

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบ กาย-จิต-สังคมบำบัด ในระยะ intensive phase ต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้าของผู้ติดยา และทัศนคติของครอบครัวของผู้ติดยาต่อกระบวนการการเลิกยา ที่เข้าการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลบางบ่อ (โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง) และโรงพยาบาลสมุทรปราการ (โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง) ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยา
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาในประเทศไทย
3. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำ
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบ

ผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย – จิต – สังคมบำบัด

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย – จิต – สังคมบำบัด

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญากับการบำบัดรักษาผู้ติดยา

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (percieved self – efficacy) กับการติดยาเสพติด

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพฤติกรรม (behavior assessment)

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยา

ความหมายและสภาพของผู้ติดยาเสพติด

การติดยาจะมีลักษณะเหมือนกับการติดยาเสพติดทั่วไป องค์การอนามัยโลกได้

ให้คำจำกัดความว่า “การติดยา” หมายถึง การที่บุคคลได้รับยาหรือสารบางอย่างชั่วระยะเวลาหนึ่ง แล้วไม่สามารถที่จะหยุดใช้ยาหรือสารชนิดนั้นได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ และตกเป็นทาสของยาหรือสารชนิดนั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ (World Health Organization, 1986) และเมื่ออยู่ในสภาพของผู้ติดยาเสพติด จะมีลักษณะความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกต่อตนเองและสภาวะแวดล้อมที่เหมือนกันคือ ผู้ติดยาเสพติดมักจะมีความคิดความรู้สึกว่าตนเองเข้ากับคนรอบข้างไม่ได้คิดว่าตนเองติดยาเสพติดเพราะคนอื่น ไม่ทราบจุดมุ่งหมายของชีวิต ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพังประชดชีวิต ขาดพลังใจ ยึดถือความคิดของตนเองเป็นใหญ่ มีแนวคิดที่ไม่มีใครนับถือตน อ่อนแอเกินกว่าจะควบคุมตนเองได้ จึงต้องพึ่งพายาเสพติด ซึ่งตรงข้าม อุ่นเอกลาภ (2544, หน้า 13-14) ได้อธิบายถึงธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดไว้ว่า ส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก บุคลิกลักษณะ สภาพจิตใจที่ไร้พลัง ซึ่งมีลักษณะดังนี้

1. ลักษณะทางพฤติกรรม ผู้ติดยาเสพติดจะมีลักษณะ
 - 1.1 หย่อนความรับผิดชอบ
 - 1.2 หย่อนระเบียบวินัย
 - 1.3 ให้อภัยในความผิดพลาดของตนเอง
 - 1.4 มีข้ออ้าง และเข้าข้างตนเองเสมอ
 - 1.5 ไม่ยอมรับความจริง มักโทษว่าเป็นความผิดของผู้อื่น
 - 1.6 พูดไม่จริง เอาตัวรอดไปวันๆและมีลักษณะเหลื่อมจัด
 - 1.7 ทำผิดกฎหมายเพื่อให้ตนเองได้ยาเสพติดมาใช้
 - 1.8 ขาดทักษะทางสังคม
2. ลักษณะทางความคิด ผู้ติดยาเสพติดจะมีลักษณะ
 - 2.1 คิดวนเวียนในขอบเขตจำกัด
 - 2.2 เวลามีปัญหาไม่กล้าแสดงออก
 - 2.3 คิดต่อต้านสังคม คิดว่าสังคมไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจตนเอง
3. ลักษณะของความรู้สึก ผู้ติดยาเสพติด
 - 3.1 ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกตนเองได้
 - 3.2 หุนหันพลันแล่น
 - 3.3 รู้สึกด้อยและไม่มีคุณค่า
4. ลักษณะทางบุคลิกภาพ ผู้ติดยาเสพติดจะเป็นแบบ
 - 4.1 จิตใจอ่อนไหว

4.2 ชอบฟังพา ติดเพื่อน

4.3 ไม่มีความมั่นใจในตนเอง

4.4 ขี้อาย

4.5 มีปมด้อย

5. สภาวะจิตใจ และพลังใจจะอยู่ในระดับต่ำ

สรุปโลกทัศน์ของผู้ติดยาเสพติดด้านความรู้สึก และความคิดต่อตนเองและคนอื่นได้
โดย ธงชัย อุณเอกลาภ (2544, หน้า 15) อย่างชัดเจนดังนี้

1. ฉันรู้สึกเข้ากันไม่ได้กับคนรอบตัวฉัน
2. ฉันติดยาเสพติดเพราะคนอื่น
3. ฉันนึกไม่ออกถึงจุดหมายใดๆ ในชีวิต
4. การแยกตัวจากคนอื่น คือความสุขสบายใจของฉัน
5. ถ้าคนเราทำอะไรแล้วไม่เคยได้ดี ก็ไม่รู้อะไรจะทำไปทำไม
6. ความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย แปลว่าฉันล้มเหลวโดยสิ้นเชิง
7. จะมีใครรักคนที่เคียดแค้นอย่างแท้จริง
8. ฉันอ่อนแอเกินกว่าที่จะควบคุมตนเองได้
9. ฉันจะเป็นคนที่มีค่า เมื่อฉันต้องช่วยเหลือคนทุกคนที่ต้องการความช่วยเหลือ
10. ฉันอ่อนแอ ฉันจึงต้องพึ่งยาเสพติด
11. ฉันติดยาเพราะว่าไม่มีใครสนใจใยดีฉัน
12. ฉันไม่ไว้วางใจใครเพราะเขาเหล่านั้นโหดร้ายต่อฉัน
13. ความยุ่งยากลำบากในชีวิตฉันจัดการโดยหนี้ให้พ้นๆ มันไป
14. ฉันต้องการทำอะไรที่ทำให้ฉันสนุกและมีความสุข
15. ฉันไม่มีความสามารถที่จะทำอะไรให้ดีกว่าที่เป็นอยู่
16. ฉันจะมีความสุขก็ต่อเมื่อมีคนมายกย่องชมเชย
17. คนที่ช่วยเหลือคนอื่น คือคนอ่อนแอ
18. ถ้าฉันทำไม่ดีเท่าคนอื่น แปลว่าฉันล้มเหลว
19. ถ้าฉันพลาดไปเสพยาเสพติดอีก ก็ไม่มีประโยชน์ที่ฉันจะเลิกยาเสพติด

ซึ่งข้อสรุปของการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับบุญเรียบ วัฒนธำรงค์ (2541, หน้า

161-162) กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ติดยาว่า มักจะมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์เมื่อขาดยาจะมีความรู้สึกก้าวร้าว มักมองข้อบกพร่องของคนอื่น ไม่ยอมรับความจริง และมีผลทำให้มีความ

วิตกกังวลในหลายด้าน เช่น วิตกกังวลเรื่องสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในครอบครัว พ่อแม่ พี่น้อง วิตกกังวลเรื่องไม่มีเงินซื้อยาบ้า และเมื่อไม่สามารถเลิกยาบ้าได้จะรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังส่งผลถึงสุขภาพกายคือ ระบบประสาทและสมองเสื่อม ความคิดและความจำสับสน และจากบทความของสำนักงาน ป.ป.ส. สำนักนายกรัฐมนตรีย (2542) บ่งบอกว่า นักเรียนที่ติดยาบ้าจะมีร่างกายทรุดโทรม มีแรงจูงใจในการทำงานต่ำ ทำอะไรไม่ค่อยสำเร็จจึงขาดแรงจูงใจในการทำงาน ท้อถอย ขาดความอดทน ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง หนีปัญหา ไม่ชอบยุ่งสิ่งกับใคร ชอบเก็บตัวอยู่มุมห้อง ไม่รับรู้ปัญหาภายนอก จึงทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น สอดคล้องกับ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540, หน้า 271) กล่าวว่าผู้ที่ติดยาบ้า มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับคนในครอบครัว พ่อแม่ พี่น้องและคนรอบข้าง มีการชะงักงันในการพัฒนาการทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ทักษะที่สำคัญโดยเฉพาะทักษะในการคิดและการแก้ไขปัญหา มีความเครียดและความวุ่นวายสูง ลักษณะนี้ทำให้วัยรุ่นรู้สึกเศร้า หดหู่และเหินห่างจากคนรอบข้าง ขาดความนับถือในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จิตใจอ่อนแอไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกด้อยกว่าคนอื่น

ซึ่งจากข้อสรุปจากเอกสารงานวิจัยทั้งหมดข้างต้นจะทำให้เห็นว่าผู้ติดยาบ้า จะมีพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ขาดความมั่นใจและขาดทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ขาดความเข้มแข็งในการที่จะเผชิญเมื่อต้องการจะเลิกยาบ้า และเมื่อเลิกไม่ได้จึงขาดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความคิดเห็นว่าการนำระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาจะต้องมีความครอบคลุมการแก้ไขปัญหาทุกด้านที่ผู้ติดยาต้องเผชิญเมื่อต้องการเลิกยาบ้า

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าในประเทศไทย

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยมีการดำเนินการหลายรูปแบบ มีความพยายามที่จะคิดค้นหาวิธีให้เกิดผลการบำบัดรักษาสูงสุด ซึ่งในแต่ละรูปแบบก็มีวิธีการที่แตกต่างกันไป วิธีการที่ใช้กับผู้ติดยาเสพติดที่ใช้กันอยู่มีทั้งวิธีการแบบพื้นบ้าน อาศัยความเชื่อ ความศรัทธา เป็นหลักยึดเหนี่ยวจิตใจ และวิธีการที่อาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ที่ผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายของการบำบัดรักษา คือ ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้โดยเด็ดขาด หรืออย่างน้อยก็หยุดใช้ได้นานที่สุด ในปัจจุบันเนื่องจากมีการแพร่ระบาดของยาบ้าเป็นจำนวนมาก จึงมีการประสานงานร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ติดยาบ้าแล้ว ให้สามารถเลิกยาบ้าได้โดยเด็ดขาดและไม่กลับไปเสพใหม่อีก

แนวทางการรักษาผู้ติดยาบ้า (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2544 หน้า 47-60)

เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณยาบ้าที่ใช้ วิธีเสพ ระยะเวลาที่เสพ ระยะเวลาที่ใช้ การรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาตามลักษณะการใช้ยา และลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งการรักษาออกเป็น 3 ข้อ ดังนี้

1. การรักษาภาวะเฉียบพลันจากยาบ้า (acute amphetamine intoxication) ภาวะนี้เกิดจากการใช้ยาบ้าเกินขนาด ทั้งในกลุ่มที่เสพในลักษณะใช้ในทางที่ผิด และกลุ่มที่เสพยาบ้าอยู่แล้ว เสพเพิ่มมากขึ้นจนเกินขนาด โดยแต่เดิมใช้ยาบ้าในปริมาณเล็กน้อย การรักษาภาวะเฉียบพลันจากยาบ้า จะรักษาแบบประคับประคองและตามอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก สำหรับในรายที่เสพยาบ้าโดยวิธีรับประทานให้ล้างท้อง หรือทำให้อาเจียนแล้วตามด้วยการให้ activated charcoal ต่อจากนั้นให้การรักษาตามอาการ

2. การรักษาผู้ติดยาบ้า (amphetamine dependence) ก่อนที่จะให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง ผู้รักษาจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยว่า ผู้ติดยาบ้า (drug dependence) หรือเพียงแค่ใช้ยาบ้าในทางที่ผิดแต่ยังไม่ถึงขั้นเสพยาบ้า (drug abuse) ซึ่งมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเสพติดของ DSM IV คือเป็นการใช้ยาและสารเสพติดอย่างผิดๆ จนทำให้เกิดอาการความบกพร่องอย่างน้อย 3 ข้อใน 7 ข้อบนระยะเวลาใดๆ ก็ได้ในเวลา 12 เดือน โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.1 การติดยา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ ต้องใช้ยาเสพติดจำนวนมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลของยาเสพติดเท่าเดิม และถ้าใช้ยาเสพติดจำนวนเท่าเดิมก็จะได้ผลน้อยกว่าเดิม

2.2 อาการขาดยา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีลักษณะอาการทางร่างกายและจิตใจเมื่อไม่เสพยาเสพติด และต้องเสพยาเสพติดเพื่อหยุดอาการขาดยา

2.3 ผู้เสพมักจะใช้สารเสพติดในจำนวนและระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้เดิม

2.4 มีความต้องการเสพยาเสพติด โดยไม่สามารถลดหรือควบคุมการเสพได้ด้วยตนเอง

2.5 ใช้เวลาส่วนมากไปกับการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องจากยาเสพติด

2.6 การงาน การเรียน หรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่างๆ เสื่อมถอยลงหรือสูญเสียไป

2.7 ยังคงเสพยาเสพติดต่อไป แม้จะทราบถึงผลเสียที่ส่งผลต่อร่างกาย และจิตใจ

ในผู้ป่วยที่ติดยาบ้า เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการถอนพิษยา (withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (craving symptoms)

อาการถอนพิษยา หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดเสพยาเสพติด ผู้ติดยาบ้าจะมีอาการถอนพิษยาไม่รุนแรง อาทิเช่น ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

อาการอยากยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะเสพยาเสพติดซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใด เวลาใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการนี้ในระยะแรกๆ หลังหยุดยา ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา (pre-admission)

เป็นระยะแรกของการรักษา เหตุที่ต้องมีระยะนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ จัดกิจกรรมให้เรียบร้อย ให้เข้ารับการบำบัดรักษาตลอดระยะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำ จูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา รวมถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะปัญหาบางส่วนของการเสพยาบ้ามาจากปัญหาครอบครัว มีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1.1 การซักประวัติของผู้ป่วยและครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อเยาวชนผู้ติดยาเช่น ครอบครัวอย่าร้าง และพฤติกรรมการเล่นดูของครอบครัว

1.2 การตรวจสภาพร่างกายว่าทรมานมากน้อยแค่ไหน

1.3 การตรวจสภาพจิตว่าปกติดี หรือมีอาการทางจิตและบุคลิกภาพแบบใด

นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวล วิเคราะห์เพื่อให้การวินิจฉัยวางแผนในการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง

2. ขั้นตอนพิษยา (detoxification)

การรักษาในขั้นนี้แบ่งได้เป็น 2 แบบคือ แบบผู้ป่วยนอก และ แบบผู้ป่วยใน โดยทั่วไปมักจะให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพราะสะดวกในเรื่องของสถานที่ ค่าใช้จ่าย และไม่ได้เปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยมากนัก แต่มีข้อควรคำนึงหลายประการในการรักษาคือ

2.1 การรักษาผู้ติดยาบ้า ควรให้หยุดยาทันที โดยไม่ต้องค่อยๆ ลดยา อาการถอนพิษยาไม่เป็นอันตรายที่รุนแรง

2.2 สำหรับผู้ป่วยหลายๆ ราย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม จะจำเป็นในการหยุดพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การใช้ยา

2.3 ควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การติดยา เช่น เพื่อนที่เคยเสพด้วยกัน

2.4 ควรจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตัวเองไม่ว่าง

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)

เป็นขั้นตอนของการบำบัดรักษาที่มีความสำคัญมาก โดยต้องมีการระลึกไว้เสมอว่า "ยาใช้เพียงรักษา หรือระงับอาการเท่านั้นแต่แก้พฤติกรรมของคนไม่ได้" ฉะนั้นการแก้พฤติกรรมต้องใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้รูปแบบชุมชนบำบัด ทั้งกลุ่มบำบัด งานบำบัดมาแก้ไขความคิด และปรับอารมณ์ ความรู้สึกให้ได้ การแก้ไขพฤติกรรมก็จะปรับได้เอง

วัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคือ การลดอัตราการติดซ้ำ (relapsing rate) หรือ การลดอันตรายต่างๆ อันอาจเกิดจากผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ การลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และการก่อคดีอาชญากรรม (ศูนย์ประสานงานกลางองค์การภาคเอกชนต่อต้านยาเสพติด, ม.ป.ป, หน้า 27 อ้างถึงใน ราชันี เหล่าเรืองธนา, 2542)

ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของจิตใจ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ปัญหาต่างๆ อันเป็นมูลเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้โดยเด็ดขาด โดยดำเนินการทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ต้องคอยดูแลเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้โดยมีหลักการดังนี้ 1) ให้การยอมรับผู้ป่วยในสภาพที่เขาเป็นอยู่ 2) การปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ 3) ให้กำลังใจอย่างฉลาด 4) หลีกเลี่ยงความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย 5) สัมพันธภาพต้องเป็นไปด้วยความจริงใจ 6) คำนึงถึงความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย 7) ใช้แนวทางของหลักธรรมเข้าเสริม อาทิ ความมีสติพร้อมด้วยอินทรีย์ 5 (ศรัทธา วิริยะ สติ สมာธิปัญญา) มาแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดำเนินการอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ผู้ป่วยที่ติดยาบ้า สารระเหย ยานอนหลับ สุราและบุหรี่ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะนัดมาพบสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อติดตามผู้ป่วยและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนการให้คำปรึกษา แนะนำ (counseling)
2. ผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีน ซึ่งจะต้องมารับยาเมธาโดนทุกวันในระหว่างการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเมธาโดนระยะยาว ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับประทานยาทุกวัน จะสามารถดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งงานบำบัด กลุ่มบำบัด และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามความคิด ความรู้สึกรวมถึงการปรับอารมณ์ การเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย หลายรายมีพฤติกรรมและความคิดเปลี่ยนไปในทางที่ดีก็สามารถเลิกยาเสพติด และหยุดยาเมธาโดนได้

วิธีการรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพคือ “ชุมชนบำบัด” (therapeutic community) วิธีนี้มีหลักการคือ ในระยะแรกของการบำบัดรักษาควรแยกผู้ติดยาเสพติดซึ่งได้รับการถอนพิษยาแล้ว ให้ออกจากสิ่งแวดล้อมเดิม คือ ควรให้อยู่ในสถานที่เฉพาะ ซึ่งอาจจะเป็นโรงพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูที่จัดตั้งขึ้น ชุมชนบำบัดจะประกอบด้วยนักจิตวิทยา นักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ และผู้ชำนาญการในการฟื้นฟูสมรรถภาพและบุคคลอื่นๆ ที่มีความสนใจในด้านชุมชนบำบัด นอกจากนี้ยังมีอดีตผู้ติดยา (ex-addicts) ร่วมอยู่ในคณะทำงานซึ่งจะช่วยในด้านการทำงานประจำวันทั่วไป และการฝึกฝนตนเองของคนไข้โดยอาศัย

ประสบการณ์ที่เขาได้รับมา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจะอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นชุมชน โดยอยู่ประจำ ในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 2 ปี มีกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจัดไว้อย่างเป็นระบบ

4. ขั้นตอนการติดตามผลหลังการรักษา (after care)

การติดตามหลังการรักษาจากฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้ว ถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายและเป็นขั้นที่สำคัญ ซึ่งหมายถึงการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ แนะนำให้ ความช่วยเหลือ ติดตามผลการรักษา และที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1-5 ปี ซึ่งวิธีการติดตามหลังการรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

4.1 วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถาม ผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามวิธีโดยตรงมีหลายแบบ เช่น การนัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาล ไปพบผู้ป่วยที่บ้าน หรือ นัดพบที่ทำงานของผู้ป่วย

4.2 วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผล ไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น โดยการส่งแบบ สอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ วิธีนี้เป็น วิธีที่สะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะแนว ทำ ได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามก็มักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนการบำบัดรักษาที่มีอยู่ใน ประเทศไทยจะเห็นว่า ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามที่จะสร้างระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาและ ปรับปรุงกระบวนการบำบัดรักษามาโดยตลอด แต่จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา เกิดภาวะการติดซ้ำยังมีจำนวนมาก โดยข้อมูลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (2539) ที่รวบรวม จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งหมด 1,918 คน มีผู้ติดยาเสพติดที่ผ่าน การรักษาจากชุมชนบำบัด 161 คน สามารถเลิกยาเสพติดได้และมีงานทำประจำ 98 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.87 กลับไปติดซ้ำ 51 คน คิดเป็นร้อยละ 31.68 และผู้ที่สามารถเลิกยาเสพติดได้มาก กว่า 4 ปี มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 24.85 ของผู้ที่สำเร็จจากชุมชนบำบัด 161 คน และผู้ที่ กลับไปติด ยาเสพติดซ้ำภายในระยะเวลา 1-2 ปี มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 24.23 ของผู้ที่ สำเร็จจากชุมชนบำบัด ไม่น้อยกว่า 18 เดือน จะเห็นได้ว่าผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดและ ฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ก็ยังมีโอกาสที่จะหวนกลับไปติดยาซ้ำได้อีก

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหวนกลับไปเสพซ้ำ ที่ครอบคลุมทั้ง ในด้านกาย-จิต-สังคม ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำ

Allen (1996) กล่าวถึงทฤษฎีชีวิตจิตสังคมว่า เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายถึงปัญหาการติดยาเสพติดได้ครอบคลุมมากที่สุด รวมถึงสามารถอธิบายถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดกลับไปติดยาซ้ำได้เป็นอย่างดี โดยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

1. ด้านชีววิทยา เกิดจากยาบ้าทำให้โมเลกุลในโปรตีนที่พบในเซลล์ประสาทของมีโซลิมบิก โดปามีน ซิสเต็ม (mesolimbic dopamine system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีการทำงานเกี่ยวข้องกับการติดยาบ้าเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้เสพยาเกิดความต้องการใช้ยาบ้าอย่างรุนแรง (craving) การปรับตัวในระยะยาวของโปรตีนเป็นสาเหตุให้เกิดการเสพยาบ้าเรื้อรัง และนำไปสู่การติดยาบ้าในที่สุด หรือเกิดจากลักษณะของยีนซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดการติดยาบ้า จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ติดยาบ้าบางส่วนต้องกลับไปติดยาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบัน National Institute of Drug Abuse (n.d.) ที่กล่าวว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดซึ่งอยู่ในกลุ่มของยาที่ใช้เป็นตัวกระตุ้น (stimulant) ยาบ้ามีผลมากมายต่อสมองและร่างกาย ผลกระทบระยะสั้นคือ ทำให้มีการเพิ่มความตื่นตัว ไม่่วงเหงาหาวนอน เพิ่มกิจกรรมทางร่างกายให้ขยันและทำงานได้มากขึ้น ลดความอยากอาหาร การหายใจอ่อนลง ความร้อนในร่างกายสูงขึ้น ไวต่อสิ่งกระตุ้น สั่นรัวหรือกระตุก กล้ามเนื้อหดตัวอย่างรุนแรง หรืออาการชัก รวมทั้งการมีอาการก้าวร้าว การที่ความร้อนในร่างกายสูงและการชักอาจมีผลถึงตายได้

กลไกของการติดยา

ยาบ้ามีผลต่อวงจรของความสุขสมเพิลิตเพลินในสมอง โดยการไปเปลี่ยนแปลงระดับของตัวกระตุ้นประสาทความรู้สึกในจุดรวมประสาท ยาบ้ายังมีโครงสร้างคล้ายกับ โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดยจะไปทำให้สารทั้งสองตัวถูกปลดปล่อยไปสู่ศูนย์รวมประสาทหลายๆ จุดที่อยู่ในสมอง การที่มีโดปามีนในปริมาณที่เข้มข้นมากเกินไป จะเกิดเหตุให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและเคลิบเคลิ้มเป็นสุข ส่วน norepinephrine จะเป็นตัวทำให้เกิดการตื่นตัว และการทำงานได้ทนไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ยาบ้ายังมีผลต่อสมองได้อีกหลายทาง เป็นต้นว่าไปทรมองเกิดอาการบวม และคั่งน้ำ อาการเลือดออกในสมอง อาการหวาดระแวง และเกิดอาการประสาทหลอน ผลของยาบ้าที่ออกฤทธิ์ต่อสมอง จะเป็นผลระยะยาว หรืออาจจะเป็นผลถาวรเลย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองอย่างเดียวไม่อาจทำให้ผู้ติดยาบ้ากลับไปติดยาซ้ำได้ ถ้าไม่มีปัญหาด้านจิตใจและด้านสังคมเป็นสิ่งที่ส่งเสริม

2. ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าโดยทั่วไป ผู้ติดยาบ้าจะมีการตอบสนองด้านอารมณ์มากกว่าปกติระหว่างการฟื้นฟู

สมรรถภาพ ซึ่งอาจจะสูงเท่าๆ กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ลดลงจนเข้าสู่ภาวะปกติต้องใช้เวลาเป็นปี และการที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในระดับสูงจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปด้วยความลำบาก หรือการที่ผู้ติดยาบ้ามีความทรงจำที่ดีเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจเมื่อเสพยาบ้า ขณะนั้นหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตทำให้มีอัตราการกลับไปติดยาสูงขึ้น (Elles, 1991; Peter, 1993 cited in Allen, 1996) หรือในผู้ติดยาบบางรายพบว่า กลับไปติดยาเพราะต้องการลดความรู้สึกลี้ภัยทางด้านอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ที่ตึงเครียด ความทรงจำที่เจ็บปวด ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ปัญหาร้ายแรงในชีวิต ความเครียดในชีวิตประจำวันหรือความเครียดเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดด้านร่างกาย และความลี้ภัยในการประยุกต์ทักษะในการเผชิญปัญหาต่างๆ (Gorski, 1990 cited in Allen, 1996) จากข้อมูลข้างต้นมีงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตใจที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ดังเช่น ศศิธร พรไพรินทร์ (2541) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาเสพติด ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติด โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยโปรแกรมจะประกอบด้วยปัจจัยทางจิตวิทยา 3 ด้าน คือ 1) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 2) การใช้คำพูดชักจูงจากผู้ให้การบำบัดและจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดด้วยกัน 3) การกระตุ้นทางสรีระวิทยา ให้มีความพร้อมและตื่นตัวด้วยการใช้สติ๊กเกอร์, สุนัข, คำขวัญ, ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดตามรูปแบบของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จากผลการศึกษาปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จะพบว่าปัจจัยทางจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ต่อการเสพยาซ้ำของผู้ติดยาเสพติด ดังนั้นหากมีการพัฒนาปัจจัยทางจิตวิทยา ในระบบการบำบัดรักษา ในขั้นตอนการบำบัดรักษาก็น่าจะส่งผลให้ระบบการบำบัดรักษามีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง สถานการณ์ในสังคม และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับคนในสังคมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้หรือส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาเสพติด Allen (1996) กล่าวว่า การขาดทักษะในการเผชิญปัญหากับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด ความถี่ในการอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดในอดีต การทำหน้าที่บกพร่องของครอบครัวและการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปติดยา ซึ่ง Joe and Colleagues (1991 cited in Allen, 1996) กล่าวว่า การไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปติดยาอีก ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ วันชัย ธรรมสังการ

(2541) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดยาและยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์การบำบัดยาเสพติดติดภาคใต้ โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดยาเสพติดจำนวน 30 คน จากผลการวิจัยพบว่าสภาพครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ คือจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่การทดลองเสพยา เช่น ครอบครัวที่บิดามารดามีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ครอบครัวที่มีปัญหาการหย่าร้าง ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเสียชีวิต และครอบครัวที่ไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนลูกอย่างเพียงพอ ส่วนการศึกษาที่สนับสนุนปัจจัยทางสังคมอีกด้านหนึ่ง คือผลจากการศึกษาของ ผ่องพรรณ อินเล็ก (2542) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยา ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดบำบัดตानी ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2542 โดยใช้แบบสอบถามถึงสาเหตุการกลับไปเสพยา จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญที่สุดคือ การกลับไปอยู่ในแหล่งชุมชนที่มีการเสพยาและจำหน่ายยาเสพติด

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าปัจจัยด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดซ้ำของบุคคลนั้นจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เช่น การพักอาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว

จากการค้นคว้าปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดภาวะการเสพยา จะประกอบไปด้วยปัจจัยทั้งด้าน กาย - จิต - สังคม เพราะฉะนั้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่จะส่งต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาต้องมียุทธศาสตร์ประกอบของโปรแกรมการบำบัดที่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และโปรแกรมเมทริกซ์ได้เน้นปัจจัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าครบทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย - จิต - สังคมบำบัด

โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย - จิต - สังคมบำบัด

จากการศึกษาของ Obert, McCann, Marinelli-Casey, Weiner, Minsky, Brethen & Rawson (2000) ได้ศึกษาและอธิบายประวัติของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าในรูปแบบเมทริกซ์ ว่าเป็นการพัฒนาแบบการบำบัดรักษามาจากการบำบัดรักษาผู้ติดสารโคเคน ในปี ค.ศ. 1980 ในการพัฒนาและเขียนแผนการบำบัดรักษา ถูกจัดทำโดย Small Business Innovative Research grant. เสนอผ่าน The National Institute on Drug Abuse (Rawson et al., 1989 cited in Obert et al., 2000) ระยะการบำบัดรักษาเริ่มจาก 6 เดือน ในช่วง 1 สัปดาห์แรกผู้ป่วยจะต้องเข้ามารักษาในคลินิกสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง มีโปรแกรมการบำบัดรักษาทั้งหมด 56 ครั้ง (ซึ่งรวมถึง การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและครอบครัว) ในแต่ละสัปดาห์จะมีการให้

คำปรึกษาการป้องกันการติดยา การให้ความรู้ครอบครัว การตรวจปัสสาวะเพื่อหาระดับยาเสพติดหรือระดับแอลกอฮอล์ ได้มีการติดตามผลโดยการเปรียบเทียบผลการรักษาในผู้เสพแอลกอฮอล์ และฝิ่น (Rawson, Obert & Mc Cann, 1995 ; Rawson et al., 1992 ; Rawson, 1991a., cited in Obert et al., 2000) เนื่องมาจากการบีบรัดจากปัญหาเศรษฐกิจ เป็นตัวกดดันโปรแกรมการบำบัดรักษาจึงถูกตัดทอนให้สั้นลงเหลือระยะเวลา 16 สัปดาห์

1. องค์ประกอบของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า แบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบ กาย- จิต – สังคมบำบัด

1.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual and conjoint session) เป็นกิจกรรมแรกที่ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัดและครอบครัวพบกัน เพื่อทำความเข้าใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา และกิจกรรมอื่นๆ ในการบำบัดรักษา ในแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที ในระยะ 16 สัปดาห์ การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการบำบัด กับผู้บำบัด และเป็นการติดตามผล และตรวจสอบความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาของผู้รับการบำบัดเป็นรายบุคคลตลอดการบำบัดรักษา การให้คำปรึกษารายบุคคลมีกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง โดยครั้งที่ 1-9 เป็นกิจกรรมที่ผู้รับการบำบัดรักษาต้องเข้ารับการบำบัดทุกคนต้องผ่าน และกิจกรรมครั้งที่ 10 เรื่องการวิเคราะห์การติดยาซ้ำ จะทำเฉพาะกรณีที่มีการติดยาซ้ำ จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าผู้เข้ารับการบำบัดจะพบกับผู้บำบัดไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้รับการบำบัดแต่ละคน ในกรณีที่ผู้บำบัดมีปัญหาระหว่างการบำบัดรักษา ก็จำเป็นต้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

1.2 กลุ่มฝึกทักษะในการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (early recovery skills group) ผู้ติดยาบ้ามีความจำเป็นที่ต้องสร้างทักษะในการเลิกยา ในระยะช่วง 1 เดือนแรก จุดประสงค์ของการฝึกทักษะในการเลิกยาในกลุ่มนี้คือ ผู้รับการบำบัดรักษาจะต้องใช้สติ เป็นเครื่องมือในการหยุดอาการอยากกลับไปเสพซ้ำ การจัดการกิจวัตรประจำวัน วิธีการที่จะหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และการเปิดโอกาสที่จะเข้าร่วมกลุ่มชุมชนเพื่อสนับสนุนให้การเลิกยาได้สำเร็จ ผู้เข้ารับการบำบัดที่ยังมีพฤติกรรมไม่มั่นคง มีภาวะเสี่ยงต่อการไปเสพซ้ำผู้บำบัดอาจนำเข้ากลุ่มการฝึกทักษะการเลิกยาได้อีก ผู้บำบัดจะเชิญผู้เสพยาที่ได้รับการบำบัด มายาวนานพอสมควรทำหน้าที่เป็น co – leaders ในกลุ่มนั้นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความหวังกับผู้ซึ่งเพิ่งเข้ามารับการบำบัดในระยะนี้

1.3 กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (relapse prevention group) กลุ่มป้องกันการติดยาเป็นหัวใจหลักของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า แบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบ กาย – จิต – สังคมบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดที่พยายามจะเลิกยาจะทำความเข้าใจว่า การหยุดยา

ไม่ใช่สิ่งยาก แต่การที่ทำให้ไม่ไปเสียซ้ำอีกต่างหากที่เป็นสิ่งที่ยาก การสอนในกลุ่มนี้คือ ทำอย่างไร ให้ผู้รับการบำบัดอยู่ในสภาพที่มั่นคง วัตถุประสงค์ของกลุ่มป้องกันการกลับไปเสียซ้ำ คือ การจัด ข้อมูลเกี่ยวกับการกลับไปเสียซ้ำเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งหมด 32 หัวเรื่อง หัวข้อหลักจะมุ่งประเด็นไปที่การเปลี่ยนพฤติกรรม การวางตัวต่อภาวะสิ่ง กระตุ้นและสิ่งเร้า รูปแบบของการทำกลุ่มมีดังนี้คือ ผู้รับการบำบัดรายใหม่ จะทำการแนะนำตัว ผู้รับการบำบัดจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในแต่ละหัวข้อ ผู้รับการบำบัดจะอ่านหัวเรื่องของ วันนั้นๆ และนำมาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดรักษา และสุดท้ายจะมีการ วิเคราะห์ตารางกิจวัตรประจำวัน

1.4 การให้ความรู้ครอบครัวเป็นกลุ่ม (family education group) กลุ่มการให้ความรู้ครอบครัว จัดเป็นกลุ่มให้ความรู้ในระยะ 10 สัปดาห์ เป็นกลุ่มที่ญาติและครอบครัวได้มีโอกาสมารวมกันในกลุ่ม เพื่อศึกษาหาความรู้ด้วยเรื่องการศึกษา วิธีการให้ความรู้ประกอบด้วย การบรรยาย อภิปราย ประกอบการฉายวิดีโอ และแผ่นสไลด์ ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดและ ครอบครัวเข้าใจกระบวนการและขั้นตอนการเลิกยาอย่างชัดเจน เนื้อหาความรู้ในกลุ่มนี้ประกอบด้วย การอธิบายการทำงานและโครงสร้างของสารสื่อประสาทในสมอง ตัวกระตุ้นและอาการ อายากยา ผลของสารกระตุ้นที่มีผลต่อหัวใจ ปอด และบทบาทของครอบครัวกับการเลิกยาบ้า การประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ติดยาบ้า จะเห็นอย่างชัดเจนขึ้น หากบุคคลในครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการบำบัดรักษา

1.5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม เป็นกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางของการเลิกยาบ้า เรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตในสังคมในแต่ละวัน โดยไม่ใช่ยาบ้าเป็นการเน้นความภาคภูมิใจให้กับตนเองที่ตนเองสามารถทำได้และเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นต่อไปได้ บรรยาการของการจัดกลุ่มจะเป็นกันเอง ไม่มีระเบียบของกลุ่มมาก เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันในการ ปฏิบัติตนในสังคมจากรุ่นพี่และเพื่อน มีการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดรักษาได้เป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มต้น เป็นการให้ผู้รับการบำบัดรู้จักพึ่งพาซึ่งกันและกันและเชื่อมให้ผู้รับการบำบัดในระยะเริ่มต้นของการเลิกยา สามารถผ่านอุปสรรคไปสู่ระยะที่ 2 ได้ อีกทั้งเป็นการแนะนำผู้รับการบำบัดให้รู้จักการเข้าสู่กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน

1.6 การตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ การสุ่มตรวจปัสสาวะในทุกสัปดาห์เป็น พื้นฐาน ผลการตรวจสอบยาบ้าในปัสสาวะที่เป็นบวก จะไม่ใช่เป็นตัวตัดสินการบำบัดรักษาแต่ควร นำมาใช้ในการวางแผนการปรับเปลี่ยนการบำบัดรักษา สิ่งสำคัญประเด็นสุดท้าย ผู้บำบัดต้อง ใส่ใจในขั้นตอนการเก็บปัสสาวะของผู้ป่วย ป้องกันไม่ให้เกิดการเติมน้ำหรือใช้ปัสสาวะผู้อื่นแทน

รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อการตรวจและการแปลผลที่ถูกต้อง

2. องค์ประกอบที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย - จิต - สังคมบำบัด

2.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด กับผู้รับการบำบัดจะเป็นศูนย์กลางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยจะไม่สามารถประสบความสำเร็จเลย ถ้ามีการหยุดการเข้ารับการบำบัดรักษา ผู้บำบัดจะต้องถูกฝึกฝนแนวทางที่จะส่งเสริมความภาคภูมิใจ การเพิ่มคุณค่าในตนเอง และการเพิ่มเกียรติยศและศักดิ์ศรีของผู้เสียยา การรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้เสียยา ต้องอาศัยทักษะ และการรักษาอย่างละเอียดอ่อน การรักษาในรูปแบบนี้ผู้บำบัดจะต้องแสดงบทบาทเป็นทั้งครูและโค้ช รักษาสัมพันธภาพให้เป็นในเชิงบวก ผู้บำบัดจะใช้สัมพันธภาพเป็นตัวเสริมแรงทางบวก เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสียยาให้เป็นพฤติกรรมทางบวก สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะต้องมีความยืดหยุ่น และจริงใจ โดยไม่ใช้วิธีการเผชิญหน้า และสัมพันธภาพแบบผู้ปกครอง (พ่อ แม่)

2.2 โครงสร้าง การวางแผนและการจัดตารางเวลาในช่วงการฟื้นตัวในระยะแรก จะทำขึ้นเพื่อจุดประสงค์หลายอย่างเช่น ในผู้ที่ติดยามีความจำเป็นต้องกำจัดการที่ว่างออก เพื่อให้ไม่มีเวลาว่างมากจนเกินไป ในโปรแกรมจะให้กระบวนการการจัดตารางเวลาโดยให้ผู้รับการบำบัดประเมินกิจกรรมของตนเอง ว่ากิจกรรมใดที่จะนำไปสู่การเสพยา ก่อนที่จะเผชิญกับเหตุการณ์จริง เมื่อจัดตารางเวลาในขณะทำกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผู้บำบัดจะต้องตรวจสอบตารางกิจกรรมการใช้ชีวิตในแต่ละบุคคล ว่ากิจกรรมใดมีความเหมาะสมหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกมีความปลอดภัยและทำให้วิถีชีวิตมีความสมดุล กับช่วงของกระบวนการเลิกยาในระยะแรก ผู้รับการบำบัดจะเขียนกิจกรรมของตนเองลงในตารางอย่างชัดเจน ผู้รับการบำบัดจะถูกถามอย่างตรงไปตรงมาว่าการบันทึกลงในตารางนั้น เขามีแผนการทำอะไร ในแต่ละวัน ทักษะการจัดตารางในระยะเริ่มแรกผู้รับการบำบัดไม่คุ้นเคยมาก่อน ผู้รับการบำบัดไม่ควรจัดตารางล่วงหน้าเกิน 2-3 วัน และผู้บำบัดควรติดตามประเมินผลว่าผู้รับการบำบัดสามารถทำตามแผนที่เขียนไว้หรือไม่ กิจกรรมการจัดตารางนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดทักษะการเรียนรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาในอนาคต ที่เต็มไปด้วยสถานการณ์อันตรายเป็นเหตุหาทางหลีกเลี่ยง

2.3 การบอกข้อมูล ผู้เสียยาที่เข้ารับการบำบัด จะมีความรู้สึกและแสดงออกในลักษณะหวาดระแวง และบางครั้งมีอาการทางจิต ภาวะอาการอยากยาที่เกิดอย่างมากมาย ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากยา มีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สนใจสถานการณ์ต่างๆ และไม่สนใจการดำเนินชีวิตของตนเอง ตื่นกลัว ปกป้องตนเอง ที่มีความรู้สึกกลัวอยู่ลึกๆ การ

163905

๓
362.893
๕๕๕๕๕
๓.3

บำบัดที่สามารถลดอาการเหล่านี้ได้ทันทีทันใดก็คือ การบอกถึงข้อมูล ของอาการทางร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะของกระบวนการเลิกยา การอธิบายควรจะเป็นคำสั้นๆ ง่ายๆ ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้

2.4 การป้องกันการติดยา เริ่มต้นพัฒนาโดย Alan Marlatt and Thomas Gordon (1985, cited in Obert et al., 2000) ในกลุ่มป้องกันการติดยา ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงตัวกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเสพยา การเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญภาวะกระตุ้น ที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้า ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะต้องแยกแยะ และวิเคราะห์อาการที่นำไปสู่ภาวะการเสพยา ผู้รับการบำบัดจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับผู้ช่วยผู้นำกลุ่มที่ผ่านระบบการบำบัดมาแล้ว 16 สัปดาห์ และเป็นสมาชิกกลุ่มที่ทำตามโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย – จิต - สังคมบำบัดได้ดี สามารถที่จะถ่ายทอดประสบการณ์และรับฟังผู้รับการบำบัดที่กำลังต่อสู้กับภาวะการติดยา

2.5 การนำครอบครัวเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา จากการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวพบว่าครอบครัวเป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพของการบำบัด คือถ้าไม่สามารถนำครอบครัวเข้ามาสู่ระบบบำบัด และไม่สามารถนำครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือผู้รับการบำบัด จะเป็นตัวต่อต้านระบบการบำบัดรักษา (Kaufman 1994, cited in Obert et al., 2000) ทักษะที่ดีและไม่ดีของครอบครัว และเพื่อน ต่อกระบวนการบำบัดรักษา มีผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาได้ ยิ่งสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจต่อการติดยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีทัศนคติในทางที่ถูกต้อง ความคาดหวังต่อผลของการบำบัดก็ยิ่งมากขึ้นด้วย

2.6 กลุ่มช่วยเหลือกันเอง ในทางปฏิบัติการรักษาในสถานพยาบาลนั้นมีเวลาจำกัด กลุ่มผู้เลิกสูรยานอกสถานบำบัด เป็นกลุ่มที่เป็นตัวแปรที่สำคัญด้านหนึ่ง เป็นกลุ่มที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สามารถเลือกสถานที่ที่ผู้เลิกยาบ้าในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมาพบกัน เพื่อแลกเปลี่ยนปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน ในทางปฏิบัติกลุ่มนี้จะดำเนินต่อไปได้เมื่อผู้รับการบำบัดรักษาเห็นประโยชน์ ผู้บำบัดจะกระตุ้นเตือนผู้รับการบำบัดให้ประเมินการกระทำของตนเองและจัดหากิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ในรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย – จิต- สังคมบำบัด จะพูดถึงวิธีการเข้าร่วมกลุ่ม และแผนการรักษา รวมทั้งพูดประเด็นปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

2.7 การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะและทางลมหายใจ การสุ่มตรวจปัสสาวะ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของโครงสร้าง ในการโปรแกรมรักษาผู้ป่วยนอก ผู้บำบัดจะเชื่อในความซื่อสัตย์จริงของผู้ป่วยหรือไม่นั้นไม่สำคัญในประเด็นนี้ การเชื่อว่าการกลับ

ไปเสียทั้งนั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะการเลิกยานั้นเป็นความคิด ที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ การตรวจปัสสาวะเป็นการตรวจเสริมเพื่อให้ผู้บำบัด สมาชิกในครอบครัวเชื่อได้ในทางอ้อมว่าการกลับไปเสียยังไม่เกิดขึ้น ถ้าผลการตรวจเป็นบวกก็ควรที่จะตรวจสอบในลักษณะตัวชี้วัดว่า แผนรักษาคควรมีการปรับ มากกว่าที่จะสรุปว่าการรักษานั้นล้มเหลว บุคลากรที่ส่งผู้ป่วยเข้าบำบัด สมาชิกครอบครัว และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้ การตรวจปัสสาวะและตรวจลมหายใจ (breath testing) ควบคู่ไปด้วย เพราะเหตุว่าผู้ใช้สารกระตุ้นมักดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพฝิ่นด้วย

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ในต่างประเทศ

การประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ได้เริ่มต้นเมื่อ 15 ปีที่แล้วโดยเริ่มตั้งแต่ปี 1985 เริ่มจากกรณีศึกษาที่มีการควบคุมเพียงเล็กน้อยจนถึงการควบคุมในคลินิก การศึกษาผลความก้าวหน้าของการรักษาในผู้ติดยาบ้าจำนวน 83 คน ในช่วงการติดตามผล 8 เดือน ถัดจากการบำบัด (Rawson et al., 1986 cited in Obert et al., 2000) มีการประเมินผลของการรักษาที่แตกต่างกันตามผู้ป่วยเลือกคือ 1) การบำบัดรักษาอย่างไม่เป็นทางการ (กลุ่มสุรานิรนาม, โคเคนนิรนาม, ยาเสพติดนิรนาม) 2) การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน 28 วัน 3) การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ใช้วิธีการติดตามผลโดยการโทรศัพท์ถามเกี่ยวกับการกลับไปเสียยาบ้า และแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตนหลังการบำบัด และการเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง

ในการศึกษาครั้งนี้มีผลการศึกษาที่สำคัญอย่างมากคือ ผลจากการติดตามผลหลังจากจบการบำบัดรักษา 8 เดือน ในผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษา ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด สามารถเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีข้อมูลการกลับไปเสียยาในแต่ละกลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มที่ผ่านการบำบัดรักษา ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด มีการใช้ยาบ้าจำนวน 4 ใน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 2) กลุ่มที่ผ่านการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีการใช้ยาบ้าจำนวน 10 ใน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47 และ 3) กลุ่มที่ผ่านการบำบัดรักษาแบบอิสระ มีการใช้ยาบ้าจำนวน 14 ใน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 ซึ่งจากผลการกลับไปเสียยาการศึกษาครั้งนี้ยังศึกษาปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสียยาอีกประเด็นหนึ่ง ซึ่งมีปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ผู้เลิกยาบ้าที่ยังคงดื่มสุรามีอัตราการกลับไปเสียยาถึงร้อยละ 50 2) ผู้เลิกยาบ้าที่ไม่ดื่มสุรามีอัตราการกลับไปเสียยาถึงร้อยละ 6 3) ผู้เลิกยาบ้าที่สูบบุหรี่มีอัตราการกลับไปเสียยาถึงร้อยละ 59 ถึงแม้ว่างานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายจำนวนน้อย แต่ก็ยังเป็นข้อสรุปที่ดีในการสนับสนุนว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด เป็นพื้นฐานของการบำบัดรักษาที่มีความจำเป็นในการที่จะทำให้ผู้ติดยาจะเว้นจากการเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ และเพื่อ

ป้องกันภาวะการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยที่หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ในสถานที่ที่บำบัดรักษาด้วยรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด 2 แห่ง ใน Southern California มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาตั้งแต่ปี 1986 ถึง 1990 จำนวน 486 คน (Rawson et al., 1991b cited in Obert et al., 2000) แบ่งเป็นที่ Beverly Hills มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 314 คน ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นชนชั้นกลาง และที่ Rancho Cucamonga มีจำนวน 172 คน ผลของการบำบัดรักษาทั้งสองแห่งไม่มีความแตกต่างกันคือ ตรวจไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะถึงร้อยละ 88 ในช่วงการบำบัดรักษา 6 เดือนแรก แต่อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างของระยะที่ผู้รับการบำบัดเข้ารับการรักษามาโปรแกรม ที่ Beverly Hills มีระยะเวลาที่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาโดยเฉลี่ยมากกว่า 5 เดือน ผู้รับการบำบัดสามารถรักษาจนจบโปรแกรมถึงร้อยละ 48 ส่วนที่ Rancho Cucamonga ระยะเวลาที่ผู้เข้ารับการบำบัดโดยเฉลี่ย 3 เดือน และมีเพียงร้อยละ 22 ที่สามารถรักษาจนจบโปรแกรม หนึ่งในสาเหตุของความแตกต่างผู้รับการบำบัดที่รักษาจนจบโปรแกรมถึงร้อยละ 20 พบว่า ใน Rancho Cucamonga หยุดการรักษาในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก โดยที่ Beverly Hills หยุดการรักษาเพียงร้อยละ 8 ในช่วงการบำบัดเดียวกัน

มีการศึกษาการหาความสัมพันธ์ในผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก เพื่อสนับสนุนผลจากการศึกษาข้างต้น พบว่าในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ผลการรักษาจะแปรผันตาม ระยะเวลาการเข้ารับการรักษามีการทดลองที่หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรักษา และการเสพยาโคเคนตลอดระยะเวลา 6 เดือน ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างระยะเวลาในการเข้ามารับการรักษา กับฐานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่ายี่สิบอยู่กับ อาชีพ และช่องทางการเข้ารับการบำบัดรักษา

มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดรักษา ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ต่อกลุ่มเสพยาโคเคนกับกลุ่มติดยาบ้า มีการศึกษาย้อนหลังในผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ที่ Rancho Cucamonga ระหว่างปี 1988 -1995 ในผู้ติดยาบ้าจำนวน 500 คน กับผู้ติดยาโคเคนจำนวน 224 คน ซึ่งได้อธิบายเปรียบเทียบผลของทั้งสองกลุ่มนี้ (Huber, 1997 cited in Obert et al., 2000) ถึงแม้ว่าฤทธิ์ของยาทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันมาก แต่ผลของการบำบัดรักษาทั้งหมด ระยะเวลาที่เข้าร่วมการบำบัด และการกลับไปใช้สารกระตุ้น (ผลการตรวจปัสสาวะ) ผลของการบำบัดของทั้งสองกลุ่ม ผู้ติดยาโคเคนใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาทั้งหมด 18 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ติดยาบ้าใช้เวลาการบำบัดรักษาทั้งหมด 17.1 สัปดาห์ พบยาบ้าในปัสสาวะในกลุ่มผู้ติดยาโคเคนถึงร้อยละ 13.3 และกลุ่มผู้ติดยาบ้าถึงร้อยละ 19.3 แต่ผลของ

ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อสรุปจากการทดลองนี้สามารถบอกได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ใช้รักษาได้ผลดีทั้งในกลุ่มผู้ติดโคเคนและกลุ่มผู้ติดยาบ้า ได้เท่าๆ กัน

ทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย – จิต – สังคมบำบัด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัดมีหลายทฤษฎีที่มาเกี่ยวข้อง แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาในระยะ intensive phase

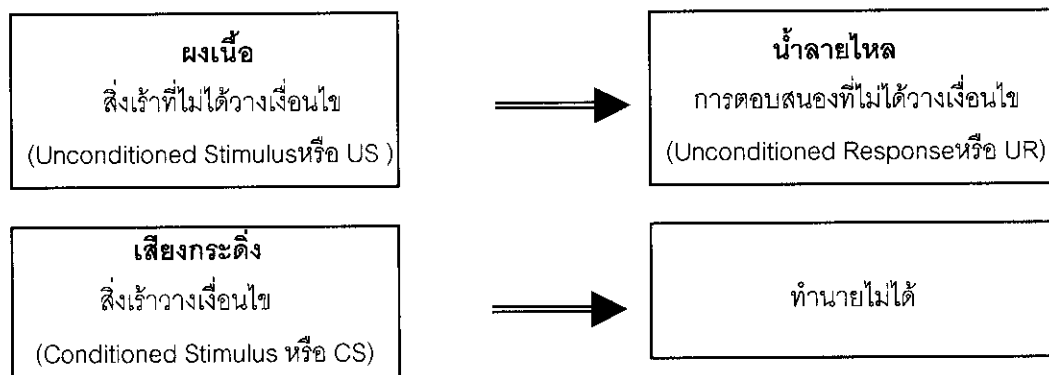
ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning)

การเรียนรู้ (learning) คือ กระบวนการสร้างหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผ่านการโต้ตอบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งคุณลักษณะของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากภาวะ เนื่องจากพิษยา หรือเนื่องจากความเหนื่อยล้า (Hilgard, Atkinson & Atkinson, 1971, p.188 –189 อ้างถึงใน วิทยาพร มาพบสุข, 2540 หน้า 320) และ มอร์ริส (Morris, 1988, p. 178 อ้างถึงใน วิทยาพร มาพบสุข, 2540, หน้า 320) ได้อธิบายว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการของการให้ประสบการณ์ และการฝึกหัดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร

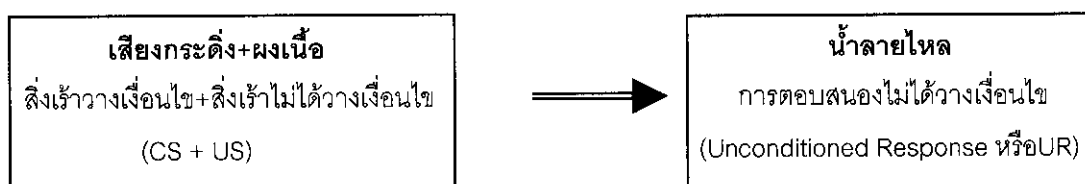
พาฟลอฟ (Morris, 1990, p.178-187 อ้างถึงใน วิทยาพร มาพบสุข, 2540, หน้า 329) มีความเชื่อว่า กระบวนการพื้นฐานของการเรียนรู้ คือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า (S = stimulus) และการตอบสนอง (R = response) ให้เกิดขึ้นโดยอาศัยการกระทำที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน การเรียนรู้จึงประกอบด้วยการสร้างความเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นในระบบประสาทระหว่าง S อันหนึ่ง กับ R อันหนึ่งนั่นเอง โดย R จะเป็นการตอบสนองแบบปฏิกิริยาสะท้อนอัตโนมัติ (automatic reflex) ซึ่งเป็นการตอบสนองตามธรรมชาติ

พาฟลอฟ ได้ทดลองเกี่ยวกับการหลั่งน้ำลายของสุนัข (dog salivary) พาฟลอฟนำสุนัขที่กำลังหิวตัวหนึ่ง เข้าไปในเครื่องทดลองซึ่งอยู่ภายในห้องเก็บเสียง สุนัขถูกเจาะแก้มบริเวณตอมน้ำลายเพื่อสอดสายยางเชื่อมจากตอมน้ำลายไปยังเครื่องวัดปริมาณน้ำลาย ด้วยวิธีนี้ผู้ทดลองสามารถทราบว่าสุนัขเกิดการเรียนรู้หรือไม่ โดยดูปริมาณความมากน้อยของน้ำลายสุนัขที่หลั่งออกมาในเครื่องวัดระดับน้ำลาย หลังจากนั้นนำสุนัขไปผูกกับเครื่องรั้งเพื่อไม่ให้สุนัขเคลื่อนไหวไปที่อื่น

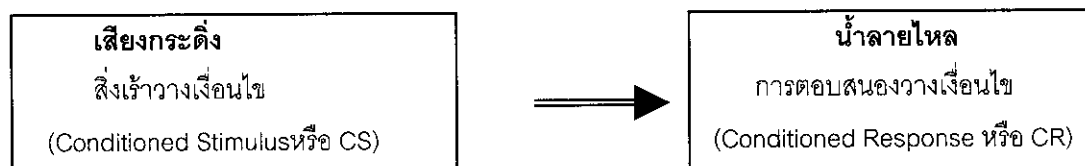
การทดลองของพาฟลอฟแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ
 ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการวางเงื่อนไข (before conditioning)



ขั้นตอนที่ 2 ขณะกำลังวางเงื่อนไข (Conditioning)



3. หลังการวางเงื่อนไข (After Conditioning)



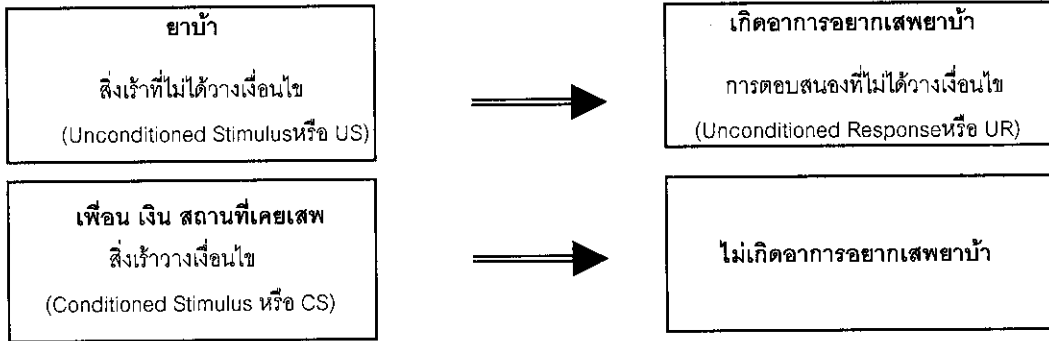
ภาพที่ 3 แสดงการทดลองการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของพาฟลอฟ

การตอบสนองที่ต้องวางเงื่อนไข (CR) เกิดจากการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก การวางเงื่อนไขเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่ต้องวางเงื่อนไข CS กับการตอบสนองที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยการนำ CS ควบคู่กับ US ซ้ำกันหลายๆ ครั้ง สิ่งสำคัญคือจะต้องให้ US หลัง CS อย่างกระชั้นกระชิด คือให้ CS ก่อน US เป็นเวลาประมาณ .25 ถึง .50 วินาที และจะต้องทำซ้ำๆ กัน ในการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกความต่อเนื่องใกล้ชิด (contiguity) และความถี่ (frequency) ของการเสนอสิ่งเร้าเป็นสิ่งสำคัญ

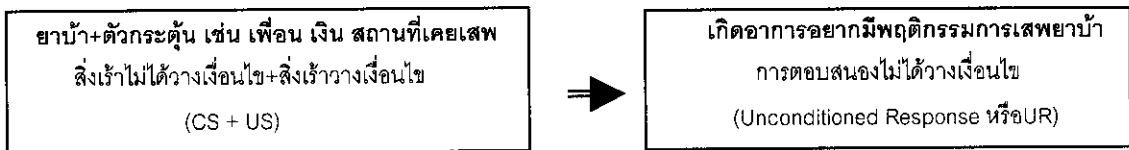
ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ได้นำทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning theory) มาเป็นทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบัดนี้คือ

อธิบายเปรียบเทียบการวางเงื่อนไขของผู้ติดยา กับสิ่งกระตุ้นกับทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของพาฟลอฟ

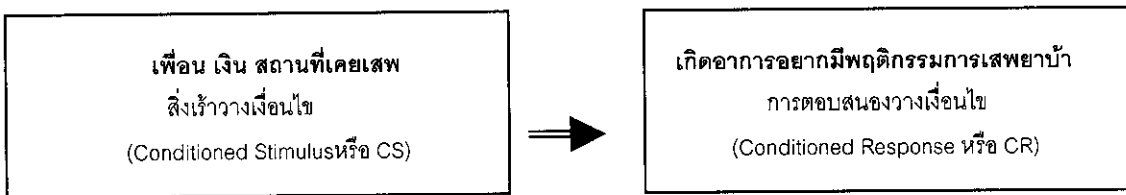
ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการวางเงื่อนไข (before conditioning)



ขั้นตอนที่ 2 ขณะกำลังวางเงื่อนไข (conditioning)



3. หลังการวางเงื่อนไข (after conditioning)



ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบการวางเงื่อนไขในสมองของผู้ติดยาบ้าตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของพาฟลอฟ

ในผู้ติดยาบ้า การเสพยาบ้าจนไม่สามารถควบคุมการเสพได้แล้ว ยาบ้าเป็น US ซึ่งทำให้เกิดอาการอยากเสพยาบ้าเป็น UR ในขณะที่เสพยาบ้าผู้ติดยาบ้าจะเสพพร้อมเพื่อน ในสถานที่ที่เสพ และเมื่อมีเงินเป็น CS ซ้ำๆ กันหลายครั้ง ผู้ติดยาบ้าจึงเกิดการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไข ในระยะหลังการวางเงื่อนไข เมื่อผู้ติดยาบ้าพบเพื่อน เห็นสถานที่ที่เคยเสพยาบ้า และเมื่อมีเงิน CS โดยไม่จำเป็นต้องเห็นยาบ้า US ก็จะมีอาการอยากเสพยาจนมีพฤติกรรมการเสพยาได้ CR ซึ่งในระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย - จิต - สังคมบำบัด จะเรียก CS ว่าเป็นตัวกระตุ้น ในกระบวนการเลิกยาบ้าจึงมีความจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไข

ทฤษฎีการเพิ่มแรงจูงใจ (motivation to change)

ผลสำเร็จของการบำบัดรักษายาเสพติดจะไม่สมบูรณ์ ถ้าปราศจากประเด็นการเพิ่มแรงจูงใจ Miller & Rollnick (1991, cited in Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) ได้กล่าวประเด็นนี้ว่า ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ มีความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองที่จะเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกยาเสพติด ประเด็นสำคัญที่มีผลอย่างยิ่งคือ แรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับเวลา และสถานการณ์

1. แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจของ โปรแชสกา และนอร์ครอสส์ (Prochaska & Norcross, 1992, cited in Beck et al., 1993) ได้เสนอรูปแบบแนวคิด ของการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจของผู้ป่วยแบ่งเป็น 5 ระยะ

1.1 ระยะก่อนครุ่นคิด (precontemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความสนใจกับปัญหาค่อนข้างน้อยและมีแรงจูงใจต่ำ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

1.2 ระยะครุ่นคิด (contemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเริ่มพิจารณาปัญหาของตนเองที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด และพิจารณาถึงความยากง่ายในการเปลี่ยนแปลงตนเอง แม้ว่าพวกเขาอาจจะยังไม่ได้ทำพฤติกรรมที่ดีในบางอย่าง แต่ดูเหมือนว่าพวกเขาได้รับการตอบสนองในทางบวกบ้าง

1.3 ระยะเตรียมการ (preparation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยอยากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริง และช่วยในการแก้ไขปัญหา ถึงแม้ว่าพวกเขาอาจจะรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองมีความจำเป็นอย่างไร ที่จะอยู่โดยไม่เสพยาเสพติด

1.4 ระยะลงมือปฏิบัติ (action) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มสร้างพันธะสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง เป็นระยะที่มีระดับความเครียดสูง ผู้บำบัดต้องให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ

1.5 ระยะคงที่ (maintenance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพยายามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะคิดพิจารณา ถึง ระยะปฏิบัติ ในระยะนี้คนจะได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น

โปรแชสกา และ ไดคลิมองท์ (Prochaska & Diclemente, 1986, cited in Beck et al., 1993) กล่าวว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจะสามารถดำเนินไปตามกระบวนการอย่างราบรื่น ถ้าผู้ป่วยและผู้บำบัดรักษามีจุดมุ่งหมายเดียวกันในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจของผู้ป่วยไม่จำเป็นที่จะเปลี่ยนเป็นเส้นตรงจากระยะที่ 1 ถึง 5 แต่การเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจะมีลักษณะเป็นวงกลม ซึ่งหมายความว่าแรงจูงใจที่ขึ้นมาถึงระยะที่ 5 อาจจะลดลงมาอยู่ในระยะที่ 1 ได้

2. เป้าหมายการเพิ่มแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 1991 cited in Beck et al., 1993)

- 2.1 เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ
- 2.2 เพื่อลดแรงต้านทาน
- 2.3 เพื่อเพิ่มการเข้ากลุ่มบำบัด
- 2.4 เพื่อผลสัมฤทธิ์ที่ดี

3. หลักในการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ

3.1 การแสดงความเข้าใจผู้ป่วย โดยการยอมรับในความสามารถของคนว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ การรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ และยอมรับว่าความขัดแย้งในใจของผู้เสพยาเสพติดเป็นสิ่งธรรมดาที่เกิดขึ้นได้

3.2 การพัฒนาสิ่งที่ขาดหายไป (develop discrepancy) โดยการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่เขาจะได้รับตามมาหลังจากที่เขาหยุดเสพยาเสพติดแล้ว ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ทำอยู่ กับเป้าหมายที่เขาต้องการเปลี่ยนแปลงว่ามันขัดแย้งกันหรือไม่ ให้ผู้ป่วยหาเหตุผลว่าทำไม ตนเองถึงอยากที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง จัดความลังเลของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะในสิ่งที่ตนเองกำลังตั้งใจว่าจะเปลี่ยนแปลงตนเองหรือไม่

3.3 หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoid argumentation) การต่อต้านใดๆ เป็นสัญญาณของกลวิธีการเปลี่ยนแปลง แรงต้าน คือ ปรากฏการณ์ภายในของคน การขจัดความวิตกกังวลของผู้รับการบำบัดรักษา และทัศนคติของผู้รับการบำบัดจะถูกเปลี่ยนได้โดยคำพูดที่พูดกับตนเอง

3.4 การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง (support self- efficacy) ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงความสามารถ คือสิ่งที่เป็นไปได้เสมอ และเป็นจักรกลสำคัญของแรงจูงใจ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการเลือก และดำเนินการตามที่ตนเองเลือกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางเลือกที่เหมาะสมมีทางเป็นไปได้สูง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต

ทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy)

ตามทฤษฎีของการบำบัดทางปัญญา (cognitive theory) ได้กล่าวไว้ว่า บุคลิกภาพนั้นสะท้อนถึงการจัดระเบียบและโครงสร้างของกระบวนการรับรู้ ซึ่งมีอิทธิพลมาจาก พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Beck and Weishaar, 1989 cited in Corey, 2000, p. 317)

ทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ให้ความสำคัญกับกระบวนการรับรู้ที่ก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม อารมณ์และพฤติกรรมของคนี่แสดงออกจะเป็นผลมาจาก วิธีที่คนคนนั้นเข้าใจและแปลความหมายในแต่ละเหตุการณ์และสภาพการณ์นั้นอย่างไร (Beck, 1976)

cited in Corey, 2000, p. 317)

แบบแผนความคิด (schemas) คือแบบแผนความคิดความเชื่อพื้นฐานและสมมติฐานความคิดของแต่ละคนมีอิทธิพลอย่างมากต่อกระบวนการรับรู้ของแต่ละคน

แบบแผนความคิด (schemas) มีผลต่อสภาพความเป็นจริงของแต่ละคน (individual structures reality) การตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับตนเอง การแปลความหมายประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น การสร้างทางเลือกของพฤติกรรมและการพัฒนาที่จะคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต (Beck and Weishaar, 1989 cited in Corey, 2000, p. 317) schemas ของแต่ละคน อาจเป็นไปได้ทั้งแบบปรับตัวได้ หรือลึ้มเหลวขึ้นอยู่กับโครงสร้างการรับรู้ ของแต่ละคนคนนั้นว่าจะถูกสร้างและคงสภาพอยู่ได้แค่ไหน คนแต่ละคนจะสร้าง จัดการและแปลผลเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้พื้นฐานจะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะเข้าใจและปฏิบัติต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร

อา론 เบค ได้พัฒนาวิธีการที่เรียกว่า การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับ การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy) โดยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 cited in Corey, 2000, p. 317) คือ เป็นการบำบัดที่เน้น

การบำบัดเชิงรุก (active)

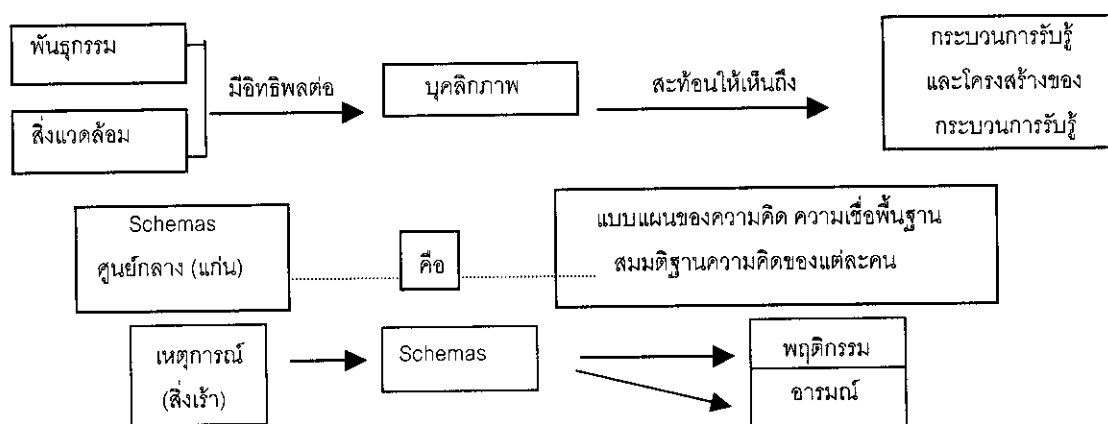
การบำบัดโดยแนะแนวทาง (directive)

การบำบัดโดยจำกัดเวลา (time-limited)

ยึดอยู่กับปัจจุบัน (present-centered)

วิธีการที่มีโครงสร้าง (structured-approaches)

ซึ่งผู้วิจัยแสดงรูปภาพเพื่อความเข้าใจดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีบุคลิกภาพของอา론 เบค (Aaron Beck)

1. ข้อตกลงเบื้องต้นเชิงทฤษฎี อารอน เบค (Aaron Beck) เชื่อว่า จุดสำคัญของการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้มาจากความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลดังเช่น REBT ของ Ellis แต่เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการรับรู้ ความคิดและความเข้าใจ (cognition) พฤติกรรมที่ผิดพลาดไป เกิดจากความผิดพลาดของระบบความคิด (cognitive distortion) ความคิดที่ถูกบิดเบือนและความเข้าใจที่ผิดพลาดหวังแล้วปรับตัวไม่ได้ Beck จึงให้ความสำคัญของปัจจัยด้านความคิดของแต่ละคนดังนี้ (Weishaar, 1993 cited in Corey, 2000, p. 310)

1.1 การสื่อสารภายในบุคคลคือ การเข้าถึงกระบวนการสังเกตความเป็นไปเกี่ยวกับจิตใจของตนเอง

1.2 ความเชื่อของผู้ป่วย (client) มีความหมายต่อตนเองอย่างยิ่ง

1.3 ความหมายต่างๆ สามารถถูกค้นพบได้เองโดยผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจของคนนั้น มากกว่าที่จะได้รับการสอนหรือแปลความหมายจากผู้บำบัด

พื้นฐานทางทฤษฎีสนับสนุนว่าการเข้าใจถึงธรรมชาติอารมณ์ที่เกิดขึ้นในใจหรือเมื่อถูกรบกวนอารมณ์ เป็นเรื่องจำเป็นที่จะมุ่งไปที่เนื้อหาในด้านการรู้คิดของปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้นเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ (De Rubeis and Beck, 1988 cited in Corey, 2000, p. 310)

เป้าหมายก็คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดของผู้รับบริการ โดยการให้เขาใช้ ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีที่มีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ เพื่อที่จะให้เข้าใจถึง แบบแผนของความคิด (schemata) จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและเริ่มที่จะใส่ความคิดลงไปในแบบแผนความคิด เพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างทางความคิด ซึ่งทำได้โดยการให้กำลังใจผู้รับบริการในการรวบรวมและพิจารณาอย่างรอบคอบต่อเหตุการณ์ที่สนับสนุนความเชื่อของตน จากการศึกษาทางคลินิกแสดงให้เห็นความสำคัญของการนำ cognitive therapy ไปใช้ในการบำบัดความผิดปกติอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การนำไปบำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Beck, 1991b cited in Corey, 2000, p. 310) อาการกลัวจนเกินเหตุ (phobia) ความผิดปกติทางจิตที่ก่อให้เกิดอาการทางกาย (psychosomatic disorders) ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร (eating disorder) อาการโกรธและการตื่นตระหนก (anger and panic disorders) (Dattilio & Salas-Auvert, 1998 cited in Corey, 2000, p. 310) อาการเนื่องจากการใช้สารเสพติด (substance abuse) (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993 cited in Corey, 2000) อาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) (Beck, 1987 cited in Corey, 2000, p. 310)

2. **หลักพื้นฐานของทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy)** อารอน เบค (Aaron Beck) เป็นผู้บำบัดในแนวจิตวิเคราะห์มาหลายปี และมีความสนใจในเรื่อง ความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งนำมาสู่การตอบสนองอารมณ์ (automatic thoughts) ของบุคคลในขณะที่ศึกษาแนวจิตวิเคราะห์อยู่นั้น เขาสนใจเนื้อหาความฝันเกี่ยวกับการเก็บกด ของผู้มารับคำปรึกษา ที่มีอารมณ์โกรธแล้วหันมาโกรธตัวเอง เขาเริ่มมองเห็นสิ่งที่มากกว่าอารมณ์โกรธ (retroflected) ซึ่งฟรอยด์เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า โดยมีอคติจากการแปลความหมายหรือจากความคิด Beck ได้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้สังเกต negative automatic thought ของตนเอง ที่ยังคงมีอยู่แม้ว่าพวกเขาพยายามไม่คิดแล้วก็ตาม

อารอน เบค (Aaron Beck) ยืนยันว่าคนที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์นั้นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะ การรับรู้ข้อเท็จจริงที่ผิดพลาด (logical errors) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเป็นจริง ไปในทิศทางของความรู้สึกเกลียดชังตนเอง ผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจมีแหล่งที่เกิดมาจากความคิดที่ผิด มีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้องโดยมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ข้อมูลที่ผิดหรือได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ และมีความล้มเหลวในการแยกแยะระหว่างความเพ้อฝันกับความเป็นจริง โดยจะยกตัวอย่างของลักษณะความคิดที่ผิดซึ่งในทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา จะใช้คำว่า “ความคิดที่บิดเบือน” (cognitive distortions) (Beck et al., 1979; Beck & Weishaar, 1995; Dattilio & Freeman, 1992 cited in Corey, 2000, p. 310) ดังนี้คือ

การสรุปที่เกินจริง (overgeneralization) เป็นกระบวนการที่ยึดมั่นในความเชื่ออย่างมากจากเหตุการณ์เพียงเหตุการณ์เดียว และนำมาปรับใช้อย่างไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์อื่นที่ไม่ได้คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเช่น ถ้าเรามีความยุ่งยากในการทำงานกับผู้หญิงคนหนึ่ง เราอาจจะสรุปเลยว่าเราจะไม่สามารถทำงานกับผู้หญิงทั้งหมดได้ และอาจคิดเลยว่าเราไม่สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้

การยึดตนเองเป็นสำคัญ (personalization) การถือเอามาไว้ในตัว เป็นความโน้มเอียงของแต่ละบุคคล ในการเชื่อมโยงเหตุการณ์ภายนอกกับตนเอง แม้ว่าจะไม่มีพื้นฐานในการเชื่อมโยงก็ตาม ตัวอย่างเช่น ในฐานะที่ผู้ให้บริการ หากผู้รับบริการไม่กลับมารับการให้คำปรึกษา เป็นครั้งที่ 2 เราก็จะคิดว่า การขาดหายไปนั้นเนื่องมาจากการให้คำปรึกษาในครั้งแรกไม่ดีพอ เรา จะบอกกับตัวเองว่า “เหตุการณ์นี้พิสูจน์ได้ว่า ฉันทำให้ผู้รับบริการแย่ลงและตอนนี้ผู้รับบริการคงไม่ต้องการความช่วยเหลืออีกต่อไป”

การตีตราและการตีตราที่ไม่เป็นความจริง (labeling and mislabeling) จะเกี่ยวกับการแสดงลักษณะที่คล้ายคลึงกันของบุคคล โดยมีพื้นฐานของความไม่สมนุญแบบและความ

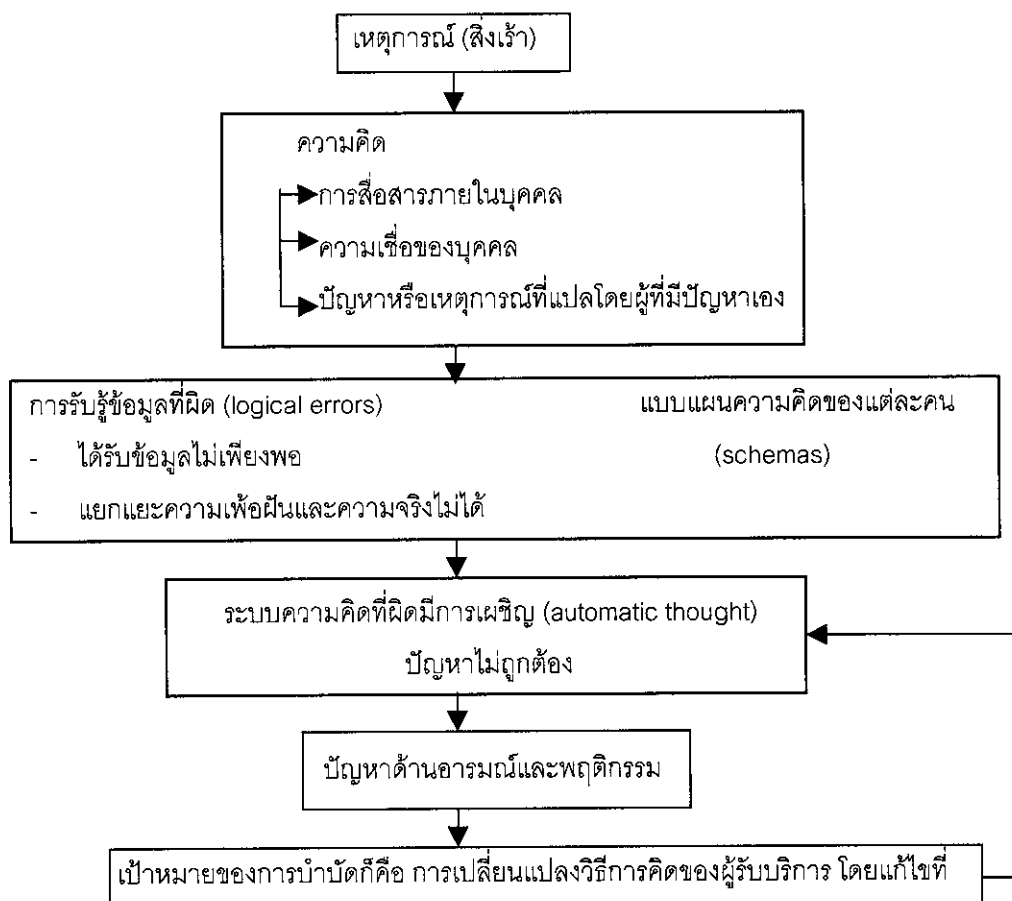
ผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต แล้วปล่อยให้สิ่งนั้นเป็นตัวกำหนด ลักษณะของตนเองให้เป็นจริงขึ้นมา ตัวอย่างเช่น หากเราไม่สามารถเป็นดังที่พ่อแม่คาดหวังไว้ เราอาจจะบอกตัวเองว่า “ฉันนี้ช่างไร้ค่า เสียจริงๆ ฉันติดยา ฉันจึงไม่ควรเป็นลูกของพ่อแม่เลย”

ความคิดสุดโต่ง (polarized thinking) เกี่ยวกับความคิดและการแปลความหมายในทุก คำหรือไม่แปลเลย อีกนัยหนึ่งคือ การจัดหมวดประสบการณ์ในอย่างใดอย่างหนึ่งหรือลักษณะสุดกู่ ตัวอย่างเช่น ความคิดที่จัดแบ่งออกเป็น 2 ทาง โดยถือเอาลักษณะตรงข้ามเป็นเกณฑ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะถูกจัดแบ่งเป็น ดำหรือขาว เราอาจไม่มีเส้นกำหนดของการเป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ อาทิ เช่น การที่เราเป็นนักเรียนคนหนึ่ง หากเราคิดว่าเราเป็นคนไม่เก่ง เราจะคิดว่าเราเป็นนักเรียนที่เรียนได้ ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง หรือในแง่ตรงกันข้าม หากเราคิดว่าเราเป็นคนเก่ง เราจะคิดว่าเราเป็นนักเรียนที่ เก่งฉกาจคนหนึ่ง

การเลือกสรุป (selective abstraction consists) ประกอบด้วยรูปแบบของการลงสรุป โดยมีพื้นฐานจากรายละเอียดที่แยกออกจากเหตุการณ์ในแต่ละวัน ซึ่งในกระบวนการนี้ คนจะ เพิกเฉยต่อข้อมูลอื่นๆ และมีการขาดหายไปของความสำคัญของบริบททั้งหมด มีความรู้สึกที่ว่าใน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่จะต้องล้มเหลวและทำให้ไม่มีความสุข ในฐานะ ตัวอย่างเช่น ในฐานะ ของคนคนหนึ่ง จะวัดคุณค่าของตนเองจากข้อผิดพลาดหรือจุดอ่อน ไม่ได้วัดจากความสำเร็จ โดยรวม

การเพิ่มและลดระดับความเป็นจริง (magnification and minimization) ประกอบด้วย การรับรู้ในตัวผู้รับบริการ หรือสถานการณ์ที่ใหญ่หรือเล็กเกินความจริง โดยเราอาจสร้างความคิดที่ ผิดพลาด นี้จากการคาดคะเนของตัวเอง คือ ความผิดพลาดเล็กน้อยของผู้อื่นเราอาจคาดคะเน ว่ามันรุนแรงมากกว่าความจริงกว่าที่ผู้มีปัญหานั้นคิด หรือความผิดพลาดของผู้อื่นที่บางเรื่องเราจะ มองมันว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย สำหรับการแก้ไขปัญหา ความคิดดังกล่าวง่ายต่อการเกิดภาวะวิกฤติ ในบุคคลและอาจจะมีผลร้ายต่อสภาพจิตใจ

อารอน เบค (1976, cited in Corey, 2000, p. 310) ได้เขียนข้อความหนึ่งไว้ ซึ่งเป็นที่ รู้จักกันอย่างกว้างขวางคือ “cognitive therapy ประกอบด้วยวิธีการทั้งหมดที่ทำให้ลดภาวะความ ไม่สบายใจโดยการแก้ไขความคิดที่ผิดและสัญญาณเด่นชัดของตนเอง” ผู้วิจัยจึงแสดงกรอบ แนวคิดเชิงทฤษฎีดังรูปภาพ ดังนี้



ภาพที่ 6 แสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ cognitive therapy ของ อารอน เบค

3. กระบวนการให้คำปรึกษาแบบ cognitive therapy กระบวนการให้คำปรึกษา

แบบ cognitive therapy มีกระบวนการหลายอย่างที่ทำให้คนไข้เปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบไปเป็นความคิดด้านบวก และมีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ การให้คำปรึกษาแบบ cognitive therapy ทั้งผู้บำบัดและผู้รับบริการจะต้องมีความเชื่อว่า ความเชื่อ ความคิด ทักษะคิด มุมมอง และการสนทนาทั้งหมดนั้นมาจากภายในของคน ผู้บำบัดจะสามารถดึงข้อมูลส่วนนี้ออกมา เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลง สิ่งต่อไปนี้เป็น 1) อารมณ์ที่บกพร่อง (dysfunctional emotions) 2) พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนในทางที่ไม่ถูกต้อง (behavior is to modify inaccurate) 3) ความบกพร่องทางความคิด (dysfunctional thinking)

ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับบริการได้รู้ถึงลักษณะดังกล่าวว่าเป็น ความคิดที่บิดเบือนและบกพร่อง และจะช่วยปรับความคิด มุมมอง ทักษะคิดไปในเชิงบวก หากได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้รับบริการก็จะสามารถแยกแยะได้ระหว่างความคิดของตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้รับบริการจะถูกสอนให้ตระหนักในการเฝ้าสังเกต เฝ้าดูความคิด และข้อสมมุติฐานของตนเองโดย

เฉพาะอย่างยิ่ง ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยเสริมสร้างให้ความคิด การปรับตัว และพฤติกรรมของผู้รับบริการไปในทางที่ดีขึ้น

หลังจากที่ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้ถึงการที่มีความคิดทางด้านลบ ที่ไม่เป็นจริงนั้น ส่งผลต่อตัวเองอย่างไรแล้ว ผู้รับบริการจะถูกฝึกเพื่อทดสอบว่า ความคิดอัตโนมัติต่อต้านความจริงหรือไม่ โดยการตรวจสอบและให้น้ำหนักการต่อต้านนั้น ซึ่งกระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับ 1) การทดสอบสิ่งที่สังเกตได้จากความเชื่อที่อยู่ในรูปประโยคที่ผู้บำบัดใช้ถามตอบ ซึ่งเป็นวิธีการสอนแบบหนึ่งที่โสเครติสเคยสอนไว้ 2) มีการกำหนดงานให้กลับไปทำที่บ้าน 3) รวบรวมข้อสมมุติที่ตนสร้างขึ้นและทำการจัดกิจกรรม 4) สร้างการแปลความในรูปแบบอื่นๆ (Freeman & Dattilio, 1994 cited in Corey, 2000, p. 312) ผู้รับบริการสร้างสมมุติฐาน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและเรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ไขเฉพาะอย่าง และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อผ่านกระบวนการการค้นพบข้อที่เนะดังกล่าว ผู้รับบริการจะได้รับการหยั่งรู้เกี่ยวกับการเชื่อมโยง ระหว่างความคิดของตนเองและสิ่งที่ตนเองรู้สึกและกระทำ

4. สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด การบำบัดในแนว cognitive therapy (CT) นั้นจะแตกต่างกับ rational emotive behavior therapy (REBT) ในเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด Ellis มองว่าผู้บำบัดส่วนใหญ่เปรียบเสมือนครู โดยไม่คำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในทางตรงกันข้าม Beck (1987 cited in Corey, 2000, p. 310) เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพของผู้รับและผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งกระบวนการบำบัดในแนว cognitive therapy มีปัจจัยสำคัญคือ

4.1 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับผู้บำบัด จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินการบำบัด

4.2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้บำบัด อาทิ เช่น บุคลิกภาพมีความอบอุ่นอย่างแท้จริง เข้ากับผู้อื่นได้ ยอมรับโดยไม่ใช้การตัดสินใจของตนเอง มีความสามารถในการสร้างความไว้วางใจกับผู้รับคำปรึกษา หลักของการบำบัดที่โรเจอร์ได้อธิบายไว้ใน การให้คำปรึกษา โดยยิด บุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นผู้บำบัดในแนวทาง cognitive therapy เห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดผลต่อการบำบัดสูงสุด

ดังนั้นในแนวทางของ CT จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ ดังนี้คือ

1. ผู้บำบัดกับผู้รับบริการจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่มั่นคงอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องมีความกระตือรือร้นที่จะให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และให้ความ

ร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ได้รับการบำบัด ผู้บำบัดและผู้รับบริการจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้บำบัดได้ให้การควบคุม ความคิดและพฤติกรรมต่อปัญหาที่มีอยู่ในขณะนั้น มีการสร้างมโนภาพของความคิดและสังเกตพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ทั้งทางด้านบวกและลบ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว (Weishaar, 1993 cited in Corey, 2000, p. 313)

2. ผู้บำบัดจะต้องทำให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แนวความคิดเพื่อทำให้เกิดทักษะใหม่ๆ ผู้บำบัดจะต้องทำให้เกิดความคิดที่หลากหลาย เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ และการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดบางออกไปสู่การปฏิบัติได้ (Beck et al., 1979, Beck & Wechaar, 1995 cited in Corey, 2000, p. 313)

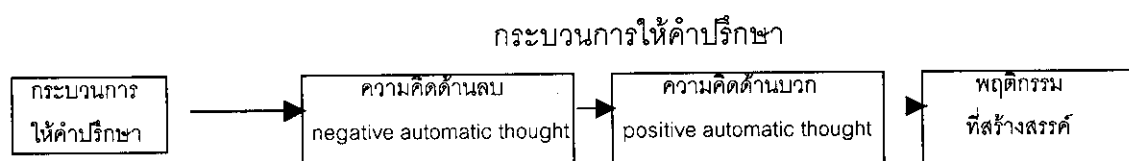
3. ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้แสดงบทบาทในกระบวนการบำบัด นำหัวข้อของปัญหามานำเสนอ เพื่อดูลักษณะความคิดที่บิดเบือนไป สรุปประเด็นปัญหาและให้ความร่วมมือในการทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการปฏิบัติตามรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมแบบใหม่ จนกระทั่งสามารถให้ผู้รับบริการมีความคิดและการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น กระบวนการรักษาทั้งหมด ไม่ใช่ทำเพื่อผู้รับบริการแต่เป็นกระบวนการที่ทำงานร่วมกับผู้รับบริการ (Beck, 1995; Meichenbaum, 1997 cited in Corey, 2000, p. 313) ในแนวคิดของ Beck การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อบุคคล ในการที่จะประเมินข้อสมมุติในทางลบที่เปลี่ยนแปลงล่าสุด ในความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการจะมีลักษณะคล้ายกับที่เคยเกิดขึ้น (Beck & Haaga, 1992; Beck, 1995 cited in Corey, 2000, p. 313) จุดมุ่งหมายของผู้บำบัดในแนว cognitive therapy คือการสอนให้ผู้รับบริการได้เป็นผู้บำบัดตนเอง โดยผู้บำบัดจะให้ความรู้กับผู้รับบริการ เกี่ยวกับธรรมชาติและแนวคิดของปัญหาตนเอง และกระบวนการของ cognitive therapy รู้วิธีคิดที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม กระบวนการให้ความรู้ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของเขาและกลับไปสู่การป้องกัน การกำหนดงานให้ทำและหนังสือบำบัดมักถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของ cognitive therapy ซึ่งการกำหนดงานนี้จะเหมือนการได้ดูแลปัญหาเฉพาะอย่างของผู้รับบริการ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด โดยการทำให้เกิดความร่วมมือ เป้าหมายของการทำการบ้านใน cognitive therapy ไม่ได้เพียงสอนทักษะใหม่ๆ ให้กับผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังให้ผู้รับบริการสามารถทดสอบความเชื่อในสถานการณ์ประจำวันได้ สิ่งที่น่าเน้นคือ การมอบหมายงานให้ผู้รับบริการได้ช่วยเหลือตนเอง โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้รับขณะบำบัดรักษาไปปรับใช้ในสถานการณ์ประจำวัน

5. การนำ cognitive therapy มาใช้ในการบำบัดรักษา ในระยะแรก cognitive therapy จะเป็นที่ยึดมั่นในฐานะที่เป็นวิธีการรักษา ภาวะซึมเศร้า แต่ในงานวิจัยต่อมา ได้มุ่งไปใน

การศึกษาและการรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวล วิธีการบำบัดในแนว CT ได้นำไปประยุกต์ใช้กับเด็กและครอบครัว การฝึกผู้ปกครอง เด็กที่ถูกทำร้าย การฟื้นฟูสมรรถภาพจากการใช้ยาเสพติด คู่สมรส การให้คำปรึกษาเรื่องการหย่าร้าง ความวิตกกังวล ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและปัญหาสุขภาพ (see Granvold, 1994; Dattilio, & Freeman, 1995; Dattilio, 1998 cited in Corey, 2000, p. 314)

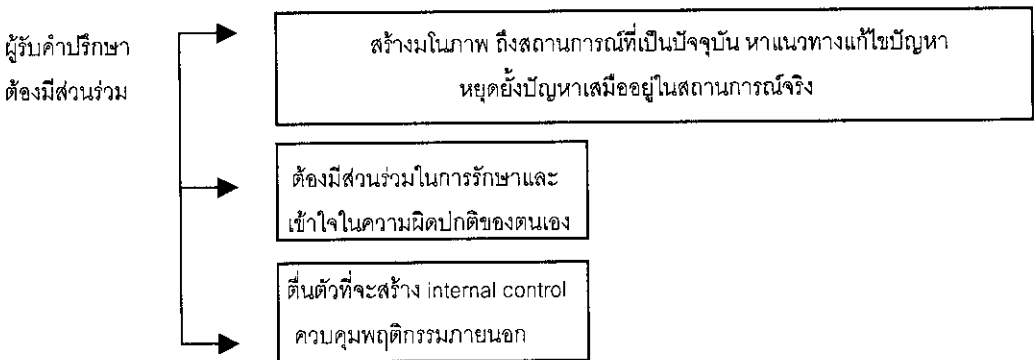
การนำเทคนิค cognitive therapy มาประยุกต์ใช้ ไม่ได้คำนึงถึงธรรมชาติของปัญหาที่เฉพาะเจาะจง แต่ผู้บำบัดแนว CT นั้นจะให้ความสนใจกับวิธีการที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือบุคคลให้สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่แตกต่างออกไปในชีวิตประจำวัน การลองคิดประยุกต์เอาหลักการของ CT มาใช้ในชั้นเรียน และการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์นั้น (Beck, 1976, cited in Corey, 2000, p. 314) ยกตัวอย่างเช่น ในชั้นเรียนอาจารย์ไม่ได้เรียกชื่อคุณในระหว่างการสอน คุณรู้สึกหดหู่และมีความคิดต่อตัวเองว่า “อาจารย์คงคิดว่าฉันโง่ และฉันคงไม่มีค่าพอสำหรับชั้นเรียนนี้แล้ว อาจารย์ก็คิดถูก เพราะคนอื่น ๆ เขาฉลาดกว่าฉัน และยังพูดได้ชัดเจนมากกว่าฉัน ซึ่งมันมักจะเกิดขึ้นกับชีวิตของฉันเช่นนี้อยู่เสมอ” ดังนั้นการแปลความที่แตกต่างออกไป ที่อาจเป็นไปได้ก็คือ อาจารย์ผู้สอนคงต้องรวบรัดในประเด็นที่ได้อภิปรายกัน เพราะมีเวลาน้อย และต้องการสอนต่อไป ซึ่งอาจารย์คงรู้ถึงความคิดของคุณแล้ว ผู้บำบัดอาจทำให้คุณได้ตระหนักถึงรูปแบบความคิดที่บิดเบือนโดยการทดสอบ ความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ (automatic thinking) ของคุณ ผู้บำบัดจะฟังความคิดเห็นของคุณ ซึ่งอาจจะผิดหลังจากนั้น ก็จะทำให้ย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์ตอนเริ่มต้นในชีวิตคุณ ดังนั้นผู้บำบัดจะช่วยให้คุณเห็นว่า สิ่งที่คุณคิดสรุปว่าตัวเองโง่ และมีคุณค่าเพียงเล็กน้อยนั้น เป็นพื้นฐานข้อมูลที่บิดเบือนไปจากอดีต

ในฐานะผู้รับบริการ จะเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการของความคิดที่เกินจริงและดูหมิ่นตนเองซึ่งเป็นการตีความเหตุการณ์เกินความเป็นจริง (ที่คิดว่าอาจารย์คิดว่าฉันโง่) การดูหมิ่นตนเอง (ตนเองมีคุณค่าน้อยต่อชั้นเรียน) ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้เกี่ยวกับ ความคิดด้านลบของผู้รับบริการ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม อาทิเช่น ความคิดที่ยึดติด ความคิดที่ขยายออกจากเหตุการณ์ที่ล้มเหลวเพียงครั้งเดียว มาเป็นความคิดด้านบวก ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยจะสรุปกระบวนการการให้คำปรึกษาเป็นรูปภาพดังนี้



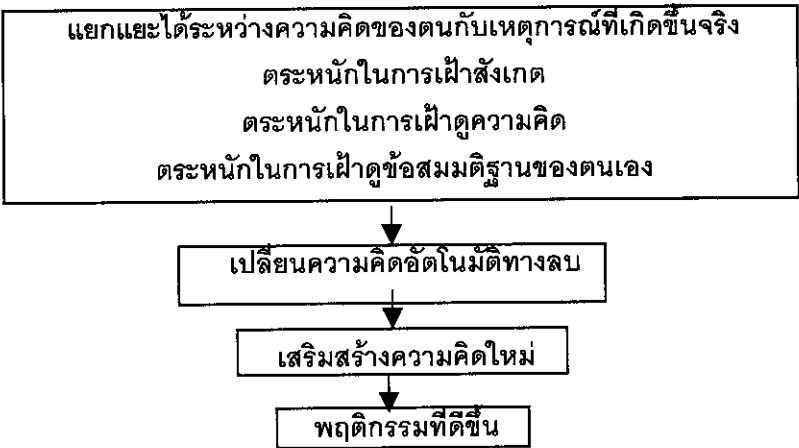
ภาพที่ 7 แสดงกรอบแนวคิดในการให้คำปรึกษาตามแนวทางของ Aaron beck

การมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษาต่อกระบวนการให้คำปรึกษาแนว cognitive therapy



ภาพที่ 8 แสดงกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษาตามแนวของ Aaron Beck

การให้คำปรึกษาเกิดผลทางบวก
ผู้รับคำปรึกษา



ภาพที่ 9 แสดงผลที่เกิดจากการให้คำปรึกษาต่อผู้รับการบำบัด

6. เทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) เทคนิคการบำบัดทางปัญญาที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอยู่หลายเทคนิค ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะนำเฉพาะเทคนิคที่เกี่ยวข้อง กับกระบวนการบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย -จิต-สังคมบำบัดมากกว่าซึ่งมีดังนี้

6.1 เทคนิคการหยุดความคิด (thought stopping) เทคนิคการหยุดความคิดพัฒนาขึ้นมา โดย เบน (J.A. Bain) ตั้งแต่ ค.ศ.1928 แต่ผู้ที่พัฒนาและเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย คือ โวลเป้ (Joseph Wolpe) การหยุดความคิดเป็นเทคนิคที่ง่าย แต่มีประสิทธิภาพในการยับยั้งความคิดที่ไม่พึงประสงค์อย่างได้ผล (Mikulas, 1978, p.132)

การหยุดความคิด เป็นเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความคิดวิตกกังวลตลอดเวลา เช่น มีความคิดว่าตนเป็นคนล้มเหลวในชีวิต เป็นคนไร้ค่า เป็นต้น ความวิตกกังวลเหล่านี้เป็นความคิดที่ไม่พึงประสงค์ เป็นความคิดที่ไม่ค่อยอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง และเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล

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

6.1.1.1 ให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่เขามีความคิดวิตกกังวลนั้น ขณะที่ผู้รับการบำบัดกำลังคิดอยู่นั้น ให้ผู้บำบัดตะโกนด้วยเสียงอันดังว่า "หยุด" การตะโกนว่า "หยุด" ให้กระทำโดยไม่ให้ผู้รับการบำบัดรู้ตัว และให้กระทำทันทีทันใด เมื่อผู้รับการบำบัดกำลังคิดถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องที่เขามีความวิตกกังวลอยู่ กระทำซ้ำหลายๆ ครั้ง

6.1.1.2 ฝึกให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่เขามีความวิตกกังวล และตะโกนด้วยเสียงอันดังว่า "หยุด" เพื่อหยุดความคิดวิตกกังวล ฝึกซ้ำหลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผู้รับการฝึกทำได้

6.1.1.3 ฝึกให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่เขามีความวิตกกังวล และตะโกนคำว่า "หยุด" ในใจ เพื่อหยุดความคิดวิตกกังวลนั้น ฝึกซ้ำหลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผู้รับการบำบัดกระทำด้วยตนเองได้อย่างคล่องแคล่ว

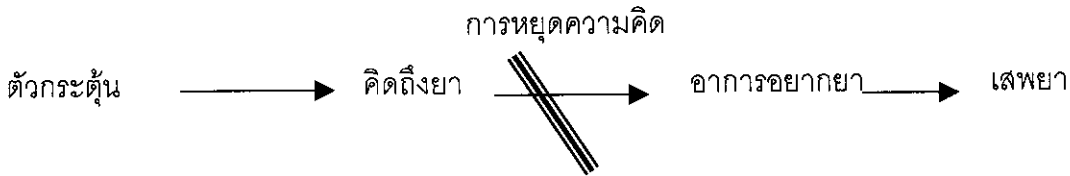
จากกระบวนการหยุดความคิด ที่โวลเป้เสนอมาทั้ง 3 ประการนั้น จะเห็นได้ว่าเทคนิคการหยุดความคิดของโวลเป้ ได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักทฤษฎีการวางเงื่อนไขเป็นพื้นฐานนั่นเอง

เทคนิคการหยุดความคิดให้ได้ผลดีในการบำบัดความคิดที่ไม่มีเหตุผล ความวิตกกังวล หรือความคิดที่เป็นพฤติกรรมลูกโซ่อันจะนำไปสู่ความกลัว (Mikulas, 1978, p. 132)

6.1.2 ข้อควรพิจารณาในการใช้เทคนิคการหยุดความคิด ในการใช้เทคนิคการหยุดความคิดมีความยุ่งยากที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ผู้บำบัดจะรู้ได้อย่างไรว่า ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์หรือคิดถึงเรื่องที่เขาวิตกกังวลจริง เพราะความคิดเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ถ้าผู้รับการบำบัดไม่ได้คิดถึงเรื่องดังกล่าว การใช้เทคนิคการหยุดความคิดคงไม่บังเกิดผลในการบำบัด ดังนั้น ในการใช้เทคนิคการหยุดความคิด จะต้องแน่ใจได้ว่า ผู้รับการบำบัดกำลังคิดถึงเหตุการณ์หรือเรื่องที่เขาวิตกกังวลอยู่ วิธีการหนึ่งที่คิดว่าจะนำมาใช้ได้ คือ ในระยะเริ่มแรกให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงเหตุการณ์หรือเรื่องที่เขาวิตกกังวลโดยเปล่ง เสียงพูดออกมาด้วย แล้วดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการหยุดความคิดต่อไป ต่อมาก็ให้คิดในใจแล้วดำเนินการตาม

กระบวนการต่อไปเช่นเดียวกัน

ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนำ เทคนิคการหยุดความคิดมาใช้ ในขั้นตอนหยุดวงจรการใช้ยา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ในระหว่างสภาวะการติดยาตัวกระตุ้น ความคิดถึงยา อาการอยากยาและเสพยามักจะไปด้วยกันอย่างไรก็ตามโดยปกติแล้วจะเกิดขึ้นเป็นลำดับต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 10 แสดงการใช้เทคนิคการหยุดความคิดในวงจรการใช้ยา

กุญแจสำคัญที่จะจัดการกับกระบวนการเหล่านี้ได้สำเร็จคือ การหยุดความคิดถึงยาไว้ตั้งแต่เริ่มต้น ก่อนที่จะไปถึงขั้นอาการอยากยา ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สิ่งสำคัญที่จะต้องทำก็คือ ให้อาสาสมัครผู้ติดยาของตนเองว่าจะเกิดอะไรขึ้นให้เร็วที่สุด (กรมการแพทย์ และ กรมสุขภาพจิต, 2544)

6.2 การบำบัดแบบควบคุมตนเอง (self - control therapy) แคชดิน (Kazdin, 1980, p. 196) การควบคุมตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่คนต้องการ โดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ตนเองพิจารณาตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่คอมเมียร์ และคณะ (Comier & Sherilyn, 1979, p. 476) ให้ไว้ว่าการควบคุมตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีการรวมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยที่บุคคลนั้นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นด้วยตนเอง ส่วนผู้บำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษานั้น มีบทบาทเพียงเป็นผู้ฝึกวิธีการที่เหมาะสมให้เท่านั้น ในงานวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงเทคนิคการควบคุมตนเองที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด เท่านั้นคือ

6.2.1 การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) (Beck et al., 1993)

6.2.1.1 สิ่งแรกที่เราควรใช้เป็นยุทธศาสตร์ ที่มีประสิทธิภาพต่อการลดการเสพยา คือการกำจัดสิ่งเร้าซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ไปเสพยา อย่างไรก็ดีตามตัวกระตุ้นมีทั้งตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก คนมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่างๆ คือ รู้สึกเศร้า, โดดเดี่ยว, วิตกกังวล, เหนื่อย, ตื่นตระหนก และสิ่งเร้าภายในอื่นๆ เมื่อผู้รับการบำบัดอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง

ผู้นำบัดจะให้กำลังใจให้ผู้ป่วยแยกแยะสิ่งเร้า (ทั้งภายในและภายนอก) และวิธีการจัดการกับตนเอง เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการไม่ไปเกี่ยวข้องกับยาบ้าเมื่อเจอตัวกระตุ้น (Carroll, Rounsaville & Keller, 1991, cited in Beck et al., 19931)

สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนี้ไม่ใช่สาเหตุของพฤติกรรม แต่เป็นเพียงตัวโน้ตให้บุคคลรู้ว่าเวลาและสถานที่ใดบุคคลควรทำพฤติกรรมใด เช่น แก้วน้ำไม่ใช่สาเหตุของพฤติกรรมการนั่ง แต่แก้วน้ำเป็นสถานที่เชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการนั่ง เป็นต้น สิ่งเร้าที่เป็นตัวโน้ตให้กระทำพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ อากาศ แสง เสียง การกระทำของผู้อื่น และสิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึกของบุคคล เป็นต้น

6.2.1.2 วิธีการควบคุมสิ่งเร้า วัตสัน และ ทาร์ป (Watson & Tharp, 1972, p. 153-162) เสนอวิธีการควบคุมสิ่งเร้าไว้ 4 วิธีดังนี้

6.2.1.2.1 วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ วิธีการนี้กระทำโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่จะโน้ตให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์แล้วจึงสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ขึ้นมาพร้อมๆ กัน วิธีการควบคุมสิ่งเร้านี้นิยมใช้กับบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมทางด้านการบริโภค เช่น ติดสุราเรื้อรัง สูบบุหรี่จัด คนอ้วน และผู้ที่มีปัญหาทางด้านการเข้าสังคมกับผู้อื่น เป็นต้น

6.2.1.2.2 การหยุดชั่วคราวในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นอย่างรุนแรง สิ่งเร้าบางอย่างกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมหุนหัน ขาดการยั้งคิด เช่น สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นต้น การควบคุมสิ่งเร้าวิธีนี้กระทำโดยการหยุดชั่วคราวในการที่จะกระทำพฤติกรรมเมื่อมีสิ่งเร้ามากกระตุ้น เช่น บุคคลถูกกระตุ้นเมื่อเห็นบุหรี่ บุคคลถูกเพื่อนยั่วยุให้กล่าวคำหยาบจะหยุดชั่วคราวก่อนที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น การหยุดชั่วคราวในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น จะทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม

6.2.1.2.3 การทำลายโซ่เหตุการณ์ มีพฤติกรรมเป็นจำนวนไม่น้อยที่เกิดจากการเชื่อมโยงของสิ่งเร้าที่เป็นพฤติกรรมของตนเองเป็นลูกโซ่ต่อกัน และพฤติกรรมสุดท้ายที่เกิดในลูกโซ่นั้นอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ บุคคลสามารถควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้โดยการทำลายโซ่ของพฤติกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น บุคคลต้องการเลิกสูบบุหรี่ และมักพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่มักเริ่มด้วยการเข้าร่วมวงสนทนากับเพื่อนที่สูบบุหรี่ นั่งสนทนากัน เพื่อนยื่นบุหรี่ให้สูบ รับบุหรี่มาสูบ การควบคุมพฤติกรรมไม่ให้สูบ

บุหรืทำได้โดยการทำลายไซเหตุการณ คือ ทางหนึ่งหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมวงสนทนากับเพื่อนที่กำลังนั่งสนทนากันและสูบบุหรืตั้งแต่แรกพฤติกรรมการสูบบุหรืก็จะไม่เกิดขึ้น

6.2.1.2.4 การเปลี่ยนไซเหตุการณหรือการสร้างพฤติกรรมอื่นที่ขัดแย้ง วิธี การนี้กระทำโดยการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ กับสิ่งเร้าที่เป็นตัวเนะ ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น หรือกระทำพฤติกรรมอื่นแทน เช่น บุคคลที่ต้องการควบคุม น้ำหนัก เมื่อพิจารณาไซเหตุการณมักพบว่า ไซพฤติกรรมมักเริ่มจากการไม่มีอะไรทำ อยู่ว่างๆ เดิน เข้าครัว เปิดตู้เย็นหรือตู้กับข้าวและหยิบอาหารมารับประทาน กรณีเช่นนี้บุคคลสามารถเปลี่ยนไซ พฤติกรรมเสียใหม่ คือ เมื่อรู้สึกเบื่อ อยู่ว่างๆ ไม่มีอะไรทำก็ควรรับหางานทำแทน เป็นต้น

6.2.2 การจัดตารางเวลาและการเตือนตนเอง (activity monitoring and scheduling) (Beck et al., 1993) การเสพยาบ้าของผู้ป่วยนำไปสู่กิจกรรมและพฤติกรรมซึ่ง สนับสนุนการเสพยาบ้าของพวกเขาเอง และอาจเกิดความล้มเหลวในขณะเดียวกัน การจัดตาราง เวลา และกิจกรรมการเตือนตนเอง สามารถใช้เป็นยุทธศาสตร์พื้นฐาน เพื่อสร้างความเข้าใจและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า เพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กระบวนการของ กิจกรรมการเตือนตนเอง และการจัดตารางเวลาเป็นกระบวนการที่ง่ายและตรงไปตรงมา ผู้ป่วยจะ ได้รับตารางการจัดกิจกรรมประจำวัน 1 ใบ ในตารางกิจกรรมจะประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะบันทึกตารางกิจกรรมประจำวัน และให้คะแนนด้วยความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ว่ามี ความสุข และความเชื่อมั่นจากกิจกรรมที่ตนเองทำ ด้วยอัตรา 0 ถึง 10 จากกิจกรรมเตือนตน เองจะเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วย เพราะรางวัลของความพึงพอใจที่ได้รับจากกิจกรรมของตนเอง

6.2.2.1 การจัดตารางกิจกรรมประจำวันของโปรแกรมการบำบัดทำเพื่อ วัตถุประสงค์ 3 ข้อ

6.2.2.1.1 การบันทึกกิจกรรมลงในตาราง จะเป็นการทำความเข้าใจร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ว่ากิจกรรมใดของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้า

6.2.2.1.2 ตารางกิจกรรมประจำวันสามารถนำมาเป็นแนวทางในการทำกิจ กรรมในอนาคตผู้ป่วย และผู้บำบัดสามารถช่วยกันเติมกิจกรรมทางเลือกในช่องที่ยังว่าง ทำให้มี เวลาว่างน้อยในการไปเกี่ยวข้องกับยาบ้า ยิ่งไปกว่านั้นในผู้ป่วยที่ขาดความพึงพอใจ และขาด ความรู้สึก ถึงการประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้บำบัดอาจเลือกยกตัวอย่าง อาทิเช่น ความน่าเชื่อถือ ความน่ารัก

6.2.2.1.3 การจัดตารางกิจกรรมประจำวันสามารถใช้ในการประเมินผล ติดตามว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม ที่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หลังจากการวางแผน

กิจกรรมอย่างสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยนำตารางกลับบ้านเป็นตัวกำหนดในการทำกิจกรรมที่บ้านได้จริง เมื่อเกิดความล้มเหลวในการทำกิจกรรมตามตารางบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาบ้า จะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือต่อตนเอง ซึ่งอาจเกิดความคิด เช่น “ฉันไม่สามารถทำอะไรที่ถูกต้องได้” หรือ “ฉันไม่เคยทำอะไรได้ตามเป้าหมาย” เมื่อเกิดกรณีเช่นนี้ ผู้บำบัดต้องช่วยผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยยังสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคบ้าง

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

6.2.2.2.1 เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน โดยที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะต้องตกลงร่วมกัน พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นพฤติกรรมภายในหรือพฤติกรรมภายนอกก็ได้ อีกทั้งทิศทางของการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นการลดหรือการเพิ่มก็ได้

6.2.2.2.2 ฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้น

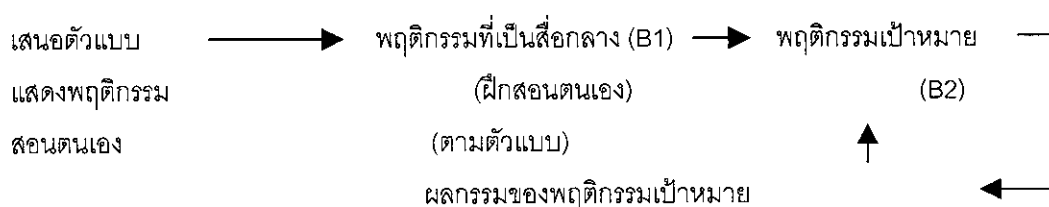
6.2.2.2.3 ฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะทำการบันทึกเป็นความถี่หรือความยาวของเวลา เป็นต้น การฝึกนั้นควรจะรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและการทำแผนภูมิของข้อมูลด้วย ควรจะให้การฝึกการบันทึกพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำเสียก่อน จึงจะยุติการฝึกและดำเนินการเตือนตนเองได้

6.2.2.2.4 การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้ก็ดำเนินการเช่นเดียวกับการฝึกแต่ที่ผู้รับการบำบัดจะดำเนินการเองทั้งหมด โดยที่ผู้บำบัดอาจจะสุ่มตรวจสอบถึงความแม่นยำของการบันทึกเป็นครั้งคราว

6.2.2.2.5 การประเมินผลหรือวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนนี้เป็นการนำข้อมูลที่ได้อาจจากการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผลที่ได้ก็นำไปสู่การเสริมแรงตนเองถ้าทำได้ตามเป้าหมาย หรือการลงโทษตนเองถ้าทำไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ขั้นตอนนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมากในการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของเทคนิคการเตือนตนเอง

6.3 การฝึกการสอนตนเอง (self – instructional training) เทคนิคการสอนตนเอง เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีเชนบอม (Donald Meichenbaum) นักปรับพฤติกรรมเชิงปัญญา ซึ่งได้รับอิทธิพลทางความคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ที่ศึกษาถึงพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่าง ภาษา และพฤติกรรม โดยที่พวกเขาได้เสนอว่าพัฒนาการของการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเริ่มจากการได้รับกฎเกณฑ์จาก

บุคคลที่สำคัญ เช่น ผู้ปกครองหรือครู เป็นต้น จากนั้นจึงนำไปสู่การกำกับตนเองซึ่งเป็นการบอกกับตนเองภายในใจ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตนเองในใจ กับพฤติกรรม จึงเป็นจุดสนใจของ Meichenbaum เขาจึงได้เสนอว่าพฤติกรรมภายในนั้น มีกระบวนการ การเช่นเดียวกับพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายในสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยใช้กลวิธีเช่นเดียวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก (Meichenbaum, 1973 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) เทคนิคการสอนตนเอง เป็นเทคนิคการควบคุมพฤติกรรมตนเองด้วยการใช้การพูดกับตนเองภายในใจ ซึ่งการพูดกับตนเองภายในใจนี้จะเป็นตัวชี้แนะหรือนำทางให้มีพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ในกระบวนการฝึกให้บุคคลสอนตนเองได้นั้น อาจทำได้โดยวิธีการเสนอตัวแบบ (modeling) การฝึกซ้อม (rehearsal) การให้ข้อมูลย้อนกลับ การวางเงื่อนไขผลกรรม (Meichenbaum, 1984 p. 357 อ้างถึงในประเทือง ภูมิภักทราคม, 2540) กระบวนการฝึกให้บุคคลสอนตนเอง แสดงให้เห็นดังรูปที่ 11



ภาพที่ 11 แสดงกระบวนการฝึกให้บุคคลสอนตนเอง

จากรูปที่ 11 จะเห็นว่าในกระบวนการสอนให้บุคคลสอนตนเองนั้น เริ่มจากการสร้างพฤติกรรมการสอนตนเอง (B1) ให้กับบุคคลด้วยวิธีการเสนอตัวแบบแสดงการสอนตนเอง แล้วให้บุคคลนั้นฝึกซ้อมการสอนตนเองตามตัวแบบ (B1) ขึ้นต่อมาพฤติกรรมสอนตนเอง (B1) ของบุคคลจะเป็นตัวแนะหรือชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย (B2) ขึ้น บุคคลให้การเสริมแรงพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้น มีผลทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมการสอนตนเอง พฤติกรรมเป้าหมาย และการเสริมแรง การสอนตนเองจะมีสภาพเป็นสิ่งที่เร้าไปสู่การเสริมแรง บุคคลจึงเลือกใช้การสอนตนเองเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งนำไปสู่การได้รับการเสริมแรง อันมีผลทำให้พฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้น มีเชนบอมและกู๊ดแมน (Meichenbaum and Goodman, 1961, อ้างถึงในประเทือง ภูมิภักทราคม, 2540) ได้เสนอขั้นตอนการฝึกการสอนให้บุคคลสอนตนเอง โดยใช้ตัวแบบและการฝึกซ้อมการสอนตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายไว้เป็นลำดับขั้นดังนี้

6.3.1 ตัวแบบพูดสอนตนเองด้วยเสียงดัง ชี้นำการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

6.3.2 ตัวแบบพูดสอนตนเองด้วยเสียงดัง ซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลที่รับการฝึก

6.3.3 บุคคลที่รับการฝึกพูดสอนตนเองด้วยเสียงดัง ซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

6.3.4 บุคคลผู้รับการฝึกพูดสอนตนเองด้วยเสียงกระซิบ และซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

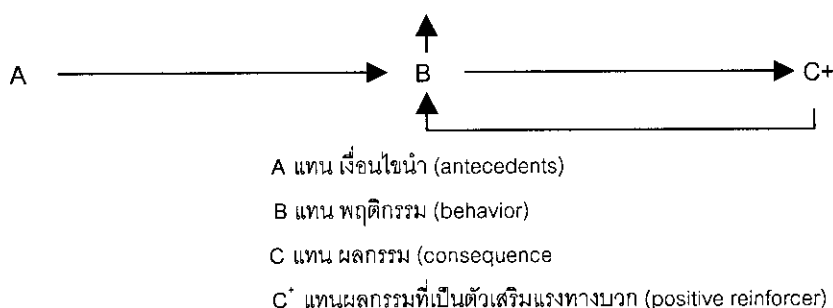
6.3.5 บุคคลผู้รับการฝึกสอนตนเองในใจ และซึ่งเน้นการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง

การชี้แนะที่ใช้ในกระบวนการสอนตนเอง เป็นการชี้แนะที่ให้ผู้บุคคลพูดในใจกับตนเอง ซึ่งเน้นให้กระทำพฤติกรรมเป้าหมาย ส่วนมากคำพูดที่ใช้ชี้แนะจะเป็นวิธีการแก้ปัญหา หรือวิธีการปฏิบัติในการทำงานตามขั้นตอน ซึ่งมักจะอยู่ในรูปของการถามตอบตนเอง ซึ่งแนวทางในการใช้การชี้แนะในกระบวนการสอนตนเอง การสอนตนเอง ต้องฝึกให้ผู้บุคคลตระหนักและเข้าใจคำพูดสอนตนเองที่ใช้ชี้แนะพฤติกรรมเป้าหมายของตนเอง จึงจะทำให้การสอนตนเองมีประสิทธิภาพ การที่บุคคลพูดสอนตนเองโดยที่ไม่เข้าใจความหมายของคำพูดเหล่านั้นคือ พูดแบบนกแก้ว นกขุนทอง คำพูดสอนตนเองเหล่านั้นก็จะมีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่อย่างใด ดังนั้นก่อนสอนให้ผู้บุคคลสอนตนเอง จะต้องมั่นใจว่า บุคคลจะต้องเข้าใจคำพูดที่ใช้สอนตนเองทุกถ้อยคำอย่างชัดเจน เพื่อให้กระบวนการสอนตนเองมีประสิทธิภาพในการชี้แนะพฤติกรรมเป้าหมาย

6.4 การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (contingency management) การจัดการเงื่อนไขผลกระทบนั้นเป็นวิธีการที่มีทั้งการให้ และการถอดถอนผลกระทบ ซึ่งผลกระทบนั้นได้แก่การเสริมแรงทางบวก และการลงโทษ (Rimm & Masters, 1979 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) การจัดการเงื่อนไขผลกระทบนั้น พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ Skinner (1953) ซึ่งสกินเนอร์มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลง ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะขอกล่าวถึงเพียง การเสริมแรงทางบวก เพราะในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด จะใช้การเสริมแรงทางบวก เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ไม่เสพยาบ้า

6.4.1 เทคนิคการเสริมแรงบวก (positive reinforcement) การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) คือการเสริมแรงที่มีผล ทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่

เพิ่มขึ้น คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจสับสนว่าการให้การเสริมแรงทางบวกและการให้รางวัล (reward) มีความหมายเหมือนกัน แต่ทว่าความจริงแล้วทั้งสองอย่างนี้มีความหมายแตกต่างกัน การให้การเสริมแรงทางบวกนั้น เป็นการทำให้พฤติกรรมมีความถี่มากขึ้นในขณะที่การให้รางวัลเป็นการให้สิ่งของใดๆ แก่พฤติกรรมที่บุคคลทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามวาระและโอกาสที่สำคัญ โดยที่ไม่จำเป็นต้องทำให้พฤติกรรมนั้นมีความถี่มากขึ้น (Kazdin, 1980 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) กระบวนการเสริมแรงทางบวกแสดงได้ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 แสดงถึงกระบวนการเสริมแรงทางบวก

6.4.1.1 ประเภทของตัวเสริมแรง สิ่งที่มีศักยภาพเป็นตัวเสริมแรงได้นั้น อาจแบ่งออกเป็น 5 ประเภทด้วยกัน (Rimm & Masters, 1979 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (material reinforcers) ตัวเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (activity reinforcers) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (token reinforcers) ตัวเสริมแรงภายใน (covert reinforcers) ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะขอกล่าวเพียงตัวเสริมแรงที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ดังนี้

การเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ เป็นคำพูดและเป็นการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นก็มีการให้และการระงับการให้ตัวเสริมแรงทางสังคมกันอยู่ตลอดเวลาอย่างเช่น แม่กอดลูกเมื่อลูกแสดงพฤติกรรมที่ตนพอใจ สามีกล่าวชมภรรยาของตนเองเมื่อภรรยาของตนแต่งตัวสวย หรือการที่ครูไม่ให้ความสนใจต่อการที่นักเรียนได้เถียง เป็นต้น เนื่องจาก ตัวเสริมแรงทางสังคมนั้นมีอยู่ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ และค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่มีการให้หรือระงับการให้โดยไม่รู้ตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการแสดงออกที่เป็นภาษาท่าทาง เช่น การมองหรือการแสดงออก

ทางสีหน้าที่ไม่พึงพอใจ การแสดงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการแสดงออกของบุคคล ดังนั้นนัก
ปรับพฤติกรรมจึงควรจะต้องระวังการแสดงออกในลักษณะดังกล่าวนี้ด้วย (Rimm & Master,
1979, อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

ในการใช้แรงเสริมทางสังคมให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดนั้น ผู้ใช้จะต้องใช้ด้วยความ
จริงใจมิใช่ใช้ในลักษณะของปากว่าตาขยิบ เพราะนอกจากจะทำให้ไม่ได้ผลแล้ว ยังอาจก่อให้เกิด
ผลในแง่ลบอีกด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 195-197) โดยมีหลักการในการใช้
แรงเสริมทางสังคม (การชม) อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ต้องชมต่อหน้า ต้องชมทันที การชมนั้นจะ
ต้องบอกว่าผู้ที่ถูกชมนั้นแสดงพฤติกรรมอะไรที่ดี โดยบอกให้ชัดเจน การชมนั้นจะต้องบอกว่าคุณมี
ความรู้สึกที่ดีอย่างไร ต่อการที่ผู้ที่ถูกชมแสดงพฤติกรรมที่ดีและการแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นจะช่วย
ให้เขาดีขึ้นอย่างไร หลังจากพูดชมและหยุดชั่วขณะหนึ่งแล้วใช้การแสดงชื่นชมทางสีหน้าเพื่อ
ให้ผู้ถูกชมมีความรู้สึกว่าคุณมีความรู้สึกดีอย่างไร กระตุ้นให้ผู้ถูกชมนั้นแสดงพฤติกรรมที่ดีนั้น
เพิ่มมากขึ้นอีก การจับมือ หรือแตะตัวผู้ที่ถูกชมให้เขามีความรู้สึกว่าคุณสนับสนุนเขา

ในการที่จะใช้แรงเสริมทางสังคมเป็นตัวเสริมแรงนั้น ควรที่จะมีข้อพิจารณาดังต่อไปนี้
สามารถใช้ได้ง่าย และสะดวกในการใช้เนื่องจากใครๆ ก็ใช้ได้ อีกทั้งไม่ต้องลงทุนอะไรเลยเพราะ
เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อใช้แล้วไม่รบกวนพฤติกรรมที่กำลังกระทำอยู่ อีกทั้งสามารถให้ได้
ทันทีและผู้ที่ได้รับการเสริมแรงยังคงสามารถดำเนินพฤติกรรมที่ตนกำลังกระทำอยู่นั้นได้ต่อไป
ตัวเสริมแรงทางสังคม สามารถที่จะทำให้เป็นตัวเสริมแรงแผ่ขยายได้ โดยนำไปสัมพันธ์กับตัว
เสริมแรงอื่นๆ มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป อย่างเช่นเมื่อชมแล้วอาจจะมีการให้รางวัลหรือพาไปเที่ยว
เป็นต้น จะทำให้แรงเสริมทางสังคมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แรงเสริมทางสังคมถือได้ว่าเป็นสิ่งที่
เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ดังนั้นเมื่อใช้แรงเสริมทางสังคมในการปรับพฤติกรรมแล้ว จึงไม่มีความ
จำเป็นที่จะต้องถอดถอนโปรแกรม เพราะสิ่งที่ทำอยู่นั้นได้เกิดขึ้นอยู่ทุกวันในสังคม

6.4.1.2 หลักการใช้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพ (สมโภชน์
เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 191-193) มีหลักการต่างๆ ไป ดังนี้

6.4.1.2.1 การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรม
เป้าหมายเท่านั้น การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง เช่นการ
ที่คุณพ่อวางเงื่อนไขกับลูกว่าถ้าทำการบ้านเสร็จแล้วจะให้ดูโทรทัศน์ ลูกขอดูโทรทัศน์ก่อนแล้วบอก
ว่าจะทำการบ้าน คุณพ่อก็ตกลงให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนแล้ว ปรากฏว่าลูกไม่ทำการบ้าน หรืออาจทำ
การบ้านก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ดูโทรทัศน์ก่อนการทำการบ้านไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรงทาง
บวก แม้ว่าลูกจะทำการบ้านหลังดูโทรทัศน์แล้วก็ตาม

6.4.1.2.2 การเสริมแรงจะต้องทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงพฤติกรรมเป้าหมาย ทันทีนั้นจะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร จึงไม่น่าประหลาดใจเลยที่ว่า การที่ครูบอกให้นักเรียนขยันเรียน เพื่อว่าวันหน้าจะได้มีงานทำที่ดี จะไม่ค่อยได้ผลเท่ากับการที่ให้นักเรียนแล้วจะได้รับผลกระทบจากการขยันเรียนทันทีทันใด เช่น การได้รับคำชมจากผู้ปกครอง การประสบความสำเร็จในการสอบ จะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการขยันเรียนมากกว่าการที่บอกถึงสิ่งเสริมแรงในอนาคต

6.4.1.2.3 ควรให้การเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

6.4.1.2.4 ควรบอกถึงเงื่อนไขการเสริมแรง นั่นคือควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง เช่น บอกว่า “ลูกอ่านหนังสือให้จบหน้าที่ 12 ก่อนแล้วค่อยดูโทรทัศน์” หรือ “ถ้าใครทำงานได้เสร็จก่อนเวลา ครูจะให้เวลาร่าง 10 นาทีไปทำกิจกรรมที่ชอบ” เป็นต้น และเงื่อนไขในการแสดงพฤติกรรมไม่ควรสูงเกินไปจนทำให้ผู้ถูกปรับพฤติกรรมทำสำเร็จได้ยาก เช่น ให้ท่องคำศัพท์ให้ได้ 50 คำก่อน แล้วจึงให้ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

6.4.1.2.5 ตัวเสริมแรงนั้น ควรจะมีปริมาณพอเหมาะไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้มากเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

6.4.1.2.6 ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยใช้กับคนๆ หนึ่งได้ผล อาจจะไม่ได้ผลกับคนนั้นในเวลาต่อมาก็ได้

6.4.1.2.7 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น

6.4.1.2.8 ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะกระทำพฤติกรรมเช่นใด จึงจะได้รับการเสริมแรง

6.4.1.2.9 ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรงเมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการ

เสริมแรงเสียใหม่ ให้ใช้เป็นตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลย ในอนาคตก็ตาม

6.4.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (informative feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการกระทำของบุคคล ข้อมูลย้อนกลับเป็นตัวเสริมแรงที่ต้องวางเงื่อนไข เพราะโดยทั่วไปแล้วต้องใช้ควบคู่กับตัวเสริมแรงอื่นๆ จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการเป็น ตัวเสริมแรง โดยข้อเท็จจริงแล้วการให้ข้อมูลย้อนกลับนั้นแฝงอยู่ในการใช้ตัวเสริมแรงอื่นๆ อยู่ด้วย เพราะการเสริมแรงด้วยตัวเสริมแรงต่างๆ จำเป็นต้องระบุให้บุคคลทราบว่า พฤติกรรมใดเหมาะสม หรือเป็นที่พึงปรารถนาและสมควรได้รับการเสริมแรง ดังนั้นไม่ว่าจะใช้อาหาร ตัวเสริมแรงทาง สังคม กิจกรรม หรือคะแนนก็ตาม บุคคลผู้รับจะต้องได้รับข้อมูลย้อนกลับก่อนเสมอว่าพฤติกรรม ของตนอยู่ในระดับดีหรือไม่เพียงใด อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลย้อนกลับตามลำพังก็สามารถใช้ เป็นตัวเสริมแรงได้ แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นข้อมูลย้อนกลับทางบวกจึงจะมีประสิทธิภาพในการเสริมแรง ซึ่ง ดร.บแมนและลาเฮย์ (Drabman & Lahey, 1974 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 203) ได้ใช้ข้อมูลย้อนกลับในเด็กอายุ 10 ขวบ แต่เพียงอย่างเดียว ปรากฏว่าได้ผลพอสมควร อาจ จะไม่ส่งผลเท่าที่ควรนอกจากดำเนินการร่วมกับตัวเสริมแรงอื่นๆ ดังนั้นถ้าต้องการที่จะให้การใช้ ข้อมูลย้อนกลับได้ผลดี ควรที่จะได้มีการใช้กับตัวเสริมแรงอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับตัวเสริมแรง ทางสังคม หรือเบี่ยงบรรณา จะทำให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 203) และมีหลักการในการใช้การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างมีประสิทธิภาพ

6.4.2.1 ควรให้ข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในทางบวก

6.4.2.2 ข้อมูลย้อนกลับที่ให้นั้นต้องชัดเจน และเป็นข้อมูลที่แท้จริงของ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น

6.4.2.3 ควรให้ข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการแสดงพฤติกรรม ที่พึงประสงค์

6.4.2.4 ควรให้ข้อมูลย้อนกลับในระยะเริ่มแรกต้องให้ข้อมูลย้อนกลับในทันที และเมื่อเกิดการเรียนรู้แล้ว จึงให้ข้อมูลย้อนกลับแบบยืดเวลา

6.4.2.5 ควรมีการบันทึกข้อมูลย้อนกลับไว้อย่างชัดเจนทุกครั้ง

6.4.2.6 ควรให้ข้อมูลย้อนกลับจะต้องเป็นบุคคลที่ถูกปรับพฤติกรรมเชื่อถือ และได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความตั้งใจและจริงใจในการให้ข้อมูลย้อนกลับ

6.4.2.7 ควรอธิบายให้บุคคลเห็นความสำคัญของข้อมูลย้อนกลับเพื่อที่ได้นำ

ไปปรับปรุงพฤติกรรมของตนให้ดีขึ้น

6.4.2.8 ให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับ กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองต้องการจะปรับปรุง

6.4.2.9 พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจากให้ข้อมูลย้อนกลับนั้นควรจะเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน

6.4.2.10 การให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรใช้ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกซึ่งในการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด มีการนำทฤษฎีการเสริมแรงบวกนำมาเพิ่มพฤติกรรมที่ไม่เสพยาบ้าตลอดช่วงการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ในระยะ Intensive phase ในระยะ 16 สัปดาห์แรก โปรแกรมการบำบัดจะใช้การเสริมแรงบวกทุกครั้งหลังการทำกลุ่มบำบัดในแต่ละครั้ง

6.4.3 การทำสัญญาเงื่อนไข (contingency contracts) การทำสัญญาเงื่อนไขเป็นการตกลงกัน ระหว่างผู้ที่ต้องการจะเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น เด็ก นักเรียน หรือคนใช้เป็นต้น โดยที่ข้อตกลงนั้นจะต้องมีการร่างเป็นสัญญาขึ้นมา พร้อมทั้งมีการเซ็นชื่อของผู้ที่ต้องการจะเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและของผู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย สัญญานั้นจะบอกถึงพฤติกรรมที่ต้องกระทำ และผลกรรมที่จะได้รับ ผลกรรมก็จะไปไปตามความต้องการของผู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนพฤติกรรมนั้นก็จะไปไปตามความต้องการของผู้ที่ต้องการจะเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาสิต, 2539, หน้า 206) โดย ทวิฟอร์ด (Twiford, 1984, p. 72-73) ได้กล่าวว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ ดังต่อไปนี้

6.4.3.1 ในสัญญาจะต้องระบุให้ชัดเจนว่า แต่ละฝ่ายจะต้องทำอะไร

6.4.3.2 พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสัญญา จะต้องเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้

6.4.3.3 ในสัญญาจะต้องระบุโทษที่จะได้รับ เมื่อไม่ปฏิบัติตามสัญญา

6.4.3.4 ระบุโบนัสที่จะได้รับถ้าพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นสม่ำเสมอเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควร

6.4.3.5 ระบุการให้การเสริมแรงให้ชัดเจน และอาจระบุถึงการทบทวนเงื่อนไขข้อตกลงใหม่ ถ้าเห็นว่าสมควรแก้ไข

ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด ได้นำแนวคิดทฤษฎีการทำสัญญาเงื่อนไขในการให้คำปรึกษารายบุคคล ครั้งที่ 1 และ 9 ในหัวข้อเรื่องข้อตกลงและยินยอมการรักษา ที่ผู้เข้ารับการบำบัดและญาติจะต้องทำสัญญาดตกลงในการปรับ

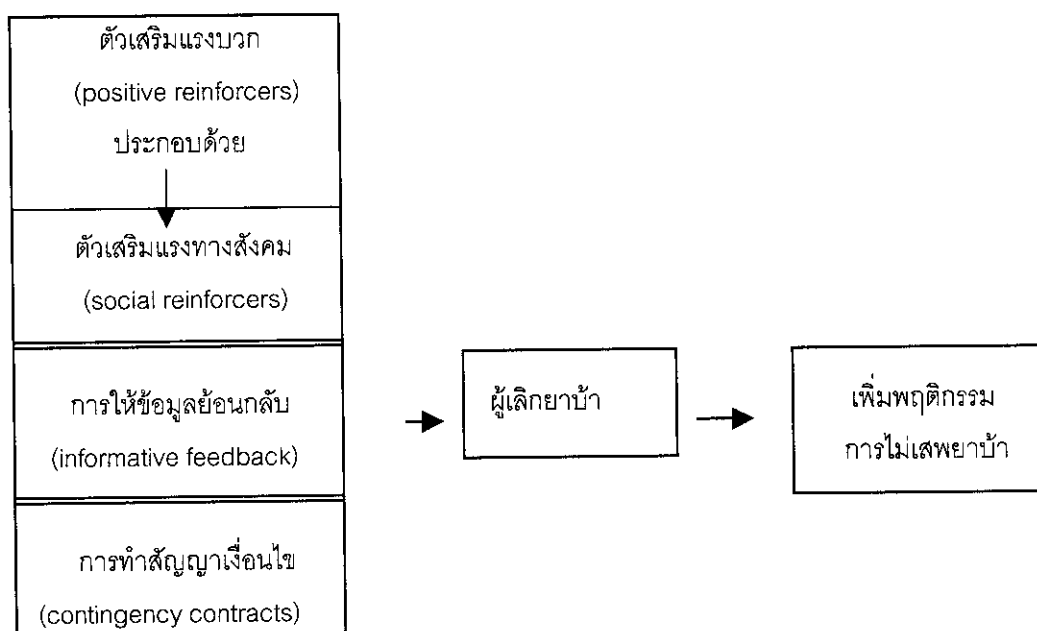
พฤติกรรมร่วมกันตลอดระยะเวลาการบำบัด โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ การเพิ่มพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้าของผู้ติดยาบ้า โดยแสดงตัวอย่างในภาพที่ 13

ข้อตกลงของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้รับการบำบัด (ช่วงกลาง)

ให้ดูว่าข้อต่อไปนี้อยู่ในข้อไหนที่ท่านจะช่วยเหลือผู้รับการบำบัด โดยให้ตกลงร่วมกันกับผู้รับการบำบัดและใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ท่านและผู้รับการบำบัดเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ในการเลิกยา

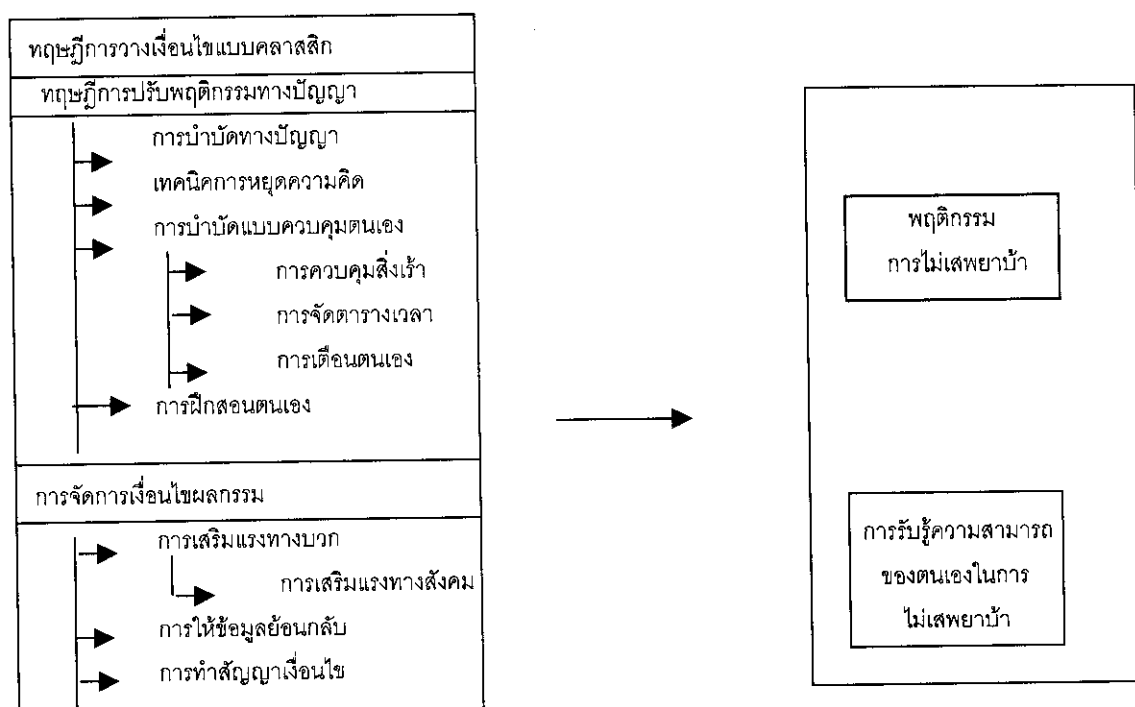
- 1. ข้าพเจ้าจะมีส่วนร่วมับกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำให้ผู้รับการบำบัดเลิกยาได้ ถึงจะยากลำบาก
- 2. ข้าพเจ้าจะช่วยผู้รับการบำบัดค้นหาการทำให้สิ่งใหม่ ในชีวิตและสถานที่ใหม่ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- 3. ข้าพเจ้าจะไปออกกำลังกายกับผู้รับการบำบัด
- 4. ข้าพเจ้าจะหลีกเลี่ยงจากผู้รับการบำบัดเมื่อข้าพเจ้าทนสภาพผู้รับการบำบัดไม่ได้ เพื่อที่จะควบคุมอารมณ์ของข้าพเจ้า
- 5. ข้าพเจ้าจะอดทนต่อสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด ซึ่งเกิดระหว่างการเลิกยา
- 6. ข้าพเจ้าจะรับฟังและพยายามเข้าใจถึงความยากลำบากในการเลิกยาของผู้รับการบำบัด
- 7. ข้าพเจ้าจะไม่สนใจคำขู่ที่จะเสพยาของผู้รับการบำบัด ผู้รับการบำบัดต้องตัดสินใจเลิกยาเองเพื่อความอยู่รอดของผู้รับการบำบัด
- 8. ข้าพเจ้าจะเลิกจับผิด ผู้รับการบำบัดว่าจะเสพยาอยู่ตลอดเวลา
- 9. ข้าพเจ้าจะทำกิจกรรมที่ทำให้ความสุขแก่ตัวข้าพเจ้าเองให้ได้ทุกวัน
- 10. ข้าพเจ้าจะทำทุกวิถีทางที่จะไม่ให้ผู้รับการบำบัด และข้าพเจ้ากลับไปใช้นิสัยเดิมที่ไม่ดีต่อกัน
- 11. ข้าพเจ้าจะเตือนใจเสมอว่าจะปรับปรุงนิสัยของข้าพเจ้าเองไม่ใช่นิสัยของผู้รับการบำบัด
- 12. ข้าพเจ้าจะหาความสุขด้วยความบันเทิงต่างๆ เพื่อเพิ่มความสดชื่นให้กับตนเอง และจะไม่คาดหวังว่า มีเพียงผู้รับการบำบัดเท่านั้นที่จะทำให้ข้าพเจ้ามีความสุข
- 13. ข้าพเจ้าจะเรียนรู้ทางอยู่ร่วมกับผู้รับการบำบัดที่มีอารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ ในระหว่างการเลิกยาและจะไม่วิตกกังวลว่าผู้รับการบำบัดจะกลับไปติดยาอีก

ภาพที่ 13 แสดงตัวอย่างของการทำสัญญาเงื่อนไข (กรมการแพทย์ และ กรมสุขภาพจิต, 2545)



ภาพที่ 14 แสดงการใช้การจัดการเงื่อนไขผลกรรมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้า

ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นแผนภาพของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้าและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้าดังภาพที่ 15



ภาพที่ 15 แสดงทฤษฎีที่ใช้ในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้า

ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กับ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย – จิต – สังคมบำบัด ซึ่งจะพบว่ามีให้นำทฤษฎีเข้ามาเป็นพื้นฐานของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสพยาบ้าให้ลดลง ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเสพยาบ้า ดังเช่น กายดิช (Guydish, 1987) ได้ศึกษาการควบคุมตนเองในนักเรียนชาย ในวิทยาลัยที่ดื่มสุราหนัก โดยการใช้การฝึกการควบคุมตนเองร่วมกับการอ่านคู่มือช่วยตนเอง และภายหลังจากการทดลองพบว่า นักเรียนที่ได้รับการฝึกการควบคุมตนเองและอ่านคู่มือช่วยตนเอง (self – help manual) จะประสบความสำเร็จในลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งในประเทศไทยก็มีการศึกษาวิจัยที่นำบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดไว้หลายท่านดังนี้ จงรักษ์ อินทร์เสวก (2539) ได้ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อเพิ่มระดับการควบคุมตนเองและพฤติกรรมการเสพยาบ้าของผู้ติดยาอื่นของผู้เข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการถอนพิษยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองต่ำ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีการควบคุมตนเองสูงขึ้น และประสบความสำเร็จจากการลดพฤติกรรมการเสพยาบ้าสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ดวงเรือง (2540) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้การควบคุมตนเองกับการใช้สัญญาเงื่อนไขเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน 5 เดือน ถึง 1 ปี มีปริมาณการสูบบุหรี่ 5-10 มวนต่อวัน และมีความต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้การควบคุมตนเอง และกลุ่มที่ 2 ใช้สัญญาเงื่อนไข ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 ภายหลังการใช้การควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง กลุ่มทดลองที่ 2 ภายหลังการใช้สัญญาเงื่อนไข มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (percieved self – efficacy) กับ การติดยาเสพติด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (percieved self-efficacy) คือ การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่

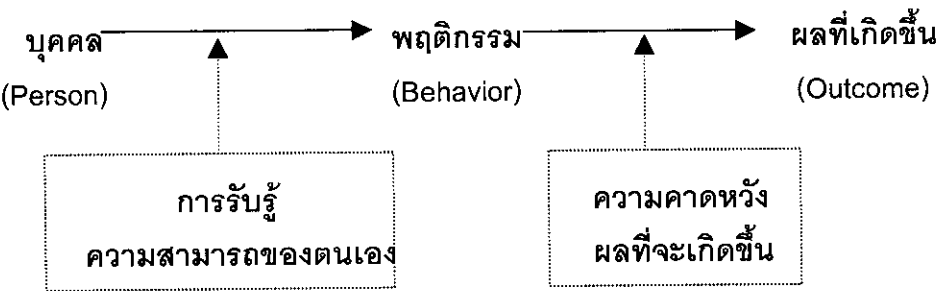
กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถมีผลต่อการกระทำของบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกใน ทัศนภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคน คนเดียวกันก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะ แสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน และความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่น ตามสภาพการณ์ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ มิได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะ นั้นๆ ได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ (Bandura, 1986, อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีผลต่อประสิทธิภาพการแสดงออก คือถ้าเรามีการ รับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่ามีตนเองมีความ สามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้บุคคลมีการ รวบรวมแรงจูงใจ วิธีการคิดและแนวทางในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อควบคุมให้ เป็นไปตามที่ต้องการ (Bandura, cited in Maddux, 1995)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กับความสามารถของบุคคล และได้ก่อให้เกิดการศึกษาวิจัยด้านจิตวิทยา จิตวิทยาสังคม และ จิตวิทยาบุคลิกภาพ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จุดสำคัญของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ที่ การเริ่มต้นและการคงอยู่ของพฤติกรรม โดยใช้การตัดสินใจในความสามารถของบุคคลที่จะใช้ทักษะ ต่างๆ ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้ประสบความสำเร็จ เป็นตัวแปรที่กำหนดการกระทำ พฤติกรรมของบุคคล (Maddux, อ้างถึงใน ดารณี สืบจากดี, 2540)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) มีความแตกต่างกับความ คาดหวังผลที่เกิดขึ้น (outcome expectancies) คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการ ตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวัง เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่ง จะสามารถแสดงผลความสัมพันธ์ดังภาพที่ 16 (Bandura, 1977)



ภาพที่ 16 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977)

ตัวอย่างความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผล เช่นที่ นักกีฬามีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการเชื่อในความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล ความพึงพอใจของตนเองเป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งถ้าตัวแปรทั้งสองอย่างสอดคล้องก็จะส่งผลที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากยิ่งขึ้น (Bandura, 1986 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพที่ 17 (Bandura , 1977)

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตน	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 17 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977)

จากภาพที่ 17 จะเห็นว่าได้ว่าถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นสูงด้วย บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมนั้นแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดด้านหนึ่งสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น แสดงว่าตัวแปรที่สำคัญในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรม และจากการศึกษาต่างๆ พบว่าการรับรู้ความ

สามารถของตน จะทำนายการกระทำได้ดีกว่าความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น เช่น พฤติกรรม กล้าแสดงออก พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการขาย ความสามารถทางการกีฬา ความอดทนต่อความเจ็บปวด (Bandura, 1986 อ้างถึงใน ดารณี สืบจากดี, 2540)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัยคือ (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

1. การกระทำหรือประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จ (performance accomplishments / mastery experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ การที่บุคคลได้ลงมือแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ แม้ในระยะแรกอาจจะพบความล้มเหลวบ้าง แต่เมื่อพยายามต่อไปและกระทำจนผลสำเร็จได้บ่อยๆ ก็จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ และบุคคลจะเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ สำหรับบุคคลที่ประสบความล้มเหลวซ้ำๆ ในการแสดงพฤติกรรม จะมีผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่ เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่ตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่พยายามจะหยุดสูบบุหรี่ 1 วัน แต่ทำไม่สำเร็จก็อาจจะเกิดความสงสัยว่เขาสามารถจะหยุดสูบบุหรี่ในวันต่อๆ ไปได้หรือไม่ และในทางกลับกันผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ตลอดวัน จะมีการรับรู้ความสามารถของตนที่จะไม่สูบบุหรี่ในวันต่อมาเพิ่มมากขึ้น

วิธีการที่ใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การได้ลงมือแสดงพฤติกรรม จริงและความสำเร็จ การฝึกปฏิบัติในหลักสูตรหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการฝึกทักษะ การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก การสอนให้แสดงพฤติกรรม (self-instructed performance) การใช้ตัวแบบที่มีส่วนร่วม (participant modeling) การลดความรู้สึกโดยการกระทำ (performance desensitization) การเปิดโอกาสให้ลงมือกระทำ (performance exposure) และอื่นๆ ดังนั้น ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่ เขามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้น การฝึกจะช่วยให้บุคคลสะสมความสามารถของตนเองและช่วยให้บุคคลสามารถที่จะใช้ทักษะนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การมีทักษะที่พร้อมจะนำมาใช้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ตนเองมีความสามารถ

2. การใช้ตัวแบบหรือการเห็นตัวแบบได้รับรางวัล (modeling / vicarious experience) การที่ได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้นได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้แบบที่มีลักษณะคล้ายกับตัวเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

วิธีการที่ใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ การใช้ตัวแบบ (role modeling) ซึ่งอาจจะเป็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live modeling) หรือตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic modeling) ซึ่งมาจากภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ หรือหนังสือต่างๆ

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยประสบผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะเข้าร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

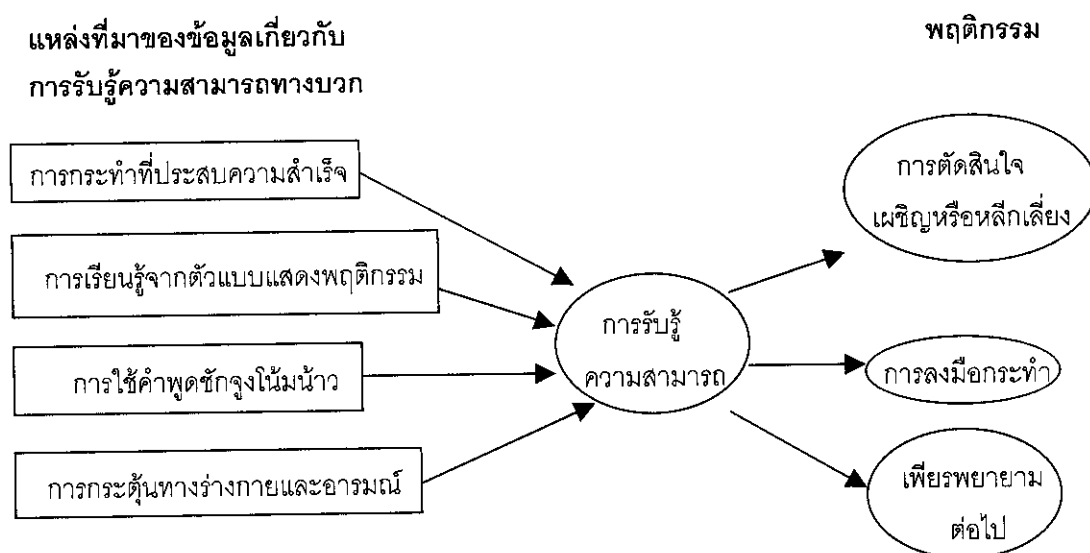
วิธีการที่ใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ การแนะนำ (suggestion) การสอนตนเอง (self-instruction) การชักจูงให้ค่อยตาม (exhortation) การบำบัดที่ใช้การแปลความหมาย (interpretive treatments) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การให้กำลังใจ การกระตุ้นให้ทำพฤติกรรม และอื่นๆ

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physical and emotional arousal) สภาพะทางร่างกายและอารมณ์มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล การถูกกระตุ้นทางร่างกายที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ อาจจะส่งผลให้บุคคลเกิดความสงสัยในความสามารถของตน ได้มากกว่า สภาพะทางร่างกายที่เป็นกลางหรือเกิดความพึงพอใจ ความรู้สึกสบายทางกายเป็นส่วนหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตน ที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ การถูกกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะทำให้หันไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความ

ล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

วิธีการที่ใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ กระบวนการให้เหตุผล (attributional processes) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) หรือการฝึกเทคนิคจัดการกับความเครียด (stress) การเปิดโอกาสให้ใช้สัญลักษณ์ในการระบายออกและการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ การบอกตัวเอง (self-talk) ฝึกสมาธิ การหยุดความคิด และอื่นๆ

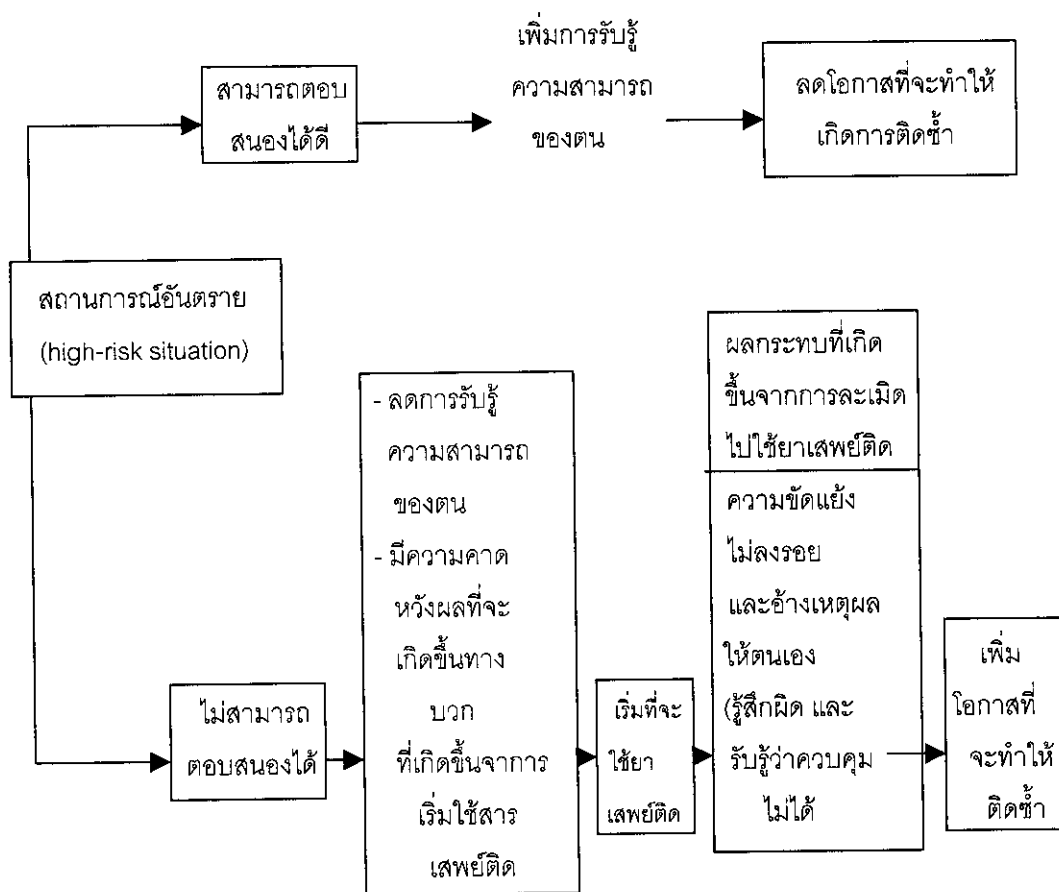
ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ อาจจะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งมากกว่าวิธีการอื่นๆ ก็ได้ แต่ควรจะใช้วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน จากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้สามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Betz, 1992) ซึ่งสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 18



ภาพที่ 18 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถตามทฤษฎีของเบนดูรา(Betz, 1992)

การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการติดยาเสพติด

การนำเอาการรับรู้ความสามารถของตน มาใช้กับพฤติกรรมการติดยาเสพติดที่ชัดเจนที่สุด ก็คือ ปัญหาการติดซ้ำ ในความพยายามที่จะปรับพฤติกรรมการติดยาเสพติดนั้น บุคคลมักจะไม่สามารถประสบความสำเร็จ แม้ว่าเขาจะผ่านโปรแกรมการบำบัดที่ยาวนานและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายไปมากก็ตาม อย่างเช่น ผู้ติดยาหรือ ผู้ติดยาเสพติด จะเห็นได้จากรูปแบบการติดซ้ำ (ดังแสดงไว้ในภาพที่ 19) ของมาร์แลตและกอร์ดอน (Mariatt and Gordon, 1985 cited in Beck et al., 1993)



ภาพที่ 19 แสดงบทบาทของการรับรู้ความสามารถของตนในรูปแบบการติดซ้ำของ

มาร์เลต และกอร์ดอน (Marlatt and Gordon, 1985 cited in Beck et al., 1993)

การรับรู้ได้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตน เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการที่มีความซับซ้อน ที่ได้รวมเอาความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น ความเชื่อมั่นในคุณสมบัติของตนเอง และความคาดหวังผลทางร่างกายจากการใช้สารเสพติดหรือพฤติกรรมที่กระทำไว้ด้วย การรับรู้ความสามารถของตนจะมีความสำคัญที่นำไปสู่การติดซ้ำ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล หรือแรงกดดันทางสังคมให้ดื่มสุราหรือใช้ยาบ้า บุคคลอาจจะแสดงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นได้สำเร็จหรือล้มเหลวก็ได้ การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะเพิ่มขึ้น เมื่อแสดงพฤติกรรมในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้สำเร็จ และจะลดลงเมื่อพบกับความล้มเหลว และเมื่อการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ลดลง ก็จะทำให้มีโอกาสดังกล่าวได้มาก ซึ่งมาร์เลต และกอร์ดอน ได้กำหนดให้การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงนั้นๆ สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ ในการแก้ไขพฤติกรรมการติดยาเสพติดของบุคคลดังที่จะแสดง

ในเห็นในภาพที่ 19

ความหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญในการกำหนดว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ สำหรับผู้เลิกยาเสพติดแล้วความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น สามารถส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบ ความคาดหวังผลทางบวกที่จะได้จากการละเว้นการใช้ยาเสพติด ได้แก่ การเลิกยาเสพติดได้ตลอดไป จะส่งผลให้บุคคลปราศจากยาเสพติดในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น ส่วนความคาดหวังผลทางลบจากการใช้ยาเสพติด ได้แก่ ความเคลิบเคลิ้ม การลดความกังวล จะทำให้บุคคลพลาดไปใช้ยาเสพติดได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นไปใช้ยาเสพติดต่อไป และอาจเกิดการติดซ้ำได้ในเวลาต่อมา นอกจากนี้ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นยังเกี่ยวข้องกับทักษะที่บุคคลมีอยู่ และการรับรู้ความสามารถของตนอีกด้วย ถ้าหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับต่ำและมีทักษะที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลที่จะได้รับการใช้ยาเสพติดไปในทางบวก เช่น ความเคลิบเคลิ้ม การลดความกังวล เป็นต้น และบุคคลก็จะใช้ยาเสพติดต่อไป

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการติดยาเสพติด

บทบาทของการรับรู้ความสามารถของตน ที่มีต่อพฤติกรรมการติดยาเสพติดนั้น มีหลายด้านด้วยกัน ซึ่งจะมีการประเมินความสามารถของบุคคลต่างชนิดกันไป พฤติกรรมเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินสามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเภทดังนี้ (Maddux, 1995; Piotrowski, 1992)

1. การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการ (perceived coping self-efficacy) จะเน้นที่การประสบความสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงบางอย่าง เช่น การมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกกับเพื่อนๆ หรือการพูดคุยกับบุคคลบางคนขณะที่อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เป็นทุกข์แทนการแสดงพฤติกรรมการติดยาเสพติด เป็นต้น
2. การรับรู้ความสามารถของตนในการใช้พฤติกรรมบำบัด (treatment behavior self-efficacy) เป็นการทำให้ผู้มารับบริการมีความสามารถที่จะพฤติกรรมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการบำบัด เช่น การเตือนตนเอง (self-monitoring) การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) เป็นต้น
3. การรับรู้ความสามารถของตนในการฟื้นสภาพ (recovery self-efficacy) เป็นการให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล ที่จะฟื้นสภาพจากการกลับไปมีพฤติกรรมการติดยาเสพติดนั้นๆ เป็นครั้งคราวได้
4. การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุม (control self-efficacy) เป็นการเน้นที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล ที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ เช่น ความสามารถที่จะต้านทานต่อภาวะที่มากกระตุ้น โดยควบคุมการดื่มสุราในสถานการณ์เสี่ยงไม่ให้ดื่มมากเกินไป เป็นต้น

5. การรับรู้ความสามารถของตนที่จะละเว้นการแสดงพฤติกรรม (abstinence self-efficacy) เป็นการให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถของตน ที่จะละเว้นการกระทำ พฤติกรรมการติดยาเสพติดต่างๆ ในสถานการณ์ที่เปิดโอกาส หรือเป็นชนวนให้กระทำพฤติกรรม นั้นๆ ได้

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดยาเสพติดนั้น จะต้องให้ความสำคัญแก่การกำหนดพฤติกรรมการเสพติดที่เฉพาะเจาะจง เช่น การติดยาเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น เพราะพฤติกรรมเหล่านี้จะมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพ การยอมรับทางสังคม และความหมายส่วนบุคคล ดังนั้น การบำบัดแก้ไขพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรม ควรที่จะมีคุณลักษณะเฉพาะ และการประเมินพฤติกรรมเหล่านี้ ก็ควรมีลักษณะเฉพาะของแต่ละ พฤติกรรมด้วยเช่นกัน

การรับรู้ความสามารถของตน เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และมีความสำคัญในการวิเคราะห์ถึงภาวะการติดซ้ำ เพราะจะทำนายได้ถึงความพร้อมของบุคคล ในการใช้ทักษะต่างๆ จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะมีผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ทักษะต่างๆ ที่มีอยู่ และอาจจะเป็นการเพิ่มความ คาดหวังว่าจะประสบความล้มเหลวในอนาคตได้ และเพิ่มโอกาสในการใช้ยาเสพติดต่อไป หลังจากที่มีการพลาดไปใช้ยาเสพติดเพียงครั้งเดียว ได้มีการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการติดซ้ำ และผลทางบวกที่จะเกิดกับผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนสูง ดังนั้น วิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมก็สามารถจะเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้ อย่างไรก็ตามควรจะมีการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนไปพร้อมๆ กับการเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงด้วย เพราะไม่เช่นนั้นแล้ว ผู้ที่มารับบริการอาจจะมีรับรู้ในความสามารถของตนเองที่ไม่สอดคล้อง กับความสามารถที่มีอยู่จริง

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ลีและบอบโก (Lee & Bobko, 1994 cited in Bandura, 1977) ได้รวบรวมการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามทฤษฎีของ แบนดูรา พบว่ามี 4 วิธี ดังนี้

1. การวัดความเข้มหรือความมั่นใจ (self – efficacy strength) เป็นวิธีการที่นำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด ทำได้โดยการถามผู้ตอบถึงความมั่นใจว่า สามารถปฏิบัติงานที่มีความยากเพิ่มขึ้นได้เพียงใด โดยให้ประเมินความมั่นใจจาก ไม่มีความมั่นใจเลย (0) จนถึงมั่นใจเต็มที่ (100)

2. การวัดระดับความยาก (self – efficacy mangnitude) เป็นวิธีที่นิยมรองลงมา โดยใช้คำถามเช่นเดียวกับการวัดแบบแรก แต่คำตอบจะเป็นแบบใช่ – ไม่ใช่ (yes-no scale) หากตอบใช่ (yes) จะได้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ (no) จะได้ 0 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีคะแนนรวมมากกว่า จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่า

3. การวัดแบบผสม โดยการใช้การวัดแบบที่หนึ่งและสองผสมกัน ซึ่งข้อคำถามเป็นข้อเดียวกันและการตอบจะมีสองลักษณะ คือความเข้มหรือความมั่นใจและระดับความยาก

4. การวัดความเข้มหรือความมั่นใจต่องานที่กำหนด โดยการให้ตอบคำถามเพียงข้อเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนดให้ทำ แล้วให้ประเมินถึงความมั่นใจถึงความสำเร็จในการทำงานนั้นๆ

จากการวัดการรับรู้ความสามารถของตนทั้ง 4 แบบข้างต้นแล้ว แบนดูรา (Bandura, 1977, pp. 43-44) ยังกล่าวอีกว่าในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในรูปแบบมาตรฐาน มีการวัด 2 รูปแบบคือ 1) การวัดถึงระดับความเข้มหรือระดับความยากของสถานการณ์นั้นๆ โดยเรียงลำดับสถานการณ์ให้มีระดับความยากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แล้วให้บุคคลตอบถึงระดับความมั่นใจ (0-100 คะแนน) 2) การใช้สถานการณ์ต่างๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ แล้วนำมาสร้างข้อคำถาม แล้วให้บุคคลตอบถึงระดับความมั่นใจในข้อคำถามเหล่านั้น

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพยาเสพติด แล้วถามถึงระดับการกระตุ้นหรือส่อใจ ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการเสพยาบ้า และในข้อคำถามเดียวกันถามถึงระดับความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้า โดยมีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 1- 5 จากไม่มีความมั่นใจเลยได้ (1) จนถึง มั่นใจมากที่สุด (5)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาเสพติด

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อนำมาพัฒนาพฤติกรรมการเสพยาเสพติดชนิดต่างเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเสพยาเฮโรอีนเพื่อลดพฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าว อาทิเช่น บุญสิทธิ์ ไชยชนะ (2543, หน้า 15) ได้ทำการศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน ที่มีอายุระหว่าง 19-70 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องให้ความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เริ่มจากการวางแผนและกำหนดวันเริ่มเลิกสูบบุหรี่ โดยไม่มีผู้เชี่ยวชาญเข้ามาคอยช่วยเหลือแต่อย่างใด โดยผู้วิจัยจะทำการวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะให้เป็นตัวชี้วัดถึงความสำเร็จหรือการล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่ และจะทำการ

ประเมินการเลิกสูบบุหรี่เป็น 3 ระยะ คือ หลังการเลิกสูบบุหรี่ 1 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ส่วนการประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่จะทำการประเมิน 2 ระยะคือ ก่อนเริ่มเลิกสูบบุหรี่ และหลังเวลาผ่านไป 12 เดือน จากผลการศึกษาหลังเวลาผ่านไป 12 เดือนพบว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้มีจำนวน 44 คน ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อแต่ไม่ได้เพิ่มปริมาณการสูบจำนวน 24 คน ผู้ที่มีปริมาณการสูบที่รุนแรงกว่าเดิมจำนวน 102 คน และผู้ที่ไม่แน่ใจในสถานภาพการสูบหรือของตนเองอีก 12 คน และจากการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นกว่าครั้งแรก ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อแต่ไม่เพิ่มปริมาณการสูบ จะมียกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำกว่าการวัดครั้งแรก ส่วนผู้ที่มีการสูบที่รุนแรงกว่าเดิม จะมียกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งในส่วนของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มิงานวิจัยของ แคนเทรล (Cantrell, 1993, อ้างถึงในบุญสิทธิ์ ไชยชนะ, 2543) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผลของโปรแกรมป้องกันการเสพซ้ำและการรับรู้ความสามารถของตน โดยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 43 คน เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และภายหลังจากการทดลองจึงได้ทำการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งก็มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องแบบวัด alcohol abstinence self-efficacy (AASE) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ โดยให้ผู้ตอบรายงานตนเองเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตน ตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่นำมาใช้กับการละเว้นการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนจะถูกนำมาใช้เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ความพยายาม และการกระทำที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 266 คน เป็นชาย 174 คน หญิง 92 คน อายุระหว่าง 18-62 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ความสามารถของบุคคลที่จะละเว้นการดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆ ที่มีความเสี่ยงสูง 20 สถานการณ์ โดยประเมินระดับได้ 5 ระดับ และมีการประเมินภาวะกระตุ้นล่อใจให้ไปดื่มสุรจากสถานการณ์เดียวกัน ไปพร้อมกันด้วย จากการศึกษาพบว่า AASE มีความเชื่อมั่นและมีความเที่ยงตรงในองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ ภาวะอารมณ์ทางลบ แรงกดดันทางบวกจากสังคม ภาวะทางร่างกายและสิ่งกังวลใจ และอาการถอนยาและภาวะกระตุ้นล่อใจ

และในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองกับผู้เสพเฮโรอีน ไรลีย์ (Reilly, 1995, p. 995) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ที่บำบัดรักษา

เฮโรอีน ในขั้นการถอนพิษยาด้วยการใช้สารเมธาโดนเป็นสารทดแทน พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลงในระดับปานกลาง รวมทั้งยังมีการใช้เมธาโดนทดแทนในอัตราที่น้อยลงด้วย นอกจากนี้ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดระหว่างการรักษา ยังเป็นตัวทำนายปริมาณการเสพยาเสพติดในระยะวิกฤตในระยะการใช้โปรแกรมด้วย ซึ่งผลจะสอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศไทยของ ดารณี สืบจากดี (2540) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกการป้องกันการติดยาที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่จะละเว้นการใช้ยาเสพติดในผู้เสพยาเสพติด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เสพยาเสพติดประเภท เฮโรอีน ที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดประเวศ (บ้านพิชิตใจ) จำนวน 18 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองค่อนข้างต่ำ ซึ่งที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 56-78 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 12 ครั้ง จากผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการป้องกันการติดยาเสพติด มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะละเว้นการใช้ยาเสพติด สูงกว่าก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในปีต่อมา ศศิธร พรไพรินทร์ (2541) ศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาเสพติด ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูรา ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติด ความคาดหวังของผลในการเลิกเสพยาเสพติด ของผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เพศชาย อายุ 15-60 ปี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเลิกเสพยาเสพติด ด้วยการเห็นประสบการณ์ผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นสภาพทางสรีระวิทยาใช้เวลาในการทดลอง 11 วัน ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดรักษาตามแบบแผนการรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จากผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดและมีความคาดหวังในผลการเลิกเสพยาเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

การประเมินพฤติกรรม (behavioral assessment)

สิ่งสำคัญประการแรกในการปรับพฤติกรรม คือ การประเมินพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมนี้ จะช่วยวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ ของตัวแปรต่างๆ ในสภาพแวดล้อม และสภาวะของอินทรีย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมที่

บุคคลแสดงออก ซึ่งผลที่ได้จากการวิเคราะห์พฤติกรรมนี้เองจะช่วยให้สามารถกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เหมาะสม และเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายดังกล่าว (Linehan, 1977 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 61)

วิธีการประเมินพฤติกรรม (methods of behavioral assessment) วิธีการประเมินพฤติกรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ด้วยกัน (Cone, 1978 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) ได้แก่

1. วิธีการประเมินโดยตรง (direct methods of assessment) ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-monitoring)
 - 1.2 การวัดทางสรีระ (physiological measures)
 - 1.3 วิธีการประเมินทางอ้อม (physiological measures)
2. การสัมภาษณ์ (interview)
 - 2.1 การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (information from other people)
 - 2.2 การรายงานตนเอง (self report)

ในรายงานวิจัยฉบับนี้ จะกล่าวถึงเพียงแต่การประเมินพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเท่านั้นดังนี้คือ

วิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรง (direct methods of assessment)

เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในกลุ่มนักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยม เนื่องจากวิธีการประเมินโดยตรงนี้ จะทำให้เราสามารถบอกถึงลักษณะของพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ

1. การสังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-monitoring)

แม้ว่าการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยบุคคลอื่นที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีนั้น จะเป็นวิธีการหลักในการประเมินพฤติกรรมก็ตาม นักปรับพฤติกรรมพบว่า มีพฤติกรรมอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถสังเกตและบันทึกได้โดยบุคคลอื่น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าบางพฤติกรรมนั้นเกิดในช่วงเวลาที่ผู้สังเกตไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ขณะนั้น หรืออาจเป็นเพราะพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมส่วนตัว ที่ผู้สังเกตจะไม่มีทางที่จะเข้าไปสังเกตได้เลย เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การขโมยของ การสะสมชุดชั้นในของเพศตรงข้าม และการเสพยาเสพติด เป็นต้นนอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอีกลักษณะหนึ่งที่ผู้อื่นไม่สามารถที่จะสังเกตได้เลย คือ พฤติกรรมภายใน (covert behavior) เช่น การปวดศีรษะ การคิดฆ่าตัวตาย การคิดที่จะข่มขืนผู้อื่น หรือการคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมภายในเหล่านี้ ถ้าผู้กระทำไม่รายงานให้ทราบก็จะมีใครได้รู้เลยว่ามีอะไรเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้น จนกว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะแสดงออกมาในรูปของ

พฤติกรรมภายนอก ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาที่รุนแรงขึ้นแล้วก็ได้ ดังนั้นนักปรับพฤติกรรมจึงมีความคิดว่าน่าจะให้ผู้กระทำพฤติกรรมเป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง ซึ่งเรียกว่าการเตือนตนเอง (self-monitoring) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีหลายประการดังนี้ ได้แก่

1.1 เป็นการเปลี่ยนความรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล และการปรับพฤติกรรมไปให้แก่ผู้ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของนักปรับพฤติกรรมแต่เพียงผู้เดียว ผู้ถูกปรับพฤติกรรมก็ได้ใช้ความพยายามมากขึ้น โอกาสที่โปรแกรมการปรับพฤติกรรมจะประสบความสำเร็จก็ย่อมจะมีมากขึ้นด้วย

1.2 การให้ผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมนั้นเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองว่า เป็นอย่างไรมีผลกระทบต่อใครบ้างความตระหนักในตนเองนี้เองก็จะช่วยให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป

1.3 การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้นถ้าได้รับการฝึกจนเกิดความเคยชินแล้วก็อาจสามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้อยู่สถานการณ์ที่เหมาะสมได้

2. ผลงานศึกษาวิจัยถึงผลที่เกิดจากการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง

2.1 ผลที่เกิดจากการสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตนเองสังเกตและบันทึกอยู่ ซึ่งพบว่าบางครั้งการสังเกตและบันทึกการเกิดและไม่เกิดพฤติกรรมที่ตนเองบันทึกอยู่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับหรือความถี่ของพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้เป็นผลจากปฏิริยาการสนองตอบต่อข้อมูลที่บันทึกได้นั่นเอง แต่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นในทุกรายไป จึงได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อปฏิริยาการสนองตอบต่อข้อมูลที่บันทึกได้ Nelson (1977, อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้คนเราเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเห็นข้อมูลที่ตนเองบันทึกไว้นั้น คือ แรงจูงใจหรือความต้องการของบุคคลที่อยากจะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองนั่นเอง ไม่ว่าข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกนั้นจะเป็นข้อมูลทางบวกหรือทางลบก็ตาม การบันทึกไม่ว่าจะเป็นการบันทึกทันทีหรือบันทึกทุกคืนก่อนนอน และไม่ว่าเครื่องมือในการบันทึกจะเป็นแบบใดก็ตาม ถ้าคนเรามีแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองแล้ว ข้อมูลที่ได้ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นทันที

2.2 ความแม่นยำในการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเองซึ่งการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ตนเองนั้นอาจจะมีปัญหาในเรื่องของความแม่นยำในการสังเกตและบันทึกได้ เนื่องจากพฤติกรรมบางอย่างอาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้สังเกตไม่ทันระวังตัวเนื่องจากความเคยชิน หรือกระทำจนเป็นนิสัยและนอกจากนี้ก็อาจเกิดขึ้นจากความลำเอียงของตนเองได้ แต่ก็มีข้อมูลที่น่าสนใจว่าความแม่นยำในการสังเกตนั้นอาจไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิริยาการสนองตอบ

เนื่องจากการสังเกต และบันทึกตนเองอาจนำไปสู่ปฏิริยาสนองตอบต่อพฤติกรรมที่ตนเองกำลังสังเกตและบันทึกอยู่ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น นักปรับพฤติกรรมที่จะต้องตระหนักว่าจะใช้การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเองเพื่อเป้าหมายใด เพราะถ้าจะใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมของบุคคลก่อนดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแล้ว อาจจะเป็นการใช้ที่ไม่เหมาะสมนัก เพราะอาจจะเกิดปฏิริยาการตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ แต่ถ้านำเอาการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเองมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปฏิริยาตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ ก็อาจจะเป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมได้ แม้ว่าเราจะไม่รู้ถึงปัจจัยทั้งหมดที่ส่งผลต่อปฏิริยาการสนองตอบของบุคคลต่อข้อมูลที่บันทึกได้ก็ตาม อย่างไรก็ตามการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองมีประโยชน์อย่างมากในการประเมินและการใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน (baseline) หรือข้อมูลก่อนการดำเนินการปรับพฤติกรรม

วิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้นไม่มีอะไรที่สลับซับซ้อน ทำเหมือนกับการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยบุคคลอื่นทุกประการ ยกเว้นแต่ผู้กระทำพฤติกรรมจะเป็นผู้สังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเองเท่านั้น ดังนั้นจึงอาจจะบันทึกแบบความถี่ได้ เช่น การบันทึกจำนวนครั้งของการคิดถึงตนเองในทางลบ หรือจำนวนครั้งของการเข้าชั้นเรียนสาย เป็นต้น นอกจากนั้นอาจบันทึกความยาวนานของกาลเวลา เช่น บันทึกว่าตนเองใช้โทรศัพท์วันละกี่นาที อ่านหนังสือวันละกี่นาที เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกก็อาจจะใช้แค่ฟอร์มบันทึกพฤติกรรมกับดินสอก็ได้ แต่ถ้าเป็นการบันทึกเกี่ยวกับเวลา ก็น่าจะมีการใช้การจับเวลาเพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำกว่าที่จะดูเวลาจากนาฬิกาข้อมือหรือนาฬิกาแขวนทั่วๆ ไป แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีได้ก้าวหน้าไปมาเพราะว่าเดี๋ยวนี้มีนาฬิกาบางเรือนสามารถใช้เครื่องมือนับจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมจับเวลาได้ และอาจบันทึกอุณหภูมิของร่างกายได้อีกด้วย ซึ่งนับว่าสะดวกอย่างมากในการนำมาใช้บันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะมีการบันทึกพฤติกรรมการเสพยาบ้าลงในตารางบันทึกพฤติกรรมการเสพยาบ้าในแต่ละวันในระยะทดลองและระยะติดตามผล และบันทึกพฤติกรรมการเสพยาบ้า ในระยะ 4 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง เป็นจำนวนครั้งเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเสพยาบ้าของระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง และระยะหลังการทดลองของผู้ติดยาบ้าเป็นรายบุคคล