด้านระยะเวลา

ควรมีการเยี่ยมบ้านหรือไม่ หากเยี่ยมบ้านควรมีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนหรือไม่ ประการสำคัญ คือ การที่ผู้รับคำปรึกษาเป็นหัวใจสำคัญของการให้การปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องใช้ความรู้ แนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนทักษะต่างๆ ะไรบ้าง ซึ่งจะเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ให้คำปรึกษาเอง เช่น ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ จิตวิทยาสังคม บุคลิกภาพ สภาพแวดล้อมทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทักษะในการวิเคราะห์ ทักษะในการสื่อความหมาย ทักษะการฟัง ทักษะการถาม ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ให้การปรึกษายังควรมีทำเนียบหน่วยงานที่จะเป็นเครือข่ายทางสังคม สำหรับการช่วยเหลือเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นของผู้รับคำปรึกษาไว้ด้วย ทั้งนี้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความต้องการที่จะรับบริการด้านต่างๆ ไว้แต่เบื้องต้นแล้ว

### ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาตามแผนที่กำหนดไว้

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญซึ่งผู้รับคำปรึกษาจะต้องแสดงศักยภาพของเขาอย่างเต็มที่ เพื่อจะได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนอื่นๆ เช่น ทรัพยากรสนับสนุนต่างๆ เป็นส่วนประกอบที่ช่วยให้กระบวนการช่วยเหลือมีผลสมบูรณ์

ในการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้หลักการตัดสินใจ โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในหลายๆ ส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดตอบโต้หรือให้ข้อคิดเห็นต่างๆ จะช่วยให้ได้ข้อมูลมากขึ้น

Allen E.Ivey, Mary Bradford Ivey และ Lynn Simek-Morgan (1993:79) ได้ให้วงจรในการตัดสินใจ (The Circle of Decision Making) 5 ขั้น ดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ (Establishing Rapport) Allen E.Ivey และคณะเขียนไว้ว่า “แม้เพียงรอยยิ้มที่มอบให้แก่ผู้รับคำปรึกษาในบางสถานการณ์ก็อาจจะเพียงพอ ฉะนั้นการสร้างความสัมพันธ์ ก็คือการใช้ทักษะการสื่อสารทั้งคำพูดและท่าทีที่กระทำที่แสดงถึงมิตรภาพจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา

2. การรวบรวมข้อมูล (Data Gathering) ในช่วงนี้เป็นช่วงของการเข้าสู่ประเด็นคำถาม-คำตอบ ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ทักษะในการสังเกต การสะท้อนความรู้สึก การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาทางความคิดของผู้รับคำปรึกษา และพยายามขมวดเนื้อหาให้กระชับความ ซึ่งมีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา

3. การกำหนดเป้าหมาย (Determining Goals) เช่น ผู้ให้คำปรึกษาอาจตั้งคำถามกับผู้รับคำปรึกษาว่า “คุณต้องการให้บังเกิดผลอะไร” เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาคำตอบที่แท้จริง และผู้ให้คำปรึกษายอมให้เขาค้นหา แม้จะเป็นโลกในอุดมคติ หรือโลกแห่งความฝันของเขาก็ตาม เพราะจะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาได้ ซึ่งจะง่ายต่อการกำหนดเป้าหมายต่อไป บางคน โศกเศร้า เครียด กังวล ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยปลอบใจ ใช้เทคนิคในการพูดคุยจนผู้รับคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย เช่น เด็กที่มีปัญหาทางจิตใจอันเกิดจากการหย่าร้างของบิดามารดา ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายาม

ตั้งให้เขากลับมาสู่สถานการณ์ในปัจจุบัน “Here and Now” และหากิจกรรมให้เขาทำ เช่น ถามว่า “หนูต้องการเล่นกับเพื่อนหลังเลิกเรียนหรือไม่” “อยากเล่นอะไร” เพราะการเล่นกับเพื่อนเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสบายใจได้

4. การหาทางแก้ไขและการแก้ไขปัญหา (Generating Alternative Solutions and Action) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษาจะต้องให้ความร่วมมือในการหาทางออกของปัญหาด้วย เช่น ในกรณีที่บิดามารดาหย่าร้างกัน และมีผลต่อสุขภาพจิตของบุตร ปัญหาของบุตร ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ ซึ่งเป็นจุดสำคัญที่ต้องให้ความช่วยเหลือ และสามารถปรับจิตใจ ความรู้สึกของตนเองให้ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ ในกรณีนี้อาจทำในลักษณะของการช่วยเหลือเป็นกลุ่ม (Group Counseling) กล่าวคือ ถ้าเด็กมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ก็ให้เข้าร่วมกลุ่มด้วยกัน ซึ่งหมายถึงเด็กที่มีวัยวุฒิพอสมควรที่จะรับรู้สถานการณ์หรือให้เหตุผลเป็น สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อจะนำไปสู่การปรับสภาพจิตใจ อารมณ์ของเด็กๆต่อไป โดยมีผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ร่วมงานอยู่ในกลุ่ม เพื่อจะได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมถ้าเด็กๆต้องการ เหล่านี้เป็นการให้เด็กๆได้เรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งรู้จักการหาทางออกของปัญหาด้วยตนเองอีกด้วย

ปัญหาของเด็กย่อมมีความเกี่ยวข้องกับผู้ใกล้ชิด คือ บิดา มารดา ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ โดยเฉพาะบิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กควรถูกสัมภาษณ์ด้วย เพราะเด็กที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ ย่อมมีผลต่อบุคลิกภาพ การปรับตัว ปรับจิตใจ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ทั้งที่บ้านและโรงเรียน แม้บิดามารดาจะหย่าร้างกัน แต่ความรับผิดชอบต่อบุตรร่วมกันก็ยังคงอยู่ จึงเป็นเหตุผลที่ทั้งบิดามารดาหรือผู้ที่เป็นผู้ปกครองควรต้องประสานกับครู อาจารย์ของบุตร ผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นสื่อกลางทำให้เกิดคุณภาพของการสื่อสารระหว่างบ้านกับโรงเรียนของเด็ก เช่น ช่วยบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็ก ครู อาจารย์ของเด็กมีความเข้าใจว่าอะไรคือตัวที่เป็นสาเหตุปัญหาจิตใจ อารมณ์ หรือปัญหาบุคลิกภาพของเด็กนั้นเกิดจากวัฒนธรรมการเลี้ยงดูหรือประสบการณ์แต่วัยเยาว์หรือไม่ เพียงใด มาเรียนรู้เพิ่มเติมจากสภาพแวดล้อมอื่นๆด้วยหรือไม่ อย่างไรก็ตาม เพราะเหล่านี้จะช่วยให้เกิดจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานช่วยเหลือภายใต้กระบวนการให้การปรึกษาได้ทั้งสิ้น

5. การนำผลไปใช้ประโยชน์ (Generalizing) ในขั้นนี้เป็นขั้นสุดท้าย คือ หลังจากรู้ทางออกของปัญหาแล้ว ผู้รับคำปรึกษาต้องพยายามทำตัวเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันได้ เช่น ในกรณีที่เด็กที่บิดามารดาหย่าร้างกัน เด็กจะต้องสามารถปรับสภาพจิตใจตนเองให้มั่นคง ยอมรับ และสามารถใช้ชีวิตอยู่กับสภาพแวดล้อมในปัจจุบันที่บิดามารดาแยกทางกันได้ โดยเด็กอยู่กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรืออยู่กับญาติของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือมีครอบครัวอุปถัมภ์ก็ตาม

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษายังควรต้องติดตามผลการช่วยเหลืออีกระยะหนึ่ง จนแน่ใจว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ ดังนั้นเด็กที่บิดามารดาหย่าร้างกัน และเด็กมีปัญหาจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนดังกล่าวแล้ว ฉะนั้นในขั้นตอนนี้ บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็ก ครู อาจารย์ ก็ยังต้องมีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนทางจิตใจ สังคมของเด็ก โดยผู้ให้คำปรึกษาควรทำหน้าที่เป็นฝ่ายประสานความร่วมมือ หรืออาจร่วมการเกื้อหนุนทางจิตใจสังคมด้วยได้



## ขั้นตอนที่ 6 การยุติการให้การปรึกษา

จะถึงขั้นตอนนี้เมื่อผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมจะพึ่งตนได้มากขึ้นแล้ว และผู้รับคำปรึกษาทราบว่ามีการยุติการให้การปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาแจ้งให้ทราบล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะหยุดการให้การช่วยเหลือหรือให้การปรึกษาอย่างเป็นทางการแล้ว แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ให้การปรึกษายังอาจให้โอกาสผู้รับคำปรึกษามาพบขอคำแนะนำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการได้ หรืออาจเริ่มต้นให้การปรึกษาหรือช่วยเหลือใหม่อย่างเป็นทางการได้อีก เมื่อพบว่าผู้รับคำปรึกษาเกิดมีปัญหาลักษณะใหม่ หรือปัญหาสืบเนื่องจากปัญหาเดิม ซึ่งทำให้ปัญหาซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น เช่น ปัญหาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวได้แล้ว จึงยุติการให้การปรึกษา ต่อมาพบว่าคนในครอบครัวเกิดความต้องการแยกผู้ติดเชื้อให้ห่างจากครอบครัว เพราะเพื่อนบ้านทราบและเกิดความรังเกียจครอบครัวของผู้ติดเชื้อไปด้วย ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดภาวะความเครียด อันเกิดจากสภาพแวดล้อมที่กดดันอยู่ จึงเป็นเหตุให้การให้การปรึกษาต้องเริ่มต้นใหม่ รวมทั้งต้องพยายามทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมของผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วย มิฉะนั้นการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ในรายนี้อาจไร้ผล

## ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการให้การช่วยเหลือที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

การประเมินผลการให้การช่วยเหลือที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วในแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มเป้าหมาย การประเมินผลมีจุดชี้ประเด็นหลายด้าน แต่จุดชี้ประเด็นหลักจะมี 3 ส่วนด้วยกัน คือ

1. ผู้รับการปรึกษา ประเมินว่าได้รับความพึงพอใจในการรับการปรึกษาหรือไม่ วัดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก หรือการพูดคุยซักถาม
2. แผนงานหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดว่าผู้ให้คำปรึกษาได้กำหนดกรอบไว้เรียบร้อยแล้ว เพียงใด และกิจกรรมที่จัดให้ผู้รับคำปรึกษา หรือบริการการช่วยเหลือภายใต้กระบวนการให้การปรึกษามบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ หากบรรลุผล ต้องกลับมาทบทวนดูวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ว่าตั้งไว้สูงเกินหรือไม่ หรือผู้ให้คำปรึกษาตั้งความคาดหวังไว้สูงโดยไม่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานที่เป็นไปได้
3. ผู้ให้คำปรึกษา ถึงพร้อมด้วยองค์ความรู้ของการให้การปรึกษาหรือไม่ ซึ่งในที่นี้คือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษา เช่น แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ทางด้านมนุษย์และสังคม ทักษะที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา และการรู้จักใช้ทักษะต่างๆ ตลอดจนกระบวนการให้การปรึกษา การใช้ความรู้ความสามารถอย่างเหมาะสมในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้การดำเนินงานให้บริการปรึกษาและการช่วยเหลือบรรลุตามวัตถุประสงค์และสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ และถ้าเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่มีคุณสมบัติเพียงพอ แม้จะเกิดปัญหาขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน ก็ย่อมจะหาทางแก้ไขได้โดยไม่ยากลำบากนัก กลับเป็นการเรียนรู้ทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของกระบวนการการช่วยเหลือได้อย่างหนึ่ง

แม้ว่าการประเมินผลส่วนใหญ่จะนิยมประเมินภายหลังการยุติการให้บริการแต่ละราย แต่ละกลุ่มแล้วก็ตาม แต่เพื่อประสิทธิภาพของการให้การปรึกษา และเพื่อการแก้ไขสถานการณ์ได้ทันการณ์จึงอาจมีการประเมินผลการทำงานระหว่างการให้การปรึกษาไปแล้วสักกระยะหนึ่ง ประมาณ 1-2 ครั้ง ก่อนที่การให้

การปรึกษาจะเสร็จสิ้น และการยุติการให้การปรึกษาหรือการช่วยเหลือก็ได้ การประเมินผลระหว่างการให้การปรึกษา ก่อนกระบวนการปรึกษาจะยุติ นับเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพราะเป็นการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาแล้วว่ามีปัญหาขัดข้องหรือไม่ หากมีปัญหาจะได้ดำเนินการปรับแผนและปรับวิธีการทำงานใหม่ ซึ่งเป็นการแก้ไขสถานการณ์ได้ทันการณ์ดังกล่าวแล้ว

การให้การปรึกษาโดยใช้กระบวนการซึ่งมีขั้นตอนตามลำดับดังนำเสนอแล้ว ให้ประโยชน์ในการทำงานแก่ผู้ให้การปรึกษาอย่างมาก เพราะช่วยให้การดำเนินงานให้การปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษามีความเข้าระบบ สามารถจัดลำดับความคิดตั้งแต่การเริ่มต้นจะเข้าถึงปัญหา ทราบว่าปัญหามีที่มาด้วยสาเหตุใด การวางแผนและการแก้ไขปัญหา เช่น ควรจะคัดสรรทรัพยากรใด หรือใช้วิธีการใดมาช่วยในการแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดจนสุดท้าย คือ การยุติการให้การปรึกษา และการประเมินผลความสำเร็จของงาน แต่ละขั้นตอนนี้ ผู้รับคำปรึกษาจะเรียนรู้ไปพร้อมกับผู้ให้คำปรึกษา ไม่เกิดความสับสน ทั้งช่วยในการพัฒนาความคิดตัดสินใจ และการกระทำที่แสดงศักยภาพของผู้รับคำปรึกษาไปตามลำดับขั้น จนที่สุด ผู้รับคำปรึกษาจะรู้ทิศทางว่าเขาควรจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะทุเลาเบาบางปัญหาและอาจนำไปสู่การป้องกันปัญหาได้ต่อไป

กระบวนการให้การปรึกษามีรูปแบบและขั้นตอนที่มีความสอดคล้องกับกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ โดยได้แสดงให้เห็นว่านักสังคมสงเคราะห์สามารถดำเนินงานให้การปรึกษาภายใต้กระบวนการสังคมสงเคราะห์

## การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

### ความหมาย

เชอร์ทเซอร์ และสโตน (Shertzer and Stone 1968:448-449) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าหมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง หรือต้องการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกันมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาอยู่ด้วย บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนจากผู้นำเป็นศูนย์กลาง เป็นกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา ได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง ทั้งยังได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นกัน ไม่ใช่ตนเองมีปัญหาเพียงคนเดียว วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่าตนสามารถให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่กลุ่ม

## จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

เจ.ดี.แฟรงค์ (อ้างถึงในปริยานุช เทียมดาว.2540:36) ระบุถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 5 ประการ คือ

1. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกต่างๆออกมา
2. เป็นการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้น
3. เป็นการส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาถ้าจะเผชิญปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้ปรับปรุงทักษะในการยอมรับตนเอง แก้ไขปัญหาด้านความขัดแย้งในตัวเอง และความขัดแย้งที่ตนมีกับผู้อื่น
5. ช่วยให้ผู้สมาชิกมีความเข้มแข็ง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก และรักษาสภาพจิตใจให้เป็นสุขเหมือนกับการอยู่ในกลุ่มได้ต่อไป

## หลักการพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ไดเออร์และเวอร์น (อ้างถึงในปริยานุช เทียมดาว.2540:36-38) ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้

1. เป็นการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทุกคน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เป็นตัวเองมากที่สุด
2. สมาชิกแต่ละคนมีความสำคัญมากกว่าส่วนรวม จะไม่มีกลุ่มย่อย กลุ่มรวมจะถูกมองในแง่ของตัวบุคคล จะพูดถึงสมาชิกแต่ละคนไปเรื่อยๆ เพื่อให้เขารู้จักตัวเอง และเปลี่ยนแปลงตัวเอง
3. ผู้นำจะเป็นผู้ให้คำปรึกษามีใช่เป็นสมาชิก และจะเป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่ม
4. การให้คำปรึกษาไม่มีเป้าหมายของกลุ่มร่วมกัน แต่ละคนจะมีเป้าหมายของตนเอง การบรรลุเป้าหมายจะเกิดจากการคิด ความรู้สึก และการกระทำ
5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในกลุ่มบางครั้งก็จำเป็น อาจจะมีตอนใดตอนหนึ่งที่จะต้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่สมาชิกที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน
6. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเพิ่มความกดดันขึ้นในกลุ่ม ถ้าสมาชิกไม่พร้อมที่จะพูด ก็ไม่ควรบังคับให้เขาพูด ถ้าสมาชิกพูด ก็ไม่ไปทำให้เขาหยุดชะงัก
7. การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้นไม่ได้หมายความว่ากลุ่มมีประสิทธิภาพ บางครั้งการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้น แต่การช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มอาจจะน้อยลง
8. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรเน้นที่ปัจจุบัน เนื่องจากคนเราควรอยู่ในโลกปัจจุบัน อดีตนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากจะมีแต่ความสิ้นหวังและรู้สึกผิด
9. ไม่ควรที่จะกล่าวถึงบุคคลนอกกลุ่ม เพราะเป็นการยากที่จะช่วยเหลือเขา
10. สิ่งที่สมาชิกพูดในกลุ่มควรเก็บเป็นความลับ ไม่นำไปพูดนอกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกทุกคนรู้สึกปลอดภัย

11. การพูด ควรพูดด้วยความคิดและความรู้สึก เพื่อจะช่วยให้เขารู้สึกตัวตลอดเวลา ไม่พูดเพื่อใจหรือรุนแรง
12. ในการเริ่มต้นครั้งใหม่ควรเอ่ยถึงคราวที่แล้วว่าได้ทำอะไรไปบ้าง
13. การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งควรมุ่งช่วยเหลือสมาชิกคนหนึ่งหรือสองคนเป็นพิเศษ
14. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอาจมีความไม่สบายใจ มีความวิตกกังวล เพราะได้รับการกระตุ้นให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
15. การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกทางลบไม่ใช่เป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่ควรจะระบายออกมา และทุกคนควรยอมรับ
16. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะไม่มีแบบแผนที่แน่นอน มีการยืดหยุ่นตลอดเวลา ฉะนั้นผู้นำกลุ่มควรบอกถึงจุดมุ่งหมายและวิธีการที่จะเกิดขึ้นให้สมาชิกทราบ
17. ในการตัดสินใจพฤติกรรม ความคิด และเหตุผลว่าผิด ถูก ดี ไม่ดี นั้น จะไม่มีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่จะเน้นถึงสาเหตุ แนวทางการแก้ไข และวิธีการปฏิบัติ
18. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มวัดจากความสำเร็จจากนอกกลุ่ม จากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งเขาจะบันทึกพฤติกรรมของตนเอง และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำตนเป็นกลาง

### ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

มาห์เลอร์ (Mahker 1969:15-117) ได้แบ่งขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The Involvement Stage) ในขั้นนี้สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะยังไม่กล้าที่จะเปิดเผยไม่แน่ใจ ความสนิทคุ้นเคยหรือความไว้วางใจยังอยู่ในขั้นผิวเผิน ขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่มด้วย ซึ่งอาจต้องใช้เวลาพอสมควรสำหรับการดำเนินการในขั้นนี้ ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มด้วย ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจ เปิดเผย มีความจริงใจ เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็ว ก็จะใช้เวลาน้อย แต่สำหรับสมาชิกบางกลุ่มที่ยังไม่ไว้วางใจกลุ่ม ไม่กล้าเปิดเผยนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เวลาชี้แจงและสร้างบรรยากาศที่น่าพอใจ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรจะใช้วิธีบังคับหรือเร่งเวลา ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับการพัฒนาของกลุ่มเอง
2. ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม (The Transition Stage) จะเป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรก ซึ่งกลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกจะเข้าถึงจุดมุ่งหมายในการมาร่วมกลุ่มดีขึ้น สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาหารือร่วมกัน แต่อาจมีความวิตกกังวล มีความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ในขั้นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่าต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนในกลุ่ม
3. ขั้นการดำเนินงาน (The Working Stage) ในขั้นนี้ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกทุกคนในกลุ่มพัฒนาขึ้นมา จะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกจะมีโอกาสสำรวจตัวเอง และ

ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้ง รู้ถึงวิธีในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The Ending Stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นกับสมาชิกในกลุ่ม ถ้าแต่ละคนในกลุ่มเกิดความเข้าใจกระจ่างแจ้งในปัญหาด้วยตนเองเป็นอย่างดีแล้ว และจะรู้ถึงวิธีที่จะแก้ไขปัญหานั้น พร้อมที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยที่สมาชิกแต่ละคนเกิดความพึงพอใจ ไม่ติดค้างในสิ่งใด ถือว่าเป็นว่ายุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่ถ้ามีสมาชิกคนใดคนหนึ่งยังรู้สึกติดขัด ไม่กระจ่าง กลุ่มก็จำเป็นต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้ จึงจะยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มจะต้องมีการสิ้นสุดลงในเวลาใดเวลาหนึ่ง และสมาชิกควรเป็นตัวของตัวเอง พอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้

### บทบาทของผู้นำกลุ่ม

บทบาทของผู้นำกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องแสดงบทบาทที่เอื้ออำนวยต่อพัฒนาการของกลุ่ม ดังนี้

1. การเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่กระตือรือร้น คล่องแคล่ว สามารถที่จะเริ่มต้นกลุ่มได้ โดยการสร้างบรรยากาศของการยอมรับการแข่งขันความรู้สึกต่อกัน ช่วยให้สมาชิกแต่ละคน เกิดความคุ้นเคย ให้มีความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ากลุ่ม
2. ช่วยให้เกิดความอองงามหรือให้มีการเปลี่ยนแปลง ให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ากลุ่ม สามารถประเมินความสามารถของสมาชิกที่ปรากฏในกลุ่ม และมอบหมายให้แต่ละคนได้รับบทบาทที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาจากกลุ่มได้ การแข่งขัน การสนับสนุน การตัดสินใจ และการเรียนรู้ เป็นกิจกรรมของกลุ่มซึ่งจะเกิดได้โดยธรรมชาติ ถ้าผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทำ
3. การสอดแทรก เพื่อช่วยให้สมาชิกผูกเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง กล้าเผชิญปัญหา ยอมรับความจริง รับฟังคำวิจารณ์ของผู้อื่นที่มีต่อตน ในบางโอกาสผู้นำกลุ่มอาจจะต้องสอดแทรกความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม การป้องกันสิทธิของสมาชิกบางคน การรักษาเวลา การบำบัดกลุ่ม ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะมีสมาชิกบางคนในกลุ่มทำหน้าที่นี้อยู่แล้วก็ตาม
4. การรักษากฎ ผู้นำกลุ่มต้องปฏิบัติตนเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่ม เช่น เปิดเผยปัญหาของตน รับฟังปัญหาของผู้อื่น และเก็บความลับในกลุ่ม เป็นต้น
5. การเป็นผู้นำกลุ่มจะต้องสาธิตให้สมาชิกดูถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ต้องการให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีความไว้วางใจต่อกันสูง

## บทที่ 5

### การศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณี

#### ที่มาของกรณีศึกษา

นักสังคมสงเคราะห์ได้รับผู้ป่วยจากงานผู้ป่วยนอกของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ด้วยผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการใช้สารเสพติด และปฏิเสธการเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา

ในวันแรกรับ (23 เมษายน 2547) ผู้ป่วยถูกมารดาหลอกให้มาตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด เพราะผู้ป่วยบอกมารดาว่าหยุดเสพยามานานหลายเดือนแล้ว มารดาจึงพาผู้ป่วยมาตรวจ และบอกว่ามาเพื่อตรวจปัสสาวะเท่านั้น ไม่ต้องเข้ารักษา ไม่ว่าผลจะเป็นอย่างไร ผู้ป่วยจึงยินยอม แต่ภายหลังจากทราบผลการตรวจแล้ว มารดากลับแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกแรกรับ รับผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจึงโกรธ ทะเลาะกับมารดา กล่าวว่ามารดาไม่รักษาสัญญา และปฏิเสธการเข้ารับการรักษาในทุกรูปแบบ

#### ประวัติผู้ป่วย

##### ประวัติทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี สถานภาพสมรส โสด เชื้อชาติ ไทย ศาสนาพุทธ กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ปีที่ 1 ของสถานศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

ผู้ป่วยมีอุปนิสัยชอบช่วยเหลือผู้ป่วย มีน้ำใจ ร่าเริง สนุกสนาน ชอบความสะอาดสะบาย แต่ค่อนข้างเกียจคร้าน มีจิตใจอ่อนไหวง่าย น้อยใจง่าย มักชอบคิดว่าพ่อแม่ไม่รัก ไม่สนใจตน ทั้งพ่อและแม่รักพี่ชายมากกว่า รวมทั้งผู้ป่วยยังมีการรับรู้ในคุณค่าของตนเองค่อนข้างต่ำ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

##### ประวัติครอบครัว

ครอบครัวของผู้ป่วยประกอบด้วยบิดา มารดา และพี่ชาย 2 คน

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนสุดท้อง ในจำนวนพี่น้อง 3 คน มีพี่ชาย 2 คน อายุห่างกัน 5 ปี และ 3 ปี ตามลำดับ

บิดา ปัจจุบันอายุ 50 ปี ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ซึ่งเป็นธุรกิจเกี่ยวกับการค้าขายวัสดุก่อสร้างทุกชนิด มีอุปนิสัยเรียบร้อย เยียบขรึม พูดน้อย ขยัน ค่อนข้างจริงจังกับการดำเนินชีวิตและการทำงาน บิดาของผู้ป่วยจึงทำงานโดยแทบจะไม่มีวันหยุด นอกจากนี้บิดายังมีลักษณะอุปนิสัยที่ค่อนข้างจะยึดมั่นในความคิดของตนเอง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุให้บิดาเป็นผู้ที่มีอำนาจและบทบาทมากที่สุดในบ้าน

**มารดา** ปัจจุบัน อายุ 48 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพใด นอกจากทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน ดูแลบ้าน และดูแลลูกๆ ซึ่งขณะนี้ก็มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ส่วนพี่ชายทั้งสองของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับตาและยายอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี มารดาของผู้ป่วยมีอุปนิสัยร่าเริง สนุกสนาน มีมนุษยสัมพันธ์ค่อนข้างดี เข้าใจอะไรง่าย แต่ไม่ค่อยมีความมั่นใจในตัวเอง ไม่ชอบแสดงความคิดเห็น มีลักษณะของการเป็นผู้ตามมากกว่าการเป็นผู้นำ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยสนิทและพูดคุยด้วยมากที่สุด ส่วนมารดาเองก็รักและตามใจผู้ป่วยมากกว่าบุตรคนอื่นๆ เช่นกัน

**พี่ชายคนโต** อายุ 25 ปี มีอุปนิสัยเรียบร้อย เคร่งขรึม ไม่ค่อยพูด มีความขยันขันแข็งและตั้งใจทำงานมาก เป็นบุตรที่บิดารักและไว้ใจมากที่สุด ขณะนี้บิดามารดาให้ดูแลกิจการการค้าขายวัสดุอุปกรณ์การก่อสร้างที่บิดาร่วมลงทุนกับตา ยาย อยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี

**พี่ชายคนรอง** อายุ 23 ปี มีอุปนิสัยเรียบร้อย พูดน้อย ขณะนี้ช่วยพี่ชายคนโตทำงานอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี

ทั้งบิดาและมารดามีความคาดหวังในตัวลูกๆค่อนข้างสูง โดยเฉพาะต้องการให้ลูกๆสานต่อในกิจการที่ตนสร้างเอาไว้ สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุตรชายคนเล็กนั้น บิดาคาดหวังไว้ตั้งแต่ตัดสินใจลงทุนเปิดกิจการที่จังหวัดสงขลาแล้วว่าจะให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลกิจการและมารดา ทั้งนี้เพราะรู้ว่าผู้ป่วยรักมารดา และมารดาก็รักผู้ป่วยเหมือนกัน

สภาพครอบครัวในวัยเด็กของผู้ป่วย พบว่า บิดามารดาของผู้ป่วยแยกกันอยู่ (แบบชั่วคราว) โดยมารดาอยู่กับผู้ป่วย พี่ชายทั้งสอง ตา และยาย ที่จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนบิดานั้นต้องมาทำงานอยู่ที่จังหวัดสงขลา เนื่องจากก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดมานั้น บิดาของผู้ป่วยได้ลาออกจากงานประจำที่ทำอยู่ในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อมาลงทุนทำธุรกิจ โดยมีตาและยายของผู้ป่วยเป็นผู้ออกทุนให้ แต่ต่อมาประสบกับปัญหาการขาดทุน ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาเดียวกับที่ผู้ป่วยเกิดมา ขณะนั้นครอบครัวก็ต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างมาก ตาและยายค่อนข้างไม่พอใจที่บิดาดำเนินธุรกิจผิดพลาดจนขาดทุน บิดาเครียดมาก ไม่ยอมรับในความที่เกิดขึ้น แต่กลับคิดว่าดวงไม่ดี และคนที่ทำให้ครอบครัวดวงไม่ดี นั้นเป็นเพราะผู้ป่วย เพราะคิดว่าสิ่งเหล่านี้เกิดมาพร้อมกับผู้ป่วยเกิด หลังจากนั้นบิดาจึงเดินทางมาทำงานกับญาติที่จังหวัดสงขลา และมาเปิดร้านค้าขายวัสดุอุปกรณ์การก่อสร้างในเวลาต่อมา

ระหว่างที่บิดามาอยู่ที่จังหวัดสงขลา บิดากลับไปเยี่ยมบ้านค่อนข้างบ่อย แต่ตลอดระยะเวลาที่มาเยี่ยมบ้าน บิดามักจะพาลูกๆไปเที่ยว หยอกล้อเล่นกับพี่ชายทั้งสอง แต่บิดาไม่เคยพูดหรือถามถึงผู้ป่วยเลย มีหลายครั้งที่ผู้ป่วยทำผิดพลาด บิดามักจะพูดกับผู้ป่วยว่าเป็นตัวปัญหา เกิดมาก็สร้างปัญหาให้ครอบครัวเป็นคนทำให้ครอบครัวทุกข์ยาก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ เสียใจเป็นอย่างมาก ซึ่งนี่ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับผู้ป่วย นั่นคือ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกผูกพันกับบิดาและมักคิดว่าบิดาเกลียดตน ไม่รักตน

ต่อมาเมื่อเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้น บิดาจึงรับทุกคนมาอยู่ด้วยที่จังหวัดสงขลา

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นไปในแบบค่อนข้างเหินห่าง บิดาไม่มีเวลาให้ครอบครัว และผู้ป่วย ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพี่ชายทั้งสองก็เป็นไปแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feeling) คือ ผู้ป่วยกับพี่ชายทั้งสองมีความสนใจกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งซึ่งทางอารมณ์ ความสนใจในความเป็นอยู่ซึ่งกันและกันของผู้ป่วยกับพี่ชายก็มีน้อย บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมักจะทะเลาะและชกต่อยกับพี่ชาย เนื่องจากพี่ชายมักล้อผู้ป่วยอยู่เสมอว่าเป็นหัวหน้าของบ้าน ไม่มีใครรัก บิดาก็ไม่รัก เป็นคนที่ทำให้บิดาต้องไปอยู่ที่อื่น ผู้ป่วยจึงไม่ชอบพี่ชายนัก ไม่รู้สึกสนิทกับพี่ชายทั้งสอง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีที่สุดในบ้านคือมารดา ผู้ป่วยจะรู้สึกสนิทกับมารดา มารดาเองก็รู้สึกสงสารผู้ป่วย และเพื่อต้องการชดเชยความรู้สึกให้กับผู้ป่วย มารดาจึงเลี้ยงดูผู้ป่วยแบบค่อนข้างตามใจและปกป้อง (Over Protect)

การอบรมเลี้ยงดูผู้ป่วย พบว่า ในวัยเด็กของผู้ป่วย พ่อแม่ก็มีความขัดแย้งกันในการอบรมเลี้ยงดู นั่นคือบิดาอบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยแบบเข้มงวด มีการตั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ มากมาย และมีการลงโทษ เชียน ตี ในขณะที่มารดาอบรมเลี้ยงดูแบบค่อนข้างตามใจ เพราะรู้สึกสงสารผู้ป่วย ต้องการชดเชยความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบิดา รวมทั้งกลัวว่าผู้ป่วยจะเติบโตหรือกดดันมากกว่านี้หากมารดาใช้วิธีการเดียวกันกับบิดา มารดาจึงคอยปกป้องเมื่อบิดาจะลงโทษ หรือบางครั้งก็อนุญาตให้กระทำในสิ่งที่บิดาห้าม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน ไม่รู้ว่าพฤติกรรมใดควรทำ หรือไม่ควรทำ และหลายครั้งที่ผู้ป่วยใช้มารดาเป็นเครื่องมือกำบังการทำความผิดของตน

### ประวัติการใช้ยาเสพติด

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติดครั้งแรก เมื่ออายุ 16 ปี ซึ่งยาเสพติดที่เสพ คือ แอมเฟตามีน (ยาบ้า) โดยครั้งแรกๆ ผู้ป่วยเสพครั้งละ 1 เม็ด แต่ต่อมาได้เพิ่มความถี่และปริมาณการเสพเป็นเสพทุกวัน วันละ 3-4 ครั้ง เฉลี่ยแล้วปัจจุบันนี้ (ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้) ผู้ป่วยเสพยาบ้าประมาณวันละ 8-10 เม็ด ซึ่งวิธีเสพที่ผู้ป่วยใช้ คือ การฉีดเข้าเส้นเลือด

นอกจากการเสพยาบ้าแล้ว ผู้ป่วยยังใช้สารเสพติดชนิดอื่นอีก เช่น กัญชา กระท่อม ยาแก้ไอ ซึ่งยาเสพติดเหล่านี้ โดยมากแล้วผู้ป่วยจะเสพเมื่อไม่สามารถหายยาบ้ามาเสพได้

เมื่อสอบถามถึงการหยุดการใช้ยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้นานที่สุดประมาณ 2 เดือน คือ หลังจากการเข้ารับการรักษา ครั้งที่ 2 ที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

### ประวัติการรักษา

ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติด 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เมื่อเดือนกรกฎาคม 2546 ในรูปแบบผู้ป่วยนอก นั่นคือ มารับยาไปรับประทานที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้ป่วยมารับยาอยู่เพียง 2 สัปดาห์ ก็ขาดการติดต่อ หลังจากนั้นในเดือนพฤศจิกายน 2546 ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาอีกครั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ซึ่งอยู่บำบัดรักษาได้เพียง 19 วัน ก็ไม่สมัครใจที่จะรักษาต่อ



## สภาพที่อยู่อาศัย

บ้านของผู้ป่วยเป็นบ้านเดี่ยวขนาดประมาณ 50 ตารางวา มีอาณาบริเวณและรั้วรอบ ภายในบ้านประกอบด้วย 3 ห้องนอน 2 ห้องน้ำ 1 ห้องครัว และ 1 ห้องนั่งเล่น ที่ตั้งของบ้านตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งเป็นเขตชุมชน สถานที่ใกล้เคียงแวดล้อมด้วยมหาวิทยาลัย วิทยาลัยเอกชน หอพักและห้องแบ่งเช่าสำหรับนักศึกษา

## ปัญหาที่นักสังคมสงเคราะห์พบจากการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง แพทย์ประวัติของผู้ป่วย และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยมีประเด็นปัญหาดังนี้

1. ปัญหาการใช้ยาเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยติดยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท (ยาบ้า) มาประมาณ 4 ปี
2. ปฏิเสธการเข้ารับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยไม่เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการเลิกยาเสพติด
3. ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับผู้ป่วย
4. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

และเมื่อประเมินปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวแล้วพบว่าปัญหาเร่งด่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการแก้ไขก่อน คือ ปัญหาการใช้ยาเสพติด ส่วนปัญหาอื่นนั้นเป็นปัญหาสืบเนื่องและหรือต่อเนื่องกัน ซึ่งเมื่อปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย และครอบครัว จึงวางแผนการแก้ไขปัญหาลำดับกันไปพร้อมๆกัน ซึ่งจะขอกกล่าวถึงในประเด็นกระบวนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือ

## สาเหตุของปัญหา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอยู่ พบว่าปัญหาต่างๆนั้นเกิดจากสาเหตุดังนี้

ด้านครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็น

- ด้านสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะระหว่างผู้ป่วยกับบิดา ที่มีความสัมพันธ์ค่อนข้างเย็นห่าง เนื่องจากบิดาไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย และมีความคิด ความเชื่อในเชิงลบต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกดดัน และรู้สึกถูกครอบครัวปฏิเสธ จนหลายครั้งที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมประชดด้วยการทำร้ายตนเอง รวมทั้งการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมไม่ดี เช่น หนีเรียน เกเร และใช้ยาเสพติด

- การอบรมเลี้ยงดูที่ขัดแย้งกันระหว่างบิดามารดา นั่นคือ บิดาอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด ในขณะที่มารดาอบรมเลี้ยงดูแบบค่อนข้างตามใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความสับสนในการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งการถูกเปรียบเทียบกันกับพี่น้อง ทำให้มองดูเหมือนว่าผู้ป่วยไม่มีความสามารถใฝ่รู้ได้เลย ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองค่อนข้างต่ำ จนเป็นเหตุให้เกิดเป็นปัญหาในเวลาต่อมา

- ความไม่เข้าใจกันระหว่างมารดากับผู้ป่วย นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยอายุประมาณ 15 ปี มารดาทราบว่าผู้ป่วยมีคนรัก และต้องการพาคนรักมาพักอาศัยอยู่ด้วยกัน มารดาไม่เห็นด้วยกับการมีคนรักก่อนวัยอันควร รวมทั้ง ชัดขวางและห้ามผู้ป่วยคบหากับคนรักอีก ซึ่งนี่เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจใช้ยาเสพติดเป็นครั้งแรก

#### ด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง

เนื่องจากผู้ป่วยมีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีจิตใจอ่อนไหว รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองต่ำ เช่น เมื่อเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันกับมารดา ทำให้ผู้ป่วยมีความน้อยใจมากขึ้น คิดว่ามารดาไม่รักตนแล้ว ไม่มีใครรักตน ก่อความรู้สึกในคุณค่าของตนเองยิ่งตกต่ำลงจนถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยผู้ป่วยได้ใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาและอารมณ์ของตนเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาความไม่เข้าใจกับมารดา ก็ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพราะขาดทักษะการจัดการปัญหา เมื่อเพื่อนชวนให้ลองยาเสพติดแล้วจะทำให้ลืมปัญหา ผู้ป่วยก็เชื่อ จนกลายเป็นเหตุให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดตั้งแต่นั้น

เพื่อน เนื่องจากผู้ป่วยคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งเมื่อเพื่อนชวนให้ใช้ยาเสพติดเพื่อดับความงุนงงใจ ผู้ป่วยก็ใช้

### ผลกระทบของปัญหา

1. ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพที่ไม่ดีอยู่แล้วกลับยิ่งไม่ดียิ่งขึ้น เช่น ปัญหาการทะเลาะกันของบิดามารดา ซึ่งมีสาเหตุจากการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย หรือปัญหาการไม่ได้รับการไว้วางใจจากครอบครัว เนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการเสพยาเสพติด ฯลฯ

2. ปัญหาสุขภาพกาย-จิต

3. ปัญหาการเรียน

4. ปัญหาด้านกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยเคยถูกจับกุมในข้อหาการมียาเสพติดไว้เพื่อเสพ

### การวางแผนให้การช่วยเหลือ

1. ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work)

- การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)

- การให้คำปรึกษารายครอบครัว (Family Counseling)

- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2. ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Group Work)
3. ประเมินผลการบำบัดรักษาและการให้การช่วยเหลือเป็นระยะ
4. ติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา

## การดำเนินการให้ความช่วยเหลือของนักสังคมสงเคราะห์

หลังจากการศึกษาสภาพของสังคม อารมณ์ จิตใจ (Psycho-Social Study) ของผู้ป่วยแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหลายประการ เช่น ปัญหาการปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดรักษา ปัญหาการใช้ยาเสพติด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงต้องแก้ไขปัจจัยต่างๆเหล่านี้ไปพร้อมกัน โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้ให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้ คือ

### ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work)

#### 1. การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)

การให้คำปรึกษารายบุคคลจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี เพิ่มแรงจูงใจในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะในครั้งแรกๆของการบำบัดรักษา และในบางโอกาส หรือปัญหาบางประเด็นที่เป็นความลับ หรือเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด อาย ที่จะต้องพูดคุยเรื่องนั้นต่อหน้าสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่ม นักสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้องให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ดังนี้

1. ประเมินแรงจูงใจและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of Change) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งส่งผลต่อการปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดรักษา

ผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดสงขลา เพราะถูกมารดาหลอกว่าให้มาตรวจปัสสาวะ โดยไม่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา แต่หลังจากการตรวจปัสสาวะแล้วพบว่าผลการตรวจเป็น Positive นั่นคือ พบสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ในปัสสาวะ (เนื่องจากผู้ป่วยยอมรับภายหลังว่าเพิ่งเสพยาบ้าก่อนมาที่ศูนย์ประมาณ 2 วัน) มารดาจึงแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทำการรับผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจึงโกรธ โวยวาย อาละวาด และปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดรักษาทุกรูปแบบ ด้วยเหตุดังกล่าว งานผู้ป่วยนอกจึงส่งผู้ป่วยพบนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบสติอารมณ์ลง และจูงใจผู้ป่วยให้มองเห็นประโยชน์และความสำคัญของการบำบัดรักษา ยอมรับการบำบัดรักษาด้วยความตั้งใจจริง

จากข้อมูลเบื้องต้นที่นักสังคมสงเคราะห์ได้รับการส่งต่อ (Refer) จากงานผู้ป่วยนอก นักสังคมสงเคราะห์จึงได้ขอพบผู้ป่วยและญาติ (มารดา) เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลข้อเท็จจริงด้านต่างๆเพิ่มเติม รวมทั้งเพื่อดำเนินการเพื่อให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้พบและพูดคุยกับผู้ป่วย

ก่อนเป็นอันดับแรก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ ด้วยการได้รับโอกาสพูดก่อน ซึ่งสิ่งนี้จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ

การพูดคุยระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship building) โดยการบริการน้ำดื่ม และเริ่มพูดคุยในเรื่องทั่วไป เช่น กิจกรรมทั่วไปที่วัยรุ่นให้ความสนใจ ในขณะที่นั้น สภาพดินฟ้าอากาศ กิจกรรมที่ชอบ ข่าวกีฬา ฯลฯ

ระหว่างการสร้างสัมพันธภาพ นักสังคมสงเคราะห์ได้ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วย ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มคลายความหงุดหงิด อารมณ์เริ่มสงบ เริ่มมีความเป็นกันเอง ให้ความร่วมมือในการพูดคุย นักสังคมสงเคราะห์จึงเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวอื่นๆ รวมทั้งเรื่องยาเสพติด โดยมุ่งประเด็นการพูดคุยสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับยาเสพติด ในขณะเดียวกัน ระหว่างพูดคุย นักสังคมสงเคราะห์ก็ต้องประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of Change) ของผู้ป่วยต่อการใช้ยาเสพติดไปพร้อมๆกันว่าอยู่ในขั้นตอนใด

สำหรับกรณีศึกษาที่ พบว่า ผู้ป่วยมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองอยู่ในระยะพฤติกรรมเดิมตามปกติ (Status Quo) หรือระยะก่อนครุ่นคิด (Precontemplation) ซึ่งเป็นขั้นที่ผู้ป่วยยังมองไม่เห็นปัญหาของตนเอง ไม่คิดว่าตนเองจะมีปัญหาจากการใช้ยาเสพติด แต่ยังรู้สึกชื่นชอบในความสนุกสนานที่ได้รับจากการใช้ยาบ้า มองว่าการติดยาบ้าเป็นเรื่องเล็ก ตนไม่มีปัญหาอะไร คนอื่นต่างหากที่มีปัญหา คนอื่นต่างหากที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ด้วยความคิดดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ไม่อยากจะรับการบำบัดรักษา

เมื่อผู้ป่วยมีจิตปฏิเสธรามากเช่นนี้ การตักเตือนตรงๆคงไม่เกิดผลดีนัก นักสังคมสงเคราะห์จึงใช้การพูดคุยสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) โดยใช้ทักษะการถาม (Probing) การฟัง (Listening) การทวนความ (Paraphrasing) การสรุปความ (Summarization) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวประสบการณ์ของตนเองโดยตรงโดยไม่รู้ตัว เช่น ในช่วงหนึ่งของการพูดคุย ผู้ป่วยเล่าว่าเริ่มใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้าเมื่ออายุประมาณ 16 ปี เพราะมีเรื่องกลุ้มใจหลายเรื่อง ซึ่งเรื่องที่สำคัญก็คือเรื่องที่ทะเลาะกับมารดา และคิดว่าในโลกนี้ไม่มีใครรักตน แม้แต่มารดาซึ่งตนเคยคิดว่ารักตน ก็ไม่รักตนแล้ว (เนื่องจากไม่ตามใจตนเหมือนก่อน) ผู้ป่วยจึงตัดสินใจใช้ยาเสพติดตามที่เพื่อนชวน โดยก่อนหน้าการใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยก็เคยสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ตั้งแต่อายุประมาณ 13-14 ปี ส่วนการเสพยาบ้านี้ เริ่มแรกผู้ป่วยเสพ 1 เม็ดต่อวัน แล้วเพิ่มปริมาณและความถี่ขึ้นเรื่อยๆ จนปัจจุบันแล้วใช้เฉลี่ยประมาณ 8-10 เม็ดต่อวัน โดยเสพวันละ 3-4 ครั้ง ฯลฯ หลังจากที่ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ได้ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) รวมทั้งได้ทำการแทรกแซง (Intervention) หรือให้ความช่วยเหลือ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาของตน และให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed-back) ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) จนผู้ป่วยเกิดการครุ่นคิดและลงเล่ห์ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเมื่อนักสังคมสงเคราะห์ประเมินแล้วพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวเข้าสู่ระยะรู้ตัว (Awareness) คือ ผู้ป่วยเริ่มมองเห็นประเด็นปัญหาแล้วว่า ใครควรปรับปรุงแก้ไข นักสังคมสงเคราะห์ก็ต้องกระตุ้นต่อไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เข้าสู่ระยะครุ่นคิด (Contemplation) นั่นคือ ผู้ป่วยเริ่มรู้ว่าตัวเขามีปัญหา แต่ยังอยู่ในระยะสองจิตสองใจ นั่นคือ ใจหนึ่งอยากจะหยุดสิ่งที่เป็นปัญหา อยากเปลี่ยนแปลง อยากเลิก แต่อีกใจหนึ่งก็อยากเสพยาต่อไป นักสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้อง “ตอกย้ำ” นั่นคือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณา ข้อดี-ข้อเสียของยาเสพติด ผลกระทบของการเสพยาต่อไป และผลของการเลิกยาต่อชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว การเรียน สังคม กลุ่มเพื่อน คนรัก และด้านกฎหมาย แล้วจึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดวิธีการแก้ไขปัญหา วิธีการที่จะเลิกยาเสพติด โดยนักสังคมสงเคราะห์ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดรักษา ความสำคัญของการรักษา รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง

สำหรับกรณีนี้ ภายหลังจากการพูดคุยและจูงใจแล้ว ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดรักษา ในรูปแบบผู้ป่วยนอก โดยแจ้งว่าสามารถมาพบนักสังคมสงเคราะห์ได้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ซึ่งจะมาพบในภาคเช้าของทุกวันจันทร์และวันพุธ เนื่องจากผู้ป่วยให้เหตุผลว่าต้องเรียนหนังสือ ในภาคบ่าย ในเบื้องต้น ภายหลังจากที่นักสังคมสงเคราะห์ได้พูดคุยรายบุคคลกับผู้ป่วย ผู้ปกครองแล้ว นักสังคมสงเคราะห์จึงได้ให้คำปรึกษารายครอบครัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (มารดา) โดยมีวัตถุประสงค์ ในเบื้องต้นเพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยสร้างทำข้อตกลงในการช่วยเหลือร่วมกัน และเพื่อทำข้อตกลง ในการบำบัดรักษาในครั้งนั้นทั้ง 3 ฝ่าย (จะขอกล่าวรายละเอียดในการให้คำปรึกษารายครอบครัว)

2. ให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยนิยมใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะ ยาบ้า เพราะมีความคิดและความเชื่อว่ายาบ้าจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจทางเพศ ช่วยยืดระยะเวลาในการมี เพศสัมพันธ์ และในระหว่างการบำบัดรักษา ผู้ป่วยได้กลับไปเสพซ้ำก่อนมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก นักสังคม- สงเคราะห์จึงให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้หาแนวทาง ป้องกันแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นอีก รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และแก้ไข ความเข้าใจผิดของผู้ป่วยที่คิดว่ายาเสพติดจะช่วยกระตุ้นความรู้สึกและยืดระยะเวลามีการมีเพศสัมพันธ์ แต่ความจริงแล้ว นั่นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงแรกๆของการเสพยาเท่านั้น แต่เมื่อเสพยาจนเป็นนิสัย แล้ว ความรู้สึกพึงพอใจดังกล่าวจะค่อยๆลดน้อยลง และย้ำว่าพฤติกรรมทางเพศจะกลับสู่สภาวะปกติได้ เมื่อผู้ป่วยเลิกเสพยา นอกจากนี้ยังต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยพึงระวังว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นตัวกระตุ้น ที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยคิดถึงยาและอยากยา รวมทั้งจะก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ฯลฯ นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ตัวกระตุ้นที่สำคัญของตนเอง ทั้งตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน พร้อมทั้งคิดหาวิธีการที่จะจัดการและ หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเหล่านั้น

3. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีความฝืนเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย เนื่องจากในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการเลิกยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้มาขอคำปรึกษาว่าตนเองมักจะฝืนว่า ได้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก และหลายครั้งที่ทำให้เกิดความอยากยาในวันรุ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ นักสังคมสงเคราะห์

จึงได้ให้คำปรึกษาควบคู่ไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับความฝันในระหว่างการเลิกยาว่าเป็นเรื่องปกติ ซึ่งผู้ป่วยไม่ควรกังวลหรือรู้สึกผิดต่อการฝันดังกล่าวมากเกินไป หากแต่ให้พึงระวังในการหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาในวันรุ่งขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาแนวทางเพื่อช่วยป้องกันอาการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นที่จะเลิกยาต่อไป

4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วย เนื่องจากก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนมากมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับการใช้ยาเสพติดโดยไม่สนใจเกี่ยวกับสิ่งรอบข้างใดๆทั้งสิ้น แต่เมื่อเริ่มเข้าสู่กระบวนการบำบัด โครงสร้างหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนไปจากช่วงติดยา ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างมากขึ้น ซึ่งเวลาว่างเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายหากผู้ป่วยไม่รู้จักรวางแผนการดำเนินชีวิตหรือวางแผนกิจกรรมประจำวันให้น่าสนใจ ด้วยเหตุนี้ นักสังคมสงเคราะห์ได้มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ทำ โดยให้ผู้ป่วยวางแผนจัดตารางกิจกรรมประจำวันโดยละเอียดด้วยตนเองว่าผู้ป่วยทำอะไรบ้างในแต่ละวัน และนักสังคมสงเคราะห์ได้ประสานและมอบหมายให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตรวจสอบดูแลความเหมาะสมของตารางกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) ของผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องนำตารางกิจกรรมนั้นมาพูดคุยกับนักสังคมสงเคราะห์ในคราวต่อไป ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เห็นว่าหากผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละวันอย่างชัดเจน และกิจกรรมนั้นมีความน่าสนใจ ไม่เป็นความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติด จะเป็นการลดความเบื่อและป้องกันอาการกลับไปเสพซ้ำได้ทางหนึ่ง

5. มีการให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย เช่น การให้รางวัล ในเบื้องต้นมีการแจกสติ๊กเกอร์รูปดาว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดในตารางปฏิทินของตนเองในวันที่ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติดใดๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเห็นจำนวนวันที่เขาสามารถหยุดการใช้ยาได้ รวมทั้งเพื่อให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการช่วยเหลือ เกิดแรงจูงใจที่จะหยุดยาต่อไป สร้างความภาคภูมิใจให้กับครอบครัวเมื่อเห็นถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ นอกจากสติ๊กเกอร์รูปดาวแล้ว ยังมีการเสริมแรงด้วยการให้รางวัลอื่นๆอีก เช่น การให้หมวก เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้นาน 1 เดือนและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอื่นๆในทางที่ดีขึ้น ฯลฯ

## 2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

นอกจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยในประเด็นต่างๆแล้ว การช่วยเหลืออีกอย่างหนึ่งที่สำคัญ ก็คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการติดยามากขึ้น รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับนั้นไปเป็นเครื่องมือในการป้องกันอาการกลับไปเสพซ้ำได้ ซึ่งองค์ความรู้พื้นฐานต่างๆที่ให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เรื่องโทษพิษภัยยาเสพติดประเภท ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า ฤทธิ์ของยาบ้าที่มีต่อสมอง ร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา ตัวกระตุ้น (Trigger) ที่ทำให้เสพยา ทั้งที่เป็นตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหรือวงจรการติดยา เทคนิควิธีการหยุดวงจรการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับเส้นทางการติดยา เส้นทางการเลิกยา อาการที่จะเกิดขึ้นในระยะต่างๆของการเลิกยา ฯลฯ รวมทั้งการฝึกทักษะในการเลิกยาและการป้องกันอาการกลับไปเสพซ้ำ เช่น การจัดการและหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ตัวกระตุ้น อย่างสร้างสรรค์ การหยุด

ความคิด (Thought stopping) การสร้างแรงจูงใจและการหาสิ่งยึดเหนี่ยวให้กับตนเองในการเลิกยา การสร้างเพื่อนใหม่ และการสร้างหรือฟื้นฟูสัมพันธภาพ ฯลฯ

### 3. ให้คำปรึกษารายครอบครัว (Family Counseling)

เนื่องจากนักสังคมสงเคราะห์มีความเห็นว่าการบำบัดรักษาและการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้ได้ผลนั้นจะต้องอาศัยการสนับสนุนร่วมมือจากครอบครัวผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นสังคมประจำวันของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับสมาชิกของครอบครัวเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมาก และอาจกล่าวได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญอยู่ในหัวใจของผู้ป่วยตลอดเวลา ถึงแม้ว่าบางครั้งครอบครัวอาจจะไม่ได้อยู่ด้วย แต่ในใจของผู้ป่วยมักจะนึกถึงบุคคลในครอบครัวเสมอ ทั้งบุคคลที่ผู้ป่วยรักและบุคคลที่ผู้ป่วยมักจะมีเรื่องกระทบกระทั่งด้วย คิดถึงทั้งในทางบวกและทางลบ ครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อความเป็นไปของผู้ป่วย อาจจะเป็นกำลังใจหรือบั่นทอนกำลังใจในการบำบัดรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยเหตุนี้ นักสังคมสงเคราะห์จึงได้พยายามให้ครอบครัวเข้ามาเป็นกำลังสำคัญในการบำบัดรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการให้คำปรึกษารายครอบครัว รวมทั้งให้ความรู้แก่ครอบครัว ดังรายละเอียดนี้

1. ก่อนทำการช่วยเหลือ สิ่งแรกที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องทำ คือ การประเมินครอบครัว (Family Assessment) ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับครอบครัว และเพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Function Assessment) รวมทั้งโครงสร้างของครอบครัว เช่น ใครมีบทบาทหน้าที่อะไร ใครเป็นคนมีอำนาจมากที่สุด ใครสนิทกับใคร ใครที่มักจะปะทะอารมณ์หรือขัดแย้งกันบ่อยๆ ฯลฯ

สำหรับกรณีศึกษานี้ ในวันแรกของการพบปะพูดคุยระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับครอบครัวของผู้ป่วย (มารดาของผู้ป่วย) เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship building) โดยการบริการน้ำดื่มและเริ่มพูดคุยในเรื่องทั่วไป เช่น สภาพดินฟ้าอากาศ การเดินทางมาในวันนี้ ฯลฯ

ระหว่างการสร้างสัมพันธภาพ นักสังคมสงเคราะห์ได้ประเมินสภาพความพร้อมของครอบครัวด้วยการสังเกตพฤติกรรมของมารดาผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเมื่อพบว่ามารดาของผู้ป่วยมีความพร้อมในการพูดคุยมากขึ้น จึงเริ่มพูดคุยด้วยการสอบถามถึงเหตุผลที่มารดาพาผู้ป่วยมาพบในครั้งนี้ เมื่อนักสังคมสงเคราะห์ทราบแล้ว จึงจำเป็นต้องทำข้อตกลงในการพูดคุยเบื้องต้นในครั้งนี้ เช่น ตกลงเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุย รวมทั้งเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ นักสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้องบอกและย้ำให้ครอบครัวทราบว่าเรื่องทุกเรื่องที่พูดคุยจะเป็นความลับ รวมทั้งขอความร่วมมือให้ครอบครัวให้ข้อมูลที่เป็นความจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อตกลงกันทั้งสองฝ่ายแล้ว นักสังคมสงเคราะห์จึงเริ่มสอบถามข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับครอบครัว บทบาทของแต่ละคนในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเท่าที่ครอบครัวทราบ รวมทั้งความคิดและความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย ตลอดจนการให้มารดาของผู้ป่วยวิเคราะห์ถึง

สาเหตุที่คาดว่าน่าจะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด แนวทางของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความคาดหวังของครอบครัวภายหลังการบำบัดรักษาและการช่วยเหลือ

2. ภายหลังการประเมินครอบครัว สิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องดำเนินการต่อไป คือ ประเมินและสร้างแรงจูงใจแก่ครอบครัว นั่นก็คือ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องทำให้ครอบครัวเกิดความต้องการและเกิดแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัดรักษาช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) พร้อมทั้งอธิบายให้ครอบครัวได้รับรู้ว่าผลสำเร็จของการบำบัดรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของนักสังคมสงเคราะห์เพียงผู้เดียว หากแต่ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจจากครอบครัวด้วย รวมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาของครอบครัวจะเกิดประโยชน์อย่างไรต่อผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดรักษาผู้ป่วยเพียงผู้เดียว และที่สำคัญ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องกระตุ้นให้ครอบครัวตระหนักว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาแต่เฉพาะของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่เป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการช่วยเหลือแก้ไขจากหลายๆฝ่าย

สำหรับกรณีศึกษา นี้ ครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะมารดาของผู้ป่วยนั้น เมื่อประเมินถึงความพร้อม ความต้องการ และแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วนั้น พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเมื่อมารดาเห็นว่าผู้ป่วยเองก็ยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา แต่การช่วยเหลือจากมารดาเพียงผู้เดียวก็คงไม่เพียงพอ และการช่วยเหลือก็คงไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร หากไม่ได้รับความร่วมมือจากบิดาของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นผู้ติดยาร่วม (Co-dependency) ที่สำคัญของผู้ป่วย นั่นคือเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมในการได้รับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย และเป็นอีกหนึ่งที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกยาได้ หรืออาจจะเป็นผู้หนึ่งที่ผลักดันให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดได้อีกเช่นกัน และเมื่อบิดาไม่ยินยอม และปฏิเสธในการเข้าร่วมกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย จึงหน้าที่ที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์และมารดาของผู้ป่วยอีกครั้งในการจัดหาโอกาสในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บิดามาเข้าร่วมกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้วางแผนจะดำเนินการในคราวต่อไป

3. สำหรับในครั้งแรกนี้ ภายหลังที่ได้ทำการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว หลังจากนั้นจึงจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยปรึกษาหารือกันอีกครั้ง โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ประสานสัมพันธ์ แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นจึงสรุปให้ครอบครัวและผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสร้างพันธะสัญญาหรือข้อตกลงเบื้องต้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยให้สัญญาว่าจะเลิกใช้สารเสพติดทุกชนิดและเลิกดื่มสุรา เมื่อเข้ารับการรักษา หรือครอบครัวให้สัญญาว่าจะให้การสนับสนุนในการเลิกยาของผู้ป่วยทุกวิถีทาง และจะเลิกจับผิดผู้ป่วย แต่จะคอยให้คำแนะนำปรึกษา และให้กำลังใจ ฯลฯ

4. นอกจากการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสร้างข้อตกลงในการช่วยเหลือร่วมกันแล้ว ข้อตกลงในการบำบัดรักษาช่วยเหลือเบื้องต้นก็เป็นสิ่งจำเป็นที่นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย และครอบครัว ต้องสร้างขึ้นก่อนเริ่มการบำบัดรักษา เช่น ตกลงว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องมาพบผู้บำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์บ่อยเพียงใด การบำบัดช่วยเหลือต้องใช้เวลาานานเท่าใด แต่แต่ละครั้งที่มาพบเพื่อให้การช่วยเหลือจะต้องใช้เวลา



เท่าใด ใครต้องมาร่วมการบำบัดช่วยเหลือบ้าง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีบทบาทหน้าที่อย่างไร มีกฎกติกาในการบำบัดช่วยเหลืออะไรบ้าง ซึ่งการทำข้อตกลงนี้ นักสังคมสงเคราะห์มีวัตถุประสงค์ คือ

- เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงกำลังเริ่มต้นขึ้นแล้ว
- เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้ระยะเวลาที่แน่นอนที่จะใช้ในการบำบัดช่วยเหลือ ทำให้ไม่รู้สึกว่าการช่วยเหลือจะไม่มีสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและเกิดแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับการบำบัดช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
- เพื่อเป็นการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และนักสังคมสงเคราะห์

5. สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องให้ความสนใจและกำหนดให้ชัดเจนก่อนเริ่มการช่วยเหลือ คือ ตั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์เชื่อว่าการบำบัดช่วยเหลือที่ได้ผลนั้นต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องตกลงกับครอบครัวและผู้ป่วยว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้ช่วยสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปรึกษาหารือตั้งเป้าหมายการบำบัดช่วยเหลือร่วมกัน และเกิดความตระหนักและรับผิดชอบว่าตนเป็นเจ้าของเป้าหมายนั้น โดยนักสังคมสงเคราะห์ต้องพิจารณาว่าเป้าหมายนั้นมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ยังได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวคิดทบทวนและจัดลำดับเป้าหมายตามความสำคัญและความเร่งด่วน ซึ่งสำหรับกรณีศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีเป้าหมายการบำบัด 3 ประการ คือ

- ให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด
- ให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม
- ให้ผู้ป่วยและคนรักประพฤติปฏิบัติตนในบทบาทและขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ก่อปัญหาอื่น

6. สืบเนื่องจากปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของกรณีศึกษานี้ ก็คือ ผู้ป่วยมีปัญหาสัมพันธภาพกับบิดา และบิดาก็ไม่ยินยอมและปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าจะต้องทำงาน นักสังคมสงเคราะห์และมารดาของผู้ป่วยจึงได้ร่วมมือกันในการจัดหาโอกาสในการพูดคุยกับบิดาของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบเหตุผลที่แท้จริงของบิดาในการตัดสินใจไม่ยินยอมหรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยการกระตุ้นให้บิดาได้ระบายความรู้สึกออกมา รวมทั้งเพื่ออธิบายให้บิดาทราบว่านักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกอย่าง การเข้ามาพบปะพูดคุยกันจะเป็นโอกาสที่ครอบครัวจะช่วยในสิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์ทำไม่ได้ และการช่วยเหลือจะไม่ประสบความสำเร็จหากไม่ได้รับความร่วมมือจากบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมากที่สุดโดย นักสังคมสงเคราะห์ได้ชี้แจงให้บิดาทราบว่าคนที่มีความสำคัญและความหมายมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยก็คือบิดา และสิ่งที่ผู้ป่วยอยากได้มากที่สุดก็คืออ้อมกอดและการพูดจาทักทายจากบิดา พร้อมกันนี้นักสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้องกระตุ้นและเปิดโอกาสให้บิดาได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วย รวมทั้งให้บิดาได้วิเคราะห์ทบทวนถึงข้อดีและข้อด้อยถึงการแสดงออกหรือพฤติกรรมของตนต่อผู้ป่วยและครอบครัว และหาแนวทางการแก้ไขข้อด้อยที่เกิดขึ้น

ในขณะที่พูดคุยสัมภาษณ์บิดานั้น นักสังคมสงเคราะห์ก็ต้องทำการประเมินสภาพความพร้อมของบิดาร่วมด้วย ภายหลังจากประเมิน พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวเอง (Process of Change) ของบิดาผ่านเข้าสู่ระยะครุ่นคิด (Contemplation) และมีแนวโน้มเข้าสู่ระยะเปลี่ยนแปลงสูง นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องอธิบายหรือกระตุ้นให้บิดาเห็นถึงผลการเข้าร่วมกระบวนการช่วยเหลือ และผลที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบิดา พร้อมทั้งกระตุ้นให้บิดาลองมาเข้าร่วมกระบวนการช่วยเหลือ และเมื่อบิดายินยอมที่จะลอง นักสังคมสงเคราะห์จึงทำการประสานงานจัดให้ผู้ป่วย บิดา และมารดาผู้ป่วยมาทำกลุ่มปรับความเข้าใจ รวมทั้งจัดให้มาเข้ากลุ่มครอบครัว เพื่อมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์กับครอบครัวอื่นๆ

7. ให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องการอบรมเลี้ยงดู สำหรับภรรยาผู้ศึกษา จากการศึกษาและประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยแล้วพบว่า ปัญหาการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยและปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนหนึ่งเป็นเหตุเป็นผลมาจากการอบรมเลี้ยงดูแบบขัดแย้งกันเอง นั่นคือ บิดาอบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยแบบเข้มงวด ในขณะที่มารดาอบรมเลี้ยงดูแบบค่อนข้างตามใจ ซึ่งประเด็นหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาเสพติดและการสับสนในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยตามมา ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องกระตุ้นให้บิดามารดาได้ตกลงร่วมมือกันค้นหาปัญหาหรือจุดอ่อนในการอบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยที่ผ่านมาว่ามีปัญหาตรงจุดใด และควรแก้ไขอย่างไรให้มีความเหมาะสมและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ยังได้ให้คำปรึกษาและฝึกทักษะให้กับผู้ปกครองอย่างเป็นขั้นตอน ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองได้อบรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับภาวะอารมณ์ของผู้ปกครอง หรือเพราะความสงสาร หรือตามความรู้สึกแค้นในอดีตที่ผิดๆ

8. ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ป่วย คือ ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของคนรักของผู้ป่วย ซึ่งปัญหานี้เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา จนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำอีก เกือบทำให้ผู้ป่วยเลิกล้มความตั้งใจเลิกยา

สำหรับปัญหาการมีคนรักก่อนวัยอันควรนี้ นักสังคมสงเคราะห์ทราบว่ามีมารดาและผู้ป่วยเคยปรับความเข้าใจและทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างมารดา ผู้ป่วย และคนรักของผู้ป่วยแล้ว โดยมารดายินยอมให้ทั้งคู่คบหาสมาคมกันได้ในฐานะเพื่อน ส่วนผู้ป่วยและคนรักได้ให้ข้อสัญญาว่าจะประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม และจะไม่มีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะถึงวัยอันควร

เมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น ทุกคนเครียดมาก และปฏิเสธปัญหา ไม่ยอมปรึกษาปัญหานี้กับใคร มารดาได้ตัดสินใจกลับไปอยู่บ้านที่กาญจนบุรี ส่วนผู้ป่วยนั้นเครียด กลุ้มใจ แก้ปัญหาด้วยการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ทราบปัญหานี้ได้จากการให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การกลับไปเสพยา หลังจากทีทราบปัญหา นักสังคมสงเคราะห์ได้ติดต่อกับครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งบิดา มารดา คนรักของผู้ป่วย มาร่วมกันแก้ปัญหาเร่งด่วน โดยกระตุ้นให้ทุกคนได้ทบทวนว่าหากทุกคนยังคงหนีปัญหาและกระทำตัวอย่างที่ผ่านมาแล้วจะส่งผลแต่ละคนอย่างไรบ้าง ปัญหาที่มีได้รับการแก้ไขหรือบรรเทาลงหรือไม่ พร้อมทั้งให้กำลังใจว่าปัญหาทุกปัญหามีทางออกหากพยายามร่วมกันช่วยแก้ไข ตลอดทั้งกระตุ้นให้

ทุกคนร่วมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหานั้น จนในที่สุดก็สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยการให้คนรักของผู้ป่วยหยุดพักการเรียนระยะหนึ่ง แล้วไปพักอยู่กับครอบครัวของญาติสนิทของผู้ป่วยที่อีกอำเภอหนึ่งจนกว่าจะคลอด และเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้แล้วจะให้ทั้งคู่แต่งงานกัน ซึ่งจากข้อตกลงที่บิดา มารดา ผู้ป่วย และคนรักของผู้ป่วยให้กัน ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษามากขึ้น โดยสัญญาว่าจะไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอีก พร้อมทั้งผู้ป่วยและคนรักได้กราบขอโทษบิดาและมารดา เป็นเหตุให้มารดา รู้สึกดีขึ้น และให้อภัยในสิ่งที่ผ่านมา

9. ในระหว่างการบำบัดช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้กลับไปเสพซ้ำ นักสังคมสงเคราะห์จึงได้ให้คำปรึกษา แนะนำและให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุการกลับไปเสพยาซ้ำ รวมทั้งยังได้ใช้เทคนิคแนะนำและชักชวนให้ปฏิบัติ (Suggestion and Persuasion Techniques) เพื่อช่วยชี้แนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นแนวทางการแก้ไข และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำขึ้นอีก ประกอบกับการใช้เทคนิคการให้กำลังใจ (Supportive Technique) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนตนเองใหม่อีกครั้ง

10. มอบหมายการบ้านให้ผู้ปกครอง เนื่องจากระหว่างการบำบัดช่วยเหลือ นักสังคมสงเคราะห์ได้ใช้เครื่องมือที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยได้เขียนตารางกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยได้วางแผนที่จะกระทำในแต่ละวันอย่างละเอียด และได้มอบหมายให้ผู้ปกครองมีหน้าที่สำคัญในการดูแลตารางกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยให้อยู่บนแนวทางที่ถูกต้องและเป็นไปได้ รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำตามตารางกิจกรรมที่กำหนดไว้ด้วย

#### 4. การให้ความรู้แก่ครอบครัว

นอกจากการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในเรื่องต่างๆแล้ว การช่วยเหลืออีกอย่างหนึ่งที่สำคัญก็คือ การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับนั้นไปเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งองค์ความรู้พื้นฐานต่างๆ ที่ให้แก่ครอบครัว ได้แก่ ความรู้เรื่องโทษพิษภัยยาเสพติดและประเภท ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าฤทธิ์ของยาบ้าที่มีต่อสมอง ร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับเส้นทางการติดยา เส้นทางการเลิกยา ฯลฯ

#### ใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์ชุมชน (Social Group Work)

โดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) โดยจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาและพฤติกรรมคล้ายกัน เช่น เข้ากลุ่มฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention Group) ซึ่งกลุ่มนี้ผู้ป่วยจะมีโอกาสแบ่งปันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ และเรียนรู้เรื่องสัญญาณที่แสดงว่าจะมีการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะกลับไปเสพยาจะได้ออกใจได้ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่กำลังไปได้ดีในการเลิกยา

ก็จะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้กระทำต่อไป กลุ่มนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายใต้การชี้แนะของนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นผู้นำกลุ่ม

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้เข้ากลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มบำบัดร่วมกับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาสังคม อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมคล้ายๆกัน เพื่อผู้ป่วยจะได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ความคับข้องใจ บอกเล่าปัญหาที่ประสบให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง และช่วยกันระดมความคิด (Brain Storm) เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาของแต่ละคนในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยและเพื่อนได้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง รวมทั้งเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนย่อมมีปัญหา และปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ หากทำใจให้ยอมรับปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน พยายามสร้างกำลังใจ ความเข้มแข็ง ความมั่นใจในการต่อสู้และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีนักสังคมสงเคราะห์คอยให้คำปรึกษาแนะนำและสนับสนุนกำลังใจ

สำหรับครอบครัวนั้น นักสังคมสงเคราะห์ได้จัดให้ครอบครัวได้เข้ากลุ่มครอบครัวศึกษาพร้อมกับครอบครัวอื่นในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้สึกในฐานะที่เป็นผู้ติดยาเสพติด (Co-dependency) ของผู้ป่วย อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทและปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเลิกยาเสพติด การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย และการปฏิบัติตนในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำ ฯลฯ เพื่อครอบครัวจะได้เรียนรู้และยอมรับข้อจำกัดของการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ฝึกการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสารกันในครอบครัว และมีแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาจากผู้นำกลุ่มและเพื่อนร่วมกลุ่มคนอื่นๆ

นอกจากนี้ครอบครัวยังได้เข้ากลุ่มในวันครอบครัว และกิจกรรมในวันพ้อ และวันที่แม่ที่ทางศูนย์ฯ ได้จัดขึ้น เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สนับสนุนให้กำลังใจระหว่างครอบครัวที่มีปัญหาลคล้ายๆกัน ซึ่งการที่ครอบครัวได้ยินและรับรู้ปัญหาของครอบครัวอื่น ทำให้รู้สึกว่ามีใครครอบครัวของตนเพียงครอบครัวเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา ประสบการณ์จากครอบครัวอื่นจะทำให้เกิดกำลังใจและเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆที่จะนำมาแก้ปัญหาของตน รวมทั้งเกิดเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลกันและกัน รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่ตนเองมีต่อบิดามารดา เช่น การขอขมา การกราบขอโทษ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการฟื้นฟูสัมพันธภาพในครอบครัวให้เกิดขึ้นอีกครั้ง

### **ประเมินผลการบำบัดรักษาและการให้การช่วยเหลือเป็นระยะ**

ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้ทำการประเมินผลการบำบัดช่วยเหลือร่วมกับบุคลากรด้านอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประเมินผลด้วยตนเองในด้านต่างๆ เช่น ด้านการหยุดใช้สารเสพติด ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสุขภาพกาย-จิต การเรียน การแสดงพฤติกรรม กฎหมาย และหากพบว่าผลการประเมินอยู่ในระดับไม่น่าพึงพอใจหรือไม่สัมฤทธิ์ผล ก็จะมีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันอีกครั้ง ระหว่างบุคลากร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการบำบัดช่วยเหลือต่อไป

## ติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา

สำหรับกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยมาเข้าร่วมในการบำบัดช่วยเหลือถึง 4 เดือน ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาแล้ว และผลการประเมินอยู่ในระดับค่อนข้างดี ครอบครัวและผู้ป่วยจึงขอหยุดการบำบัดช่วยเหลือเนื่องจากในขณะนั้นบิดาป่วย บิดาและมารดาจึงต้องการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือดูแลกิจการของครอบครัวแทน นักสังคมสงเคราะห์จึงได้วางแผนตกลงร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการติดตามผลการช่วยเหลือ โดยได้ติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ นัดมาพบ และจดหมาย

## ผลที่ได้รับและการติดตามผล

จากการติดตามผลทั้งโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์สอบถามจากผู้ป่วย และบิดามารดา พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้จ่ายเสพติดได้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีความรับผิดชอบมากขึ้น และสามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยและบิดามีสัมพันธภาพที่ดีกันมากขึ้น ครอบครัวและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ได้ชมเชยที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และให้กำลังใจให้ดำรงพฤติกรรมใหม่นี้ไปนานๆ

ปัจจุบันนี้ผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกให้เข้าฝึกทหาร (ทหารเกณฑ์) ในค่ายทหารในเขตอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ส่วนคนรักของผู้ป่วยนั้นก็มาพักอาศัยอยู่กับครอบครัวผู้ป่วย และได้ให้กำเนิดบุตรชาย ขณะนี้มารดาของผู้ป่วยช่วยดูแลบุตรให้ ครอบครัวของผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น และคาดหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถหยุดการใช้จ่ายต่อไป

## บรรณานุกรม

- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปเนื้อหาการประชุมสัมมนาแนวทางการบำบัดรักษายาบ้า**. ม.ป.ป.
- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหการระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2542.
- กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม. **ความรู้ประกอบการปฏิบัติงานตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545**. 2546.
- กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **ประมวลคำสอนหลักสูตรชั้นความรู้พื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด**. ม.ป.ป.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานสายอาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์**. นนทบุรี: กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. 2535.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. **ยัมส์ เรียนรู้ยาเสพติด**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน. 2540.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2545.
- ธงชัย อุ่นเอกลาภ. **การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2544.
- ธีรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ. **Substance Use Disorder: ความเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน**.วารสารจิตวิทยาคลินิก. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2545)
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. **ทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2540.
- นงลักษณ์ เทวกุล ณ อยุธยา. **คู่มือเตรียมสอบแข่งขันเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์**. ม.ป.ป.
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. **การสังคมสงเคราะห์กับการให้การปรึกษา**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2546.
- ปรียานุช เทียมดาว, ร้อยเอกหญิง. **ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยผู้ป่วยสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.

ภาววินี อยู่ประเสริฐ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**.  
กรุงเทพฯ : วัชรอินเตอรัปรีนติ้ง จำกัด. 2544.

วันชัย ธรรมสังการ และคณะ. **รายงานการวิจัย ฉบับที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดยาและสารเสพติดของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคใต้**. ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะศิลปศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2541.

วันทนี วาสิกะสิน. **นักสังคมสงเคราะห์กับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2529.

วันทนี วาสิกะสิน. **สังคมสงเคราะห์คลินิก**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2546.

วิภาญดา พรหมราชวิจิต. **การศึกษาปัจจัยทางสังคมบางประการที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชน**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ. 2545.

วิบูลย์ กลิ่นสุคนธ์. **การสังคมสงเคราะห์กับผู้ติดยาและสารเสพติด**. 2541.

ศาลเยาวชนและครอบครัว. **รายงานประจำปี 2541**. กรุงเทพฯ. สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน  
กลาง กระทรวงยุติธรรม. 2541

ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้บำบัด**.  
ผู้บำบัด.ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด. 2546.

สายจิตร์ สิงห์เสนี. **สังคมสงเคราะห์จุลภาค**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2541.

สุชาติ เลานบริพัตร. **คู่มือแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหการระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2541**. กรุงเทพฯ: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด  
กรมการแพทย์.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือวิทยากรหลักสูตรจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยา**. 2544.

สำนักอนามัย. **คู่มือการดูแลสุขภาพ**. 2544.

Mahler, C.A. *Group Counseling in Schools*. New York : Houghton Mifflin Company. 1969.

Shertzer, B and Shelley C.S. *Fundamentals of Counseling*. New York : Houghton Mifflin  
Company. 1968.