

คู่มือ

การเรียนการสอน
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด



โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ

การเรียนรู้การสอน

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด



โรงพยาบาลรณรงค์รักษ์ขอนแก่น
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**คู่มือ การเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด**

จัดพิมพ์โดย	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ เลขที่ 775 หมู่ที่ 19 ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043-424500-2 โทรสาร 043-424507 เบอร์มือถือ – อีเมลล์ – เว็บไซต์ www.tyrkk.go.th
คณะกรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นายแพทย์ชาญชัย จงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
บรรณาธิการ	นางโสภิตา ดาวสดใส
ISBN	978-616-11-4744-0
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2564
จำนวน	250 เล่ม
พิมพ์	นางสาวแดงบุหงา อินทร์ชูวงศ์
พิมพ์ที่	บริษัท ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา จำกัด 158 – 162 ถนนเทพารักษ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

คำนำ

สรุปเนื้อหาการเรียนการสอนหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด (Certificate Program of Nursing Specialty in People with Drug and Substance Use Disorders) ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการเรียนการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด (4 เดือน) ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้จัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมอบรมให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด โดยมีเป้าหมายให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ถึงระบบบริการสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาการพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างเป็นองค์รวม

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่ร่วมมือ ร่วมใจกัน เตรียมเนื้อหาประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้เรียน และเป็นแนวทางในการใช้ประกอบการทำงานเมื่อจบการศึกษา ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ท่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยสนับสนุนชี้แนะการจัดการเรียนการสอนให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น และเป็นข้อมูลสำหรับการจัดการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพในรุ่นต่อไป

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

ภารกิจด้านการพยาบาล

10 สิงหาคม 2564

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข-ค
1. วิชานโยบายและระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาและสารเสพติด	1
การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด	1
2. วิชาประเมินภาวะสุขภาพของผู้ติดยาและสารเสพติด	7
1. การคัดกรองปัญหาการติดยา	7
2. การประเมินและเฝ้าระวังภาวะถอนพิษยา	11
3. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์	15
4. วิชาการประเมินภาวะสุขภาพผู้ติดยาและสารเสพติด	21
5. วิชาการประเมินภาวะสุขภาพผู้ติดยาและสารเสพติด	31
6. แนวคิดสำคัญในการตรวจสุขภาพจิต	44
3. วิชาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ติดยาและสารเสพติด	47
1. การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด	47
2. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ในผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดและบทบาทของพยาบาล	58
3. การบำบัดครอบครัวโดยใช้แนวคิดซาเลียร์	68
4. จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)	76
5. โปรแกรมเมทริกซ์ (Matrix Program)	81
6. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)	86
7. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)	89
8. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในชุมชน	97
9. ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)	105
10. การปรับความคิดและพฤติกรรม (COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY)	111
11. แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับครอบครัวและการประเมินครอบครัว	121

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
4. วิชาการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุและสารเสพติด	136
1. เทคนิคที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด, แนวคิดทฤษฎีระดับวิทยา	136
2. เทคนิคที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด, ทักษะชีวิตและสุขภาพจิต	147
3. การพยาบาลผู้ติดสุราระยะถอนพิษ	153
4. การพยาบาลผู้ติดสารกดประสาท	159
5. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI)	168
6. การพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดในระยะวิกฤตฉุกเฉินและเฉียบพลัน	182
7. แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน เทคนิคที่สำคัญต่างๆในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุและสารเสพติด	191
5. วิชาสัมมนาทางการพยาบาลในประเด็นคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสารเสพติด	223
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสัมมนา	223
2. เครื่องมือและการเลือกใช้สถิติในการวิจัย	230

1

วิสัยทัศน์และระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ไข้ยาและสารเสพติด การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด

นางจันทร์เพ็ญ มูลศรี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. สถานพยาบาลสามารถวางแผนการรับผู้ติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้รับผิดชอบมีความรู้และเข้าใจขั้นตอนการรับการนิเทศ
3. สามารถบริหารจัดการรับการนิเทศตามเวลาที่กำหนด
4. เพื่อมีความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดสามารถนำไปประยุกต์ในการพัฒนาคุณภาพงานในคลินิกยาเสพติดของหน่วยงาน

เนื้อหา

HA คืออะไร HA คือการกระตุ้นให้โรงพยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสมโดยอาศัยการประเมินและรับรอง

HA กระตุ้นให้เกิด การประสานแนวคิดของการบริหารจัดการที่ดี การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เข้ากับการพัฒนาคุณภาพ โดยมีการทบทวนการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อผิดพลาดและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ไปถึงเป้าหมาย การพัฒนาเชิงระบบ มีการเชื่อมโยงงานระหว่างแผนกที่ทำกิจกรรมเดียวกัน

เป้าหมายเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก และเน้นมาตรฐานวิชาชีพ (Implicit needs) มิใช่เพียงให้ผู้ป่วยพึงพอใจอย่างเดียว (explicit needs)

มาตรฐาน HA คือ

⇒ กรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านั้น ไม่ใช่เพียงเพื่อประเมินหรือวัดคุณภาพแต่เป็นมาตรฐานที่ชี้นำการพัฒนา กระตุ้นให้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ในการบริหารและพัฒนาคุณภาพ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีผลงานดีขึ้นไปตามลำดับ

⇒ การใช้มาตรฐาน HA เพื่อพัฒนาระบบงานที่เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีคุณค่าและพร้อมขอการรับรองกระบวนการคุณภาพ

⇒ แนวคิดสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการใช้มาตรฐาน HA คือการขับเคลื่อนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ ทุกระดับขององค์กร อย่างสอดคล้องกับบริบทหรือโจทย์ขององค์กร มีข้อกำหนดของมาตรฐานเป็นแนวทางและการใช้ค่านิยมหลักขององค์กรที่ประสบความสำเร็จเป็นพื้นฐานในการสร้างวัฒนธรรมขององค์กร หรือเรียกง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA/DALI

ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concept)

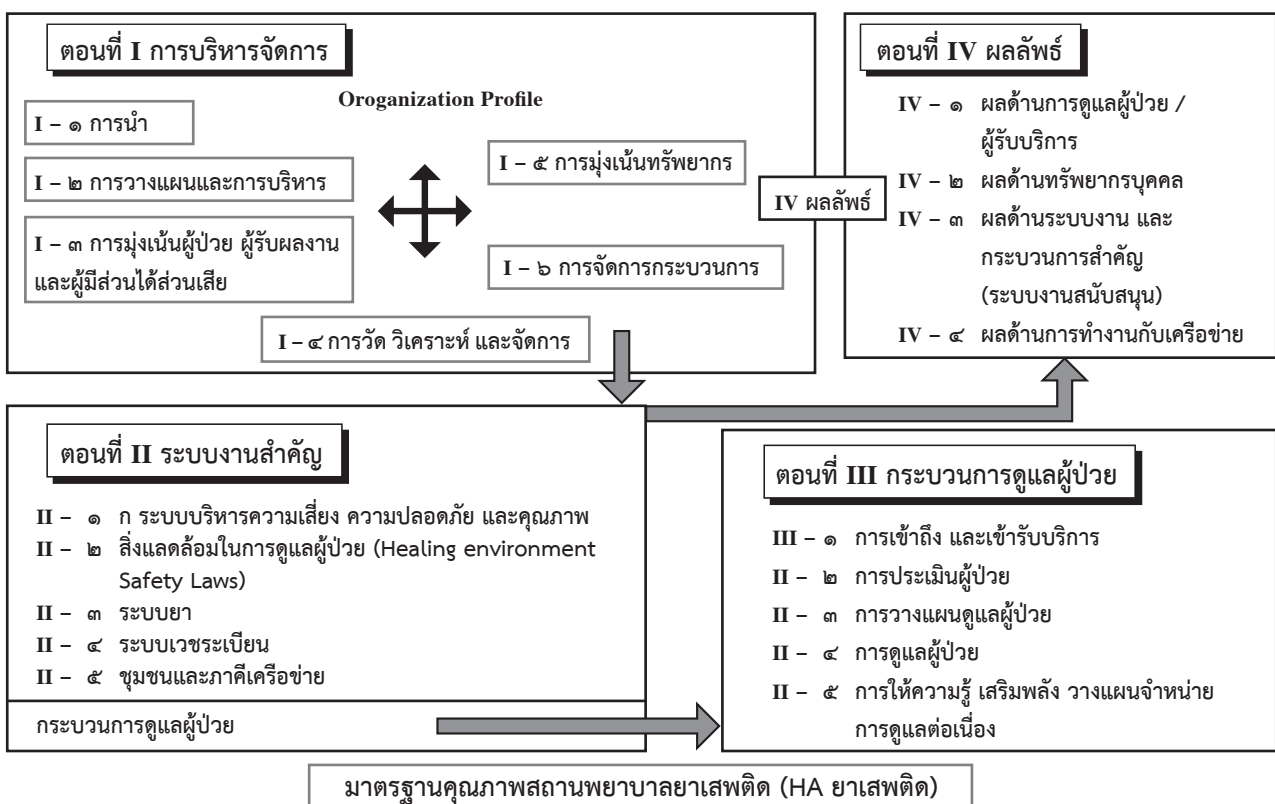
ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ การพิจารณามาตรฐานมาใช้ควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริม จะทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกซึ้ง ทำให้ค่านิยมและแนวคิดหลักฝังอยู่ในวัฒนธรรมของทีมงาน เช่น การนำ ผู้นำที่มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ กำลังคน บุคลากรไม่ติดกรอบไว้ต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การมุ่งเน้นผู้ป่วย การเสริมพลัง เป็นต้น

การใช้มาตรฐาน HA ให้ได้ประโยชน์ คือการใช้หลัก 3C-PDCA ร่วมกับแนวคิดต่อไปนี้

1. การทำความเข้าใจมาตรฐานให้กระจ่างชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายและความสำคัญของมาตรฐาน จะทำให้ รู้ว่ามาตรฐานนี้ให้คุณค่าอะไร แก่ใคร
2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน คือการใช้เพื่อการบริหารงานและการปฏิบัติงาน ประจำวันอย่างสม่ำเสมอ
3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ทั้งความเชื่อมโยงภายในของแต่ละระบบและความเชื่อมโยง ระหว่างระบบงานต่างๆ
4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง
5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน)
6. การประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม
7. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวมและการบรรลุเป้าหมายแต่ละระบบ
8. พัฒนาการใช้ Core values & Concept
9. มีอิสระในการคิดค้นหาวิธีได้ด้วยตนเอง เป็นตัวของตัวเองเอาเป้าหมายตั้ง เรียนรู้จากข้อกำหนด ในข้อย่อย เรียนรู้จากวงการต่างๆ ทั้งในภาคสุขภาพและกิจกรรมอื่นๆ เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และนำมาใช้ประโยชน์

แนวคิดเชิงระบบในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ หลักง่ายๆ ชุดที่ 2 การพัฒนา

- เป้าหมายชัด (Visionary Leadership)
- วัดผลได้ (Management by Fact) วัดตรงประเด็น อย่าให้เป็นภาระ
- ให้คุณค่า (Patient & Health focus)
- อย่ายึดติด (Creativity & Innovation) อย่าติดรูปแบบ ลอกเลียนได้แต่ปรับให้เข้ากับเรา ไม่เลือกบุคคล สถานที่ เวลา



ตอนที่ 1 การบริหารจัดการทั่วไป มี 6 องค์ประกอบ

1. การนำ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ผู้นำองค์กรให้ความสำคัญและกำหนดทิศทางนโยบาย เพื่อให้การดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ช้ยาและสารเสพติดเป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. การวางแผนและการบริหารแผน

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน มีการกำหนดกลยุทธ์และเป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ช้ยาและสารเสพติด เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งมีการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติและติดตามผลเพื่อให้มั่นใจว่า การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบการรับฟังและนำข้อมูลจากเสียงสะท้อน ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธา รวมถึงความมั่นใจว่า การจัดการบริการของหน่วยงานสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลดังกล่าว รวมถึงหน่วยงานมีความตระหนักและให้ความสำคัญคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเสพติดอย่างเหมาะสม

4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบการจัดเก็บ วัด วิเคราะห์ ข้อมูลด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดที่จำเป็น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งมีการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการและการจัดการความรู้เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดให้เกิดคุณภาพตามบริบทของแต่ละสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและจำนวนที่เหมาะสม มีระบบงานและวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ มีระบบการพัฒนาบุคลากร การประเมินผลงาน การยกย่องชมเชยและแรงจูงใจที่ส่งเสริมการสร้างผลงานที่ดี

6. การจัดการกระบวนการ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน

มีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการจัดการบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติด และกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยมีการปรับปรุงระบบงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ

ตอนที่ 2 ระบบความเสี่ยงสำคัญ

1. ระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดในลักษณะบูรณาการ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของหน่วยงานที่เอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการ หน่วยงานสร้างความมั่นใจว่าผู้ที่อยู่ในพื้นที่ อาคาร สถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน

การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน/ วิกฤติภัย/ ภัยพิบัติ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยงานสร้างความมั่นใจว่า มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้งาน และทำหน้าที่ได้เป็นปกติ รวมทั้งควรมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา

สาธารณูปโภคและเครื่องมือ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยงานสร้างความมั่นใจว่า มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้งาน และทำหน้าที่ได้เป็นปกติ รวมทั้งควรมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา

สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน องค์กรมีความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้หน่วยงานเป็นสถานที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ผู้ป่วยและผู้มาใช้บริการ

2. ระบบยา

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยเสพติด

3. ระบบเวชระเบียน

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนรายบุคคลซึ่งมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัยการประเมินผล การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย องค์กรสร้างความมั่นใจว่าเวชระเบียนมีระบบความปลอดภัยและสามารถรักษาความลับของผู้ป่วยเสพติดได้

4. ชุมชนและภาคีเครือข่าย

การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดบริการเชิงรุกในด้านการ ค้นหา คัดกรอง ป้องกัน บำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้เข้ายาและสารเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่าย

การเสริมพลังชุมชน

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและสารเสพติดและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1. การเข้าถึง และเข้ารับบริการ

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทันทเวลา และมีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การประเมินผู้ป่วย

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยเสพติดทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ทีมผู้ให้บริการมีการวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดที่มีการประสานกันอย่างดี และมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเสพติด

4. การดูแลผู้ป่วย

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ทีมผู้บำบัดให้ความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดอย่างทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การดูแล ต่อเนื่อง

เป้าประสงค์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน ทีมผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยเสพติด/ครอบครัว มีการวางแผนและจัดกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยเสพติด / ครอบครัวยังมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการเสริมสร้างสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล และปรับแผนการดูแลเป็นระยะอย่างเหมาะสมและการส่งต่อข้อมูลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์

1. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แสดงให้เห็นผลการดำเนินงานระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และสภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ของผู้ป่วยเสพติด และตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้รับบริการ การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เช่น อัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำ (Remission rate) อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา (Retention Rate) อัตราการติดตามผลการรักษา ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เป็นต้น

2. ผลลัพธ์ด้านทรัพยากรบุคคล แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลความผูกพันของบุคลากรขีดความสามารถ ระดับอัตราค่าจ้าง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสมของบุคลากรบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ บริการและสิทธิประโยชน์ของบุคลากร ตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศองค์กรในภาพรวม ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพปีละ 10 วัน/คน/ปี หรือสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม/คน/ปี เป็นต้น

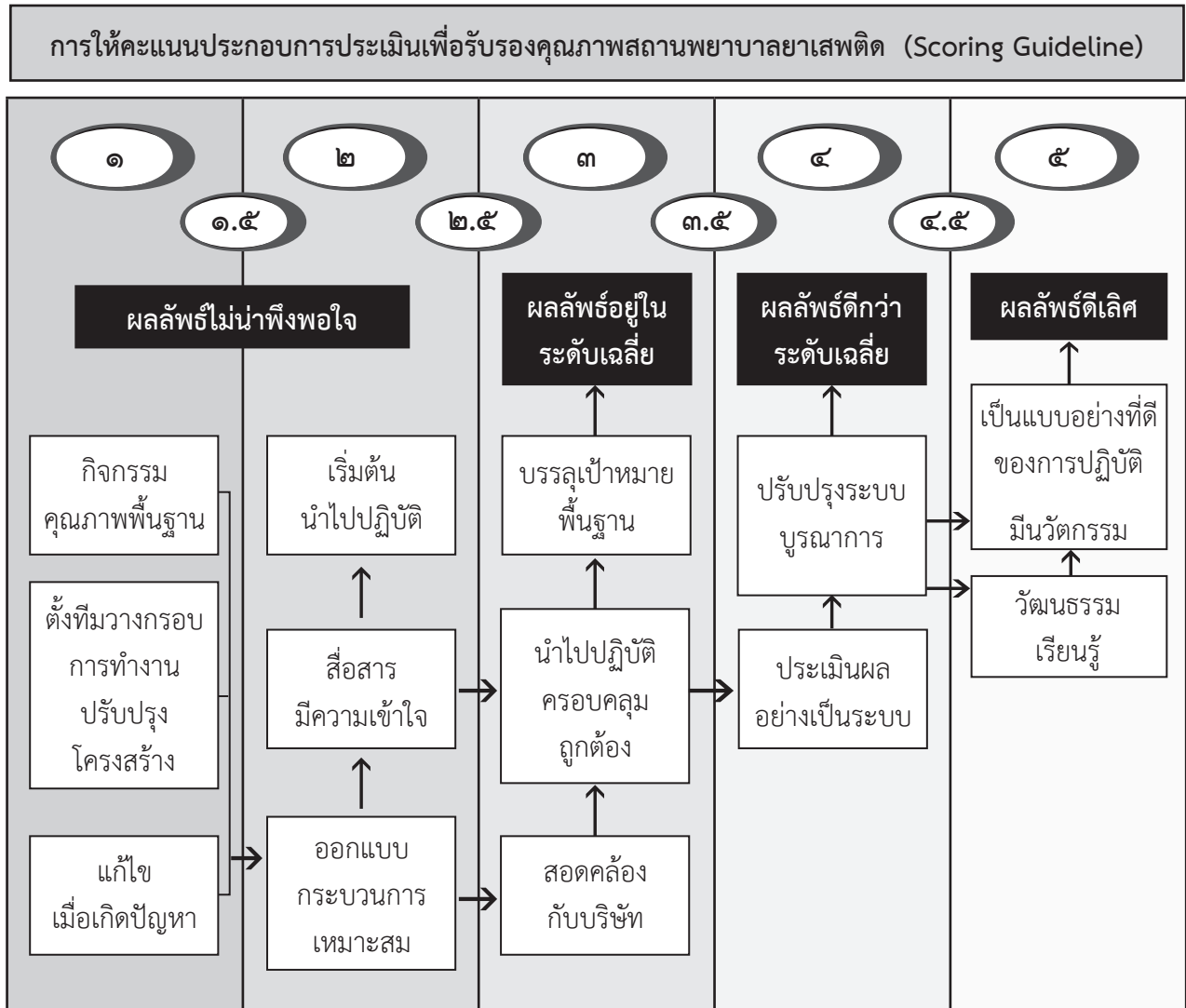
3. ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (ระบบงานสนับสนุน) แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ในปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของระบบงาน รวมทั้งความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินและกระบวนการทำงานที่สำคัญ ตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น ร้อยละของผู้ป่วยเสพติดที่อยู่รับการบำบัดครบกำหนด (Retention Rate) ร้อยละของผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับการคัดกรองอาการทางจิต และได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

4. ผลลัพธ์ด้านการทำงานกับเครือข่าย แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการทำงานกับเครือข่ายด้านการค้นหา คัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และด้านการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา ตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น จำนวนครั้งในการค้นหา / คัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติดในชุมชน โรงเรียน โรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละของผู้ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยง / ผู้เสี่ยง / ผู้ติด ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดและมีงานทำ/ศึกษาต่อ จำนวนครั้งในการจัดนิทรรศการเพื่อรณรงค์ต่อต้าน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โรงเรียน โรงงาน หรือภายในโรงพยาบาล เป็นต้น

Scrolling

- การทำตามมาตรฐาน
- Improvement and Innovation แต่ละมาตรฐาน
- Outcome ผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้น
- การเขียนจุดเด่น/สิ่งประกอบการให้คะแนน ที่สอดคล้อง การให้คะแนน

การให้คะแนน



อ้างอิง : วชิร มีศิลป์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สบยช.

2

วิชาประเมินภาวะสุขภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติด

1. การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

นางจันทร์เพ็ญ มุลศรี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. สามารถคัดกรองปัญหาการดื่มสุราได้ และสามารถเลือกใช้วิธีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราตามบริบทของผู้นำไปใช้หรือหน่วยงานได้
2. สามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหา

การคัดกรอง หมายถึง การใช้วิธีการที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา หรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสังคม

หน่วยบริการสุขภาพที่คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

1. สถานีนอามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์การแพทย์ชุมชน
2. ศูนย์บริการสาธารณสุข (กทม.)
3. คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป/เฉพาะทาง คลินิกจิตเวชทั่วไป คลินิกฝากครรภ์
4. ห้องตรวจฉุกเฉิน
5. หอผู้ป่วยในทั่วไป หอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา : AUDIT

1. พัฒนาโดย WHO เพื่อเป็นเครื่องมือแบบง่าย ใช้คัดกรองผู้ที่ดื่มมากเกินไปและสามารถให้การช่วยเหลือได้
2. Cross-national standardization
3. สามารถใช้ได้ ใน primary care setting
4. สามารถใช้แบบ self-rating หรือใช้โดยคนทั่วไปได้ เน้นการดื่มในปัจจุบัน
5. สามารถแยกกลุ่มผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยง ดื่มแบบมีปัญหา และดื่มแบบติดได้ มีข้อเสนอแนะถึงแนวทางการช่วยเหลือสำหรับแต่ละกลุ่มผู้ดื่ม
6. ใช้ง่าย สั้น ยึดหยุ่นได้

Domains of the AUDIT

Domains	คำถามที่	เนื้อหา
Hazardous Alcohol Use	1	ความถี่ในการดื่ม
	2	ปริมาณที่ดื่ม
	3	ความถี่ในการดื่มหนัก
Dependence Symptoms	4	ไม่สามารถควบคุมการดื่ม
	5	เพิ่มปริมาณการดื่ม
	6	ดื่มตอนเช้า
Harmful Alcohol Use	7	รู้สึกผิดหลังจากดื่ม
	8	Blackout
	9	บาดเจ็บจากการดื่ม
	10	ความเป็นห่วงจากการดื่ม

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

วิธีการเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงความเป็นจริง

1. ผู้สัมภาษณ์ ควรแสดงท่าทีเป็นมิตร ไม่ขู่ข่มขู่คุกคาม
2. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเมาสุราหรือกำลังอยู่ในภาวะที่ต้องการการรักษาแบบฉุกเฉินในขณะนั้น
3. ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราให้ชัดเจนโดยให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น
4. ผู้ป่วยควรได้รับการชี้แจงเพื่อให้เข้าใจคำถาม และสามารถตอบข้อคำถามได้อย่างถูกต้อง
5. ต้องให้ความมั่นใจว่าคำตอบของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ

ตัวอย่างแบบประเมิน

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

ชื่อ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ..... ปี

วันที่ประเมิน..... (เลขที่(HH)).....

หมายเหตุ: แบบประเมินนี้ใช้เพื่อคัดกรองการดื่มสุราในชนวน 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรามีผลถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้อ่านตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุราน้อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์	
2. เมื่อคุณดื่มเพียงคนเดียว เวลาที่ดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรขวด หรือ	1-2 ต้มมาตรฐาน	3-4 ต้มมาตรฐาน	5-6 ต้มมาตรฐาน	7-9 ต้มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ต้มมาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ โสมเกน ดิเอ เชียร์ ไบเกอร์ ฯลฯ ประมาณเท่าไร ขวด หรือ	1-1.6 กระป๋อง 1.2-3.4 ขวด	2-3 กระป๋อง 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง 3-4 ขวด	7 กระป๋อง 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น เบียร์ทอง เหล้าทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ฯลฯ ประมาณเท่าไรขวด หรือ	2-3 ผ่า	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งหรือที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ต้มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าทิพย์ 3 ผ่าขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งหรือที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งหรือที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณดื่มไปดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งหรือที่คุณต้องดื่มสุราเพื่อที่คนอื่นจะเข้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือเพื่อหลีกเลี่ยงการตำหนิจากคนอื่นในสิ่งที่ทำมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งหรือที่คุณรู้สึกไม่พอใจในตนเอง เพราะคุณดื่มได้เท่านี้บ้างหรือว่าดื่มมากเกินไปจนคุณรู้สึกผิด	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
8. ในบางครั้งหรือที่คุณรู้สึกว่า คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บหรือเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติที่บ่นแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา	

คะแนนรวม

การเทียบปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) ในคำตอบข้อ 2 และ 3 ของ AUDIT

หนึ่งดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม

- เหล้าแดง 35 ดีกรี : 2 ผ่าใหญ่ หรือ 30 00 = 1 ต้มมาตรฐาน, หาก 1 แบนมี 360 00 : 1/4 แบน = 3 ต้มมาตรฐาน, 1/6 แบน = 6 ต้มมาตรฐาน, 1 แบน = 12 ต้มมาตรฐาน หาก 1 ขวดมี 700 00 : 1/4 ขวด = 6 ต้มมาตรฐาน, 1/6 ขวด = 12 ต้มมาตรฐาน, 1 ขวด = 24 ต้มมาตรฐาน
- เหล้าขาว 40 ดีกรี : 1 ผ่า หรือ 60 00 = 1.5 ต้มมาตรฐาน
- เบียร์ 5 % เช่น สิงห์ โสมเกน ดิเอ เชียร์ ไบเกอร์ ฯลฯ : 1/6 กระป๋องหรือเล็ก = 1 ต้มมาตรฐาน, 1 ขวดใหญ่ 600 00 = 2.5 ต้มมาตรฐาน
- เบียร์ 8.4 % เช่น สิงห์ : 1/6 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่ = 1 ต้มมาตรฐาน
- ไวน์ 12 % : 1 ผ่า 100 00 = 1 ต้มมาตรฐาน, ไวน์แดง 1 ขวด = 1 ต้มมาตรฐาน
- น้ำขาว จู กอนซ์ 10% : 3 ผ่าหรือครึ่ง หรือ 160 00 = 1 ต้มมาตรฐาน
- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 8% : 4 ผ่าหรือครึ่ง หรือ 200 00 = 1 ต้มมาตรฐาน

ที่สำคัญ ยังต้องคำนึงถึงปริมาณการดื่มสุราที่เกินกว่าที่กำหนด และปริมาณการดื่มสุราที่เกินกว่าความเป็นจริง และเครื่องดื่มแต่ละชนิด และปริมาณการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการเท่านั้น

การแปลผลคะแนน AUDIT

ระดับความเสี่ยง	แนวทางการรักษา
0-7 ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ Low risk drinker	Alcohol Education: ให้ความรู้เกี่ยวกับกาการดื่มสุรา และอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากดื่มมากเกินกำหนด และเรียนรู้พฤติกรรมที่ปลอดภัยในการดื่มสุรา ตัวอย่างการให้ความรู้: "ข้าพเจ้ามีความกังวลเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุรา (เหล้า 4 ผ่า หรือเบียร์ 1.6 กระป๋อง หรือ 2 ผ่า) และต้องหยุดดื่มอย่างเบื่อบ่อยครั้งและต้องวัน แม้ว่าจะดื่มในปริมาณที่น้อยแต่ในบางครั้ง คุณควรใส่ใจปริมาณการดื่ม โปรดจำไว้ว่า เบียร์หนึ่งขวด ไวน์หนึ่งแก้ว และเหล้าหนึ่งแก้วมีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากันเมื่อเทียบกับดื่มมาตรฐาน การดื่มสุราแม้จะเพียงเล็กน้อยก็มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มสุราเกินกว่านี้ หากต้องขับรถยนต์หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร (เช่น ขับรถ ขับเครื่องจักร หรือใช้เครื่องมือ) ควรดื่มสุราอย่างระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหากจำเป็น"
8-15 ผู้ดื่มแบบเสี่ยง Hazardous drinker	Brief Advice or Simple Advice: ขอให้คำแนะนำแบบสั้น ตามการปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกชั้น 1. การให้ข้อมูลและข้อแนะนำ ตัวอย่าง "หากการประเมินปัญหาการดื่มสุราของคุณแสดงให้เห็นว่า คุณมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคตับ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา หรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ"
16-19 ผู้ดื่มแบบมีอันตราย Harmful use	Brief Intervention/Brief Counseling: ขอให้คำแนะนำแบบสั้น ตามการปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกชั้น 1. การให้คำแนะนำแบบสั้น โดยการจัดของปัญหาการดื่มสุรา ประเมินปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่าง "แม้ว่าในขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรก็ตาม แต่การดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคตับ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา หรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ"
> 20 ผู้ดื่มแบบติด Alcohol dependence	ควรได้รับการส่งต่อแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษารักษา

AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST 10 items

คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดย สุรามีผลถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

1. คุณดื่มสุราน้อยเพียงไร

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2 – 4 ครั้ง ต่อเดือน	2 – 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้ง ขึ้นไป ต่อสัปดาห์

2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว

2.1 เวลาที่คุณดื่มสุราโดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน

0	1	2	3	4
1 – 2 ดื่มมาตรฐาน	3 – 4 ดื่มมาตรฐาน	5 – 6 ดื่มมาตรฐาน	7 – 9 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐาน ขึ้นไป

2.2 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ เฮนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน

0	1	2	3	4
1 – 1.5 กระป๋อง / 1/2 – 3/4 ขวด	2 – 3 กระป๋อง / 1 – 1.5 ขวด	3.5 – 4 กระป๋อง / 2 ขวด	4.5 – 7 กระป๋อง / 3 – 4 ขวด	มากกว่า 7 กระป๋อง / 4 ขวด ขึ้นไป

2.3 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมโจง, หงส์ทอง, หงส์ทิพย์, เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน

0	1	2	3	4
2 – 4 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบน ขึ้นไป

3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำในสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าที่คุณได้ดื่มสุราเข้าไป

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่

0		2		4
ไม่เคยเลย		เดือนละครั้ง		ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

Risk Zone	AUDIT	ระดับความรุนแรง (Risk Level)	การให้ความช่วยเหลือ (Intervention)
1	0 – 7	ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ / ไม่ดื่ม (Low Risk / Abstinence)	การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุรา (Alcohol education)
2	8 – 15	ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)
3	16 – 19	ดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)	การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling)
4	20 – 40	สงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)	ส่งไปพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและรักษา

2. การประเมินและเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุรา

นางจันทร์เพ็ญ มุลศรี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลอภัยภูธรขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. ทราบอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราในระดับความรุนแรงต่าง ๆ และแนวทางการรักษา
2. สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง
3. สามารถประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุราโดยใช้แบบประเมินและติดตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา

เนื้อหา

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุารุนแรง

1. มีอายุมากกว่า 30 ปี
2. ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือ ดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐานต่อวัน คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน
3. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
4. เคยมีอาการขาดสุารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs)
5. เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน
6. มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
7. ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน
8. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
9. ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
10. มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
11. ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

*** หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง

การประเมินและติดตามอาการขาดสุรา

1. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบประเมิน
2. ตัวอย่างแบบประเมินความรุนแรงอาการขาดสุราที่ใช้อยู่
 - แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)
 - แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar)
3. ควรจะประเมิน baseline และประเมินอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยใน

**** ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันทีที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุารุนแรงได้”

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar)

– ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน การรับสัมผัสผิดปกติ อาการสั่น การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ การรับรู้ทางตาผิดปกติ อาการวิตกกังวล ปวดหัวมึนตื้อ อาการกระวนกระวาย การรับรู้เวลาสถานที่

การแปลผลคะแนนรวม CIWA-Ar

1 – 7	=	Mild withdrawal
8 – 14	=	Moderate withdrawal
15 – 19	=	Severe withdrawal
≥ 20	=	Very severe withdrawal

- คะแนน 0 – 7 ในแต่ละข้อ

CIWA-Ar

1. อาการคลื่นไส้อาเจียน

ถาม “คุณรู้สึกคลื่นไส้ พะอืดพะอมบ้างไหม?” “อาเจียนไหม?” สังเกต

- 0 - ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน
- 1 - คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน
- 4 - คลื่นไส้เป็นพัก ๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร
- 7 - คลื่นไส้อยู่เรื่อย ๆ อาเจียนบ่อย

2. การรับสัมผัสผิดปกติ

ถาม “คุณรู้สึกคันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บ ๆ หรือรู้สึกเหมือนกับมีแมลงไต่หรือ
ไต่ตามผิวหนังบ้างไหม: สังเกต

- 0 - ไม่มี
- 1 - คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บๆ เป็นน้อยมาก
- 2 - คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บๆ เป็นน้อย
- 3 - คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บ ๆ เป็นปานกลาง
- 4 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก
- 5 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก
- 6 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก
- 7 - มีประสาทหลอนอยู่ตลอด

3. อาการสั่น

ให้เหยียดแขนตรง กางมือออก สังเกต

- 0 - ไม่มีอาการสั่น
- 1 - ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น
- 4 - ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง
- 7 - รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน

4. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ

ถาม “รู้สึกว่าคุณพะวงเกี่ยวกับเสียงรอบตัวมากกว่าเดิมไหม? เสียงฟังแล้วระคายหูไหม? เสียงทำให้กั๊กไหม? คุณได้ยินเสียงบางอย่างที่รู้สึกว่ารบกวนมากไหม? คุณได้ยินเสียงที่รู้ว่าไม่มีตัวตนจริง ๆ ไหม?” สังเกต

- 0 - ไม่มีเสียง
- 1 - เสียงระคายหูหรือทำให้กั๊กเล็กน้อย
- 2 - เสียงระคายหูหรือทำให้กั๊กเล็กน้อย
- 3 - เสียงระคายหูหรือทำให้กั๊กปานกลาง
- 4 - มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง
- 5 - มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก
- 6 - มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน
- 7 - มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา

5. อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ

สังเกต

- 0 - ไม่เห็นเหงื่อ
- 1 - ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออก, ฝ่ามือชื้น
- 4 - เห็นเหงื่อเป็นเม็ดๆ ชัดบริเวณหน้าผาก
- 7 - เหงื่อแตกทั่วตัว

6. การรับรู้ทางตาผิดปกติ

ถาม “รู้สึกว่าแสงไฟที่เห็นสว่างจ้าเกินไปไหม?” สีเปลี่ยนไปไหม? ทำให้รู้สึกแสบเคืองตาไหม? มีเห็นอะไรที่แปลก ๆ ไหม? มีเห็นอะไรที่รู้ว่าไม่มีอยู่จริงไหม?” สังเกต

- 0 - ไม่มี
- 1 - ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย
- 2 - ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย
- 3 - ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง
- 4 - อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง
- 5 - อาการประสาทหลอนรุนแรง
- 6 - อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก
- 7 - มีประสาทหลอนอยู่ตลอด

7. อาการวิตกกังวล

ถาม “คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม?” สังเกต

- 0 - ไม่กังวล, ผ่อนคลาย
- 1 - กังวลเล็กน้อย
- 4 - กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี
- 7 - ตระหนักรู้ว่ารุนแรงมาก

8. ปวดหัว มึนตื้อ

ถาม “มีปวดมึนหัวบ้างไหม? รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบหัวไหม?” ไม่รวมอาการวิงเวียน งง ๆ ตามความรุนแรงของอาการ

- | | |
|---------------|--------------------|
| 0 - ไม่มี | 4 - ค่อนข้างรุนแรง |
| 1 - มีน้อยมาก | 5 - รุนแรง |
| 2 - มีน้อย | 6 - รุนแรงมาก |
| 3 - ปานกลาง | 7 - รุนแรงที่สุด |

9. อาการกระวนกระวาย

สังเกต

- | |
|--|
| 0 - พฤติกรรมปกติ |
| 1 - กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย |
| 4 - ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง |
| 7 - เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย |

10. การรับรู้เรื่องเวลาสถานที่

ถาม “วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? คิดว่าผู้ตรวจเป็นใคร?”

- | |
|---|
| 0 - ตอบได้ตรง |
| 1 - ไม่แน่ใจเรื่องวัน |
| 2 - ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน |
| 3 - ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน |
| 4 - ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล |

ความรุนแรง	AWS SCORE	CIWA-Ar SCORE	การให้ยา
Mild	1 – 4	1 – 7	อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา
Moderate	5 – 9	8 – 14	การรักษาด้วยยาช่วยลดโอกาสอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง
Severe	10 – 14	15 – 19	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
Very severe	≥ 15	≥ 20	ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

3. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

นางจันทร์เพ็ญ มูลศรี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. คัดกรอง แยกประเภทผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดในชุมชนได้
2. ให้การช่วยเหลือผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

การคัดกรองผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดในชุมชน

ในการประเมินคัดกรองผู้เสพยาและสารเสพติดในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. คัดแยกกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติดได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. วางแผนให้การช่วยเหลือ/ส่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติดได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติด

สามารถแยกได้ตามความถี่ในการใช้สารเสพติดและระดับผลกระทบ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มใช้เป็นประจำคราว (casual use) หมายถึง กลุ่มที่เพิ่งทดลอง หรือเสพยาเป็นประจำคราวไม่ต่อเนื่อง หรือใช้สารเสพติดช่วงสั้นๆ เช่น ใช้ในช่วงปาร์ตี้ 3-4 เดือน/ครั้ง พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลงสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ได้ผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติดอยู่ในระดับต่ำ

2. กลุ่มเสพยา (abuser) อาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มเสพยาที่เริ่มมีปัญหา (hazardous) หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดบ่อยครั้งขึ้น และเสพยาต่อเนื่อง เช่น เสพยาทุกเดือน ๆ ละ 4 - 5 ครั้ง ส่งผลให้มีความเสี่ยง หรือเริ่มมีอันตรายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ต่อตัวเองและผู้อื่น พฤติกรรมยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ หากยังไม่ได้รับการช่วยเหลือจะกลายเป็นกลุ่มเสพยาจนเป็นอันตราย (harmful) เป็นกลุ่มผู้เสพยาในปริมาณที่มากขึ้น และเสพยาเป็นประจำ เช่น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตเริ่มผิดปกติ พฤติกรรมการนอนเปลี่ยนแปลง การทำงานเริ่มบกพร่อง การเรียนเริ่มตกลง กลุ่มนี้ ผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง

3. กลุ่มติด (dependence) กลุ่มที่เสพยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เช่น เสพมากกว่า 4 วัน/สัปดาห์ ควบคุมการใช้สารเสพติดไม่ได้ หมกมุ่นกับการใช้หรือการหาสารเสพติดมาใช้ พยายามเลิกใช้สารเสพติดแล้วแต่ไม่สำเร็จ มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือการเรียน แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติดอยู่ในระดับสูง

การประเมินคัดกรอง ผู้ประเมินควรเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งโดยใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หาข้อมูลจากพ่อแม่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ทั้งนี้การคัดกรองจะสามารถแบ่งกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติดได้ตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.)

วิธีการใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ใช้สารเสพติด

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ใช้แบบสอบถามควร

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยในเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้น ๆ ด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร
2. มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย

3. แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟัง สนใจ ใส่ใจในสิ่งที่เขาพูด

4. เป็นผู้ที่มีความไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความ เห็นอก เห็นใจ เมื่อสังเกต เห็นสีหน้า แววตาของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าไม่พอใจ หรือไม่เต็มใจที่จะตอบคำถาม ควรยุติการซักถาม เพื่อหลีกเลี่ยง การโต้แย้งทันที

5. แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้ไปไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวเขา และจะเก็บรักษาข้อมูลนี้เป็นความลับ และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือ หรือให้การบำบัดรักษาเท่านั้น

ข้อคำถามที่ 1-4 ให้ท่านนึกย้อนเวลากลับไปในอดีตแค่ 3 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น และตั้งคำถาม ดังนี้

ข้อที่ 1 : ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณใช้...(ชนิดยาเสพติด)..บ่อยแค่ไหน...ใช้เกือบทุกวัน อาทิตย์ละ 1-4 ครั้ง หรือ เดือนละ 1-3 ครั้ง หรือ ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณใช้แค่ 1-2 ครั้ง

ข้อที่ 2 : ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยมีความรู้สึกอยากยาจนทนไม่ได้ต้องไปพยายามเสพบ้างหรือไม่ ถ้าเคย มีความรู้สึกอยากยาบ่อยครั้งแค่ไหน มีอาการอยากยาเกือบทุกวัน มีอาการอยากยาอาทิตย์ละ 1-4 ครั้ง เดือนละ 1-3 ครั้ง หรือ ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีอาการอยากยาจนทนไม่ได้แค่ 1-2 ครั้ง

ข้อที่ 3 : ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การใช้... (ชนิดยาเสพติด)... ของคุณส่งผลให้คุณมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ (เช่น มีร่างกาย ผ่ายผอม ทрудโทรมลง อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ก้าวร้าว) ครอบครั (เช่น พ่อแม่ไม่ยอมรับหรือจับได้ว่าคุณใช้ยา และบ่นว่าด่าทอ ทะเลาะกันบ้างไหม) การเงิน (เช่น ไม่มีเงิน ใช้ - จ่าย เพราะนำเงินไปซื้อยา) สังคม (เช่น คุณเคยลักขโมยของในบ้าน หรือของๆ คนอื่น เพื่อนำเงินไปซื้อยาบ้า) กฎหมาย (เช่น เคยถูกจับคดีเกี่ยวกับยาเสพติด) บ้างหรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน
หมายเหตุ : ให้คะแนนตามปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่มีความรุนแรงมากที่สุด

ข้อที่ 4 : ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อคุณใช้...(ชนิดยาเสพติด)..แล้วคุณไม่สามารถทำงานที่คุณเคยทำได้ เช่น ขาดเรียน ขาดงาน ทำงานไม่สำเร็จ ไม่ดูแลตนเอง ไม่ดูแลครอบครัว หรือไม่ดูแล ทำความ สะอาดบ้าน บ่อยครั้งแค่ไหน

ส่วนในข้อคำถามที่ 5 - 6 นั้นขอให้ท่านนึกย้อนไปในอดีตในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะมีระยะเวลาที่ยาวนาน กว่า 3 เดือน และขอให้ท่านตั้งคำถาม ดังนี้

ข้อที่ 5 : ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยวิพากษ์วิจารณ์ ว่ากล่าวตักเตือน จับผิด หรือ แสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับยาเสพติดหรือไม่ นานแค่ไหนแล้วที่เค้าแสดงท่าทีเหล่านั้นกับคุณ ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา หรือนานกว่า 3 เดือนแล้ว

ในข้อคำถามนี้ บุคลากรสาธารณสุขต้องพยายามถามในส่วนที่ญาติของผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่ญาติสังเกตเห็น ซึ่งไม่ใช่ ความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น

ข้อที่ 6 : คุณเคยลดหรือหยุดใช้ยาเสพติดบ้างไหม ถ้าเคยลดแต่ไม่สำเร็จในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือนานกว่า 3 เดือนที่ผ่านมาแล้ว

ในข้อคำถามที่ 5 ผู้สัมภาษณ์ควรแบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ สอบถามถึงความคิดของผู้ป่วย ว่าเคยคิดจะหยุดใช้ยาเสพติดหรือไม่ ถ้าเคยคิดแล้วเคยลงมือทำ คือ เคยลองหยุดเสพบ้างไหม ในส่วนที่ 2 ถ้าเคยลอง หยุดเสพแล้วหยุดได้สำเร็จหรือไม่ การกระทำดังกล่าวเกิดขึ้นใน 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเกิดมานานกว่า 3 เดือนแล้ว ซึ่งตรงส่วนนี้จะให้คะแนนต่างกันตามที่กำหนดในแบบคัดกรอง

การช่วยเหลือตามระดับผลกระทบของการใช้ยาและสารเสพติด

กลุ่มที่ 1 ระดับผลกระทบจากการใช้ “ต่ำ” กลุ่มนี้อ่อนนุมนได้ว่า เป็น “ผู้ใช้” ให้การช่วยเหลือโดยการความรู้ และส่งเสริมสุขภาพ, การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1-2 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายในชุมชนนั้นๆ และขอความร่วมมือจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน โดยใช้กลยุทธ์ในการติดตามด้วยการสอดส่องดูแลพฤติกรรมบุตรหลาน หรือวัยรุ่นในชุมชน หากไม่พบภาวะเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดไม่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา และไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบ บสต.

กลุ่มที่ 2 ระดับผลกระทบจากการใช้ “ปานกลาง” กลุ่มนี้อ่อนนุมนได้ว่า เป็น “ผู้เสพ” ให้การช่วยเหลือโดยการ เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน หรือวัด/มัสยิดที่เป็นศูนย์สงเคราะห์ 1 เดือน, การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ/การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview : MI/ Motivational Enhancement Therapy : MET) และหรือการบำบัดความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy : CBT) 1-2 เดือน หรืออาจให้จิตสังคมบำบัดรูปแบบต่างๆ 1-2 เดือน เช่น Modified Matrix, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน/รพ.สต., คลินิกใกล้ใจ ในชุมชนอาจมีการให้ยาบำบัดอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

กลุ่มที่ 3 ระดับผลกระทบจากการใช้ “สูง” กลุ่มนี้อ่อนนุมนได้ว่า เป็น “ผู้ติด” กลุ่มนี้อาจให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกก็ได้ หากเป็นผู้ป่วยนอก ให้จิตสังคมบำบัดทั้งหมด 2-4 เดือน ได้แก่ Matrix Program, การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET), การบำบัดความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy : CBT), ครอบครัวบำบัด หรือจิตบำบัดตามแนวทางทแยร์ สำหรับผู้ป่วยใน ให้ใช้การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC) หรือ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นระยะเวลา 4 เดือน – 1 ปี อาจมีการให้ยาบำบัดอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

หากเป็นผู้ที่มีการใช้สารเสพติดชนิดฉีด ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI), การให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ (Harm Reduction) และประเมินเพิ่มเติม เพื่อวางแผนและให้การบำบัดรักษาอย่างเข้มข้นเป็นรายบุคคล

ทั้งนี้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดบางรายอาจมีภาวะโรคร่วมที่ทำให้ต้องมีการให้การบำบัดรักษาเพิ่มเติมหรือภาวะโรคร่วมที่มีผลต่อแนวทางการให้การช่วยเหลือเรื่องการใช้ยาและสารเสพติด จึงต้องมีการคัดกรองโรคร่วมเหล่านี้ร่วมด้วย โดยการซักถามเพิ่มเติมและหรือการใช้แบบคัดกรองสำหรับโรคหรือภาวะนั้นๆ

โรคร่วมทางกายหรือทางจิต (Comorbidities) ที่ต้องคัดกรองร่วมดังกล่าว ได้แก่

- มีโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก, เบาหวาน, หัวใจ, ความดัน
- เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค, สุกใส, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรค
- คัดกรองพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตใจ
 - โรคซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรอง 2Q และ 9Q
 - การฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรอง 8Q
 - โรคจิต โดยใช้แบบคัดกรองโรคจิต

- มีความเสี่ยงจากการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง จากการใช้ยาและสารเสพติดประเภทระบบประสาท เช่น เฮโรอีน, แอลกอฮอล์และยานอนหลับ

ให้ส่งปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมด้วย เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์, ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

พ.ญ.ริชาพรรณ เอกอรุ, สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวปฏิบัติการ
คัดกรอง และการช่วยเหลือผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติดในชุมชน

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้น ๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	• การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) • การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ • การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน • การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.
ผู้เสพ	• ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สังเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สังเคราะห์ (1 เดือน) • การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 – 2 เดือน • การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน • จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	• การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียน์ (Satir Model) 2-4 เดือน • การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

- | | |
|---|---|
| -การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด | -การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| -การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) | -การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาร่วมโรค |
| -การให้บริการรักษาจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด | -การแจกถุงยางอนามัย |
| -การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ | -การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด |
| -การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ | -กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |

4. วิชาการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด

นางเลอลักษณ์ แทนเกษม : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หัวข้อสอน

1. แนวคิดและหลักการประเมินภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะจิตสังคมในผู้สูงอายุและสารเสพติด
 - 1.1. แนวคิดสำคัญในประเมิน ครอบครัว จิตใจ และประวัติการใช้ยาและสารเสพติด
 - 1.2. เทคนิค และทักษะการประเมิน 4 ด้าน (วิธีการตรวจ/ การซักประวัติ/ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon/การบันทึกผลการตรวจ)

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์
2. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับประเภทของยาเสพติด
3. ผู้เรียนสามารถอธิบายความผิดปกติของการใช้สารเสพติด
4. ผู้เรียนสามารถอธิบายความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด
5. ผู้เรียนสามารถอธิบายลักษณะของผู้ที่ติดสารเสพติด
6. ผู้เรียนสามารถประเมินภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะจิตสังคมในผู้สูงอายุและสารเสพติด

บทนำ

สารเสพติดต่างๆ มีอยู่ในพืชธรรมชาติ มนุษย์ได้นำเอาดอกใบมาเสพให้เกิดความสุขสนุกสนาน คลายทุกข์หรือระงับปวด เช่น ใบกระท่อม ใบกัญชา ดอกฝิ่น ใบยาสูบ เป็นต้น แม้กระทั่งข้าวเหนียวก็นำมาแปรรูปเป็นสุราได้ แต่สิ่งเหล่านี้เป็นสารเสพติดเมื่อเสพจนติดทำให้เกิดโทษแก่ตนเอง คือ สุขภาพ สมรรถนะและสติปัญญาเสีย สร้างปัญหาให้แก่ครอบครัว และสังคมรวมทั้งเศรษฐกิจ ปัจจุบันมีสารสังเคราะห์ที่เป็นสารเสพติดหลากหลายชนิดที่มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งของประเทศและของโลก เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเข้าใจเรื่องสารเสพติดและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจของบุคคลที่เสพยาเสพติด

1.1. แนวคิดสำคัญในประเมิน ครอบครัว จิตใจ และประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด ตั้งแต่การติด การนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาและการรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด มีความจำเป็นที่พยาบาลหรือผู้บำบัดจะต้องทำความเข้าใจถึงสาเหตุและกลไกของการติดยา ซึ่งจะทำให้เข้าใจได้ว่าสารเสพติดมีผลอย่างไรต่อสมอง และเหตุใดในผู้ป่วยแต่ละคนภายหลังการได้รับการบำบัดทางจิตใจและสภาพแวดล้อมแล้วยังไม่สามารถเลิกยาได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้การรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดเอง ส่งผลให้เกิดการวางแผนการรักษา และการป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์

สารเสพติด องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของสารเสพติดว่า เป็นสารใดก็ตามเมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการกิน ฉีด สูบหรือดมแล้วมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ใช้ มีลักษณะดังนี้

1. ใช้แล้วเพิ่มขนาดสารนั้นขึ้นเรื่อยๆ
2. หยุดใช้จะทำให้เกิดอาการขาดสารเสพติด
3. เมื่อใช้นานๆ จะทำให้เกิดความต้องการของสารนั้นมากขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ
4. ใช้เป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ใช้

วัตถุออกฤทธิ์ หมายถึง วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์

ลักษณะของผู้ที่ติดสารเสพติด

1. ด้านร่างกาย มักพบว่า ผู้ใช้ยาและสารเสพติดจะผอมลง น้ำหนักลดอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สนใจดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นกีดกันคน ไม่อยู่นิ่ง เดินไปเดินมา แกะหน้า ดึงผมตนเอง มีรอยกรีดที่แขน
2. ด้านจิตใจ และอารมณ์ อุนิสัยเปลี่ยนไป จากเป็นคนเรียบร้อย เชื้อฟังกลายเป็นคนก้าวร้าว อารมณ์ฉุนเฉียว หรือเจ็บบชริมผดปกติ จึงมักพบผู้เสพติดชอบทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายผู้อื่นหรือในทางกลับกันบางคนอาจชอบแยกตัวอยู่คนเดียวและหนีออกจากสังคม หงุดหงิดโมโหง่าย ทำลายข้าวของ ทำร้ายคนในครอบครัว เวลาที่ไม่ได้เสพยา มักจะมีอารมณ์ซึมเศร้า บางรายมีอาการทางจิตเวช เช่น หูแว่ว หวาดระแวงพูดคุยคนเดียว เป็นต้น
3. ด้านการนอน มักจะนอนดึก ตื่นสาย กลางคืนไม่นอน หลับในเวลากลางวัน
4. ด้านการเรียน/การทำงาน พบว่า ผลการเรียน/การทำงานตกต่ำ เพราะไม่มีสมาธิ ความจำลดน้อยลงขาดเรียน/ขาดงานบ่อย และมาสาย การทำงานผิดพลาดบ่อย ไม่ยอมทำงาน
5. การคบเพื่อน จะคบเพื่อนที่ใช้จ่ายด้วยกันซึ่งมักจะเป็นกลุ่มเพื่อนที่ไม่ค่อยสนใจเรียน ซักชวนกันเที่ยวกลางคืน ติดต่อกับเพื่อนแปลกๆใหม่ๆซึ่งมีพฤติกรรมผดปกติ
6. ด้านพฤติกรรม พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น โกหก ลักขโมย ใช้เงินสิ้นเปลืองเกียจคร้าน ขาดความรับผิดชอบไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สบตา ไม่เข้าร่วมกลุ่มกับผู้อื่นทำตัวลึกลับใช้ห้องนํ้านาน ใส่เสื้อแขนยาวตลอดเวลาเพื่อปกปิดรอยเข็มฉีดยาตรงแขนด้านในหรือรอยกรีดตรงต้นแขนด้านใน ขอเงินจากผู้ปกครองเพิ่มหรือยืมเงินจากเพื่อนฝูงเสมอเพื่อนำไปซื้อยาเสพติด
7. พบอุปกรณ์การเสพ เช่น กระดาศพรอยด์ที่พับเป็นกรวยหรือกระทง เทียนหรือไฟแช็คสำหรับเผายา หลอดดูด เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา ซึ่งอาจจะพบในห้องนํ้าหรือกระบ่

สาเหตุของการติดสารเสพติด สามารถสรุปได้จาก 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่าชีวจิตสังคม (Bio Psycho Social) เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าเข้ามาระทบทางกายหรือทางจิตใจหรือทางสังคม สิ่งเร้าแต่ละอย่างส่งผลกระทบได้ทั้งระบบ ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยสาเหตุของการติดยา อธิบายได้ด้วยแนวคิดชีวจิตสังคมของบุคคล ดังนี้

1. ด้านชีว (Biological)

1.1 พันธุกรรม มีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของสาร ซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดการติด โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาเรื่องยีนกับแอลกอฮอล์มาเป็นตัวเทียบเคียงเท่านั้น ยังคงต้องการทำการวิจัยในสารเสพติดชนิดอื่นต่อไป อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยพบว่าผู้ที่มืพ่อแม่ที่ติดสุรา มีแนวโน้มหรือเพิ่มโอกาสที่จะมีอาการติดสุราเรื้อรัง ทั้งๆ ที่ได้รับการเลี้ยงดูแลตั้งแต่เกิดและเติบโตในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่ติดสุรา และคนเหล่านี้ยังมีความไวต่อแอลกอฮอล์ลดลงหรือมีอาการเมายาน้อย ทำให้ต้องเสพเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ จนกว่าจะเกิดอาการ ซึ่งความไวลดลงนี้เป็นตัวทำนายนโอกาสในการพัฒนาไปสู่การติดสุราได้ (ศรีณ กอสนาน, 2547, ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุกรใจ เจริญสุข, 2556)

1.2 สาเหตุจากพยาธิสภาพในสมอง เกี่ยวกับสารสื่อประสาทเปลี่ยนไป โดยเฉพาะโดพามีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยในการควบคุมสมองส่วน Reward และ Pleasure Center และเกี่ยวข้องกับระบบชมพาทetik เส้นทางของระบบในสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติดเรียกว่าเป็นระบบ

Mesolimbic dopamine pathway ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลาง โดยมีบริเวณของสมองที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้รางวัลใน Ventral Tegmental area [VTA] ซึ่งบริเวณนี้เป็นที่รวมของเซลล์ประสาทที่มีสารสื่อประสาทโดปามีนอยู่จำนวนมาก และมีการเชื่อมโยงไปสู่ส่วนของสมองบริเวณที่เรียกว่า Nucleus Accumbens ซึ่งเป็นบริเวณของสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความคิด ความจำ การวางแผน และพฤติกรรมการทำงานให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งการเกิดอาการถอนยา โดยปกติร่างกายจะได้รับรางวัลจากตัวกระตุ้นธรรมชาติ เช่น ความสุขจากการกินอาหาร การดื่ม หรือความสุขทางเพศ จะไปกระตุ้นการหลั่งโดปามีนจาก VTA บริเวณ Nucleus Accumbens ทำให้เกิดความรู้สึกเคลิ้มสุข และเป็นตัวเสริมแรงทางบวกก่อให้เกิดการเรียนรู้ และความจำที่ได้จากการกระตุ้นเหล่านั้น เช่น ผู้ที่มีความสุขจากการรับประทานอาหาร เมื่อได้กลิ่นอาหารชนิดนั้นก็เกิดความรู้สึกพอใจและเป็นสุขเมื่อรับประทานอาหารนั้น ดังนั้นจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการหาอาหารนั้นๆ มารับประทาน การตอบสนองตัวกระตุ้นตามธรรมชาติดังกล่าวนี้ สมองจะปรับตัวและมีความเคยชินอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่ต้องการตัวกระตุ้นนั้นอีก ต่างจากหลังโดปามีนที่เกิดจากการกระตุ้นโดยสารเสพติด เป็นการตอบสนองโดยไม่ถูกควบคุมโดยความเคยชิน สารที่เสกเข้าไปแต่ละครั้งจะไปกระตุ้นการหลั่งโดปามีนให้เพิ่มขึ้น หรือในบางกรณี เช่น สารแอมเฟตามีน มีกลไกทั้งการกระตุ้นให้โดปามีนหลั่งโดยตรงและยับยั้งการเก็บโดปามีนที่หลั่งออกมาให้เข้าสู่เซลล์ ทำให้มีโดปามีนอยู่ระหว่างเซลล์เป็นจำนวนมากเกินกว่าความเคยชินจะควบคุมได้และส่งผลไปกระตุ้น Nucleus Accumbens ทำให้สมองเกิดการเรียนรู้และเก็บความจำเกี่ยวกับอารมณ์ (Amygdala) ซึ่งอยู่ในระบบลิมบิก (Limbic Reward System) ว่าความสุขที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นจากยาเสพติดทำให้บุคคลพึงพอใจจึงใช้ยาถี่ขึ้นเพื่อให้เกิดความสุหนานๆ จึงเกิดภาวะติดยา ถึงความเคลิ้มสุขที่ได้จากผลของการเสพสารเสพติด รวมถึงการติดยา ต้องการยามากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้โดปามีนหลังมากขึ้น ในขณะที่สารเสพติดอื่นๆ อาจมีตัวรับ (receptor) หรือสารสื่อประสาทอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย (ศรัณย์ กอสนาน, 2547)

นอกจากนี้สารเสพติดบางชนิด เช่น โคเคน ไปบล็อก (block) ไม่ให้สารโดปามีนที่หลังไปยังเซลล์นั้นย้อนกลับมา (reuptake) ซึ่งเมื่อโดปามีนนั้นค้างอยู่ในเซลล์มากๆ จะเป็นพิษ ดังนั้นร่างกายจึงพยายามขับโดปามีนไปไว้ที่บริเวณไซแนปส์ (synapse) แทน เมื่อสารโดปามีนในระบบประสาทลดลงผู้เสพจึงใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นอารมณ์ความสุขแทนโดปามีนที่เสียไป

2. ด้านจิต (Psychology) สภาวะทางจิตใจเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุสำคัญที่มีการติดยาของบุคคล ได้แก่ ลักษณะอารมณ์นิสัย บุคลิกภาพ การปรับตัว วิธีการคิดและการจัดการกับปัญหาการเผชิญปัญหาวิธีแสวงหาความสุขลักษณะทางจิตวิทยาของผู้ที่ใช้ยาเสพติด พบว่าทั้งกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานมีสภาวะจิตและบุคลิกที่ทำให้ใช้และติดยาเสพติด

2.1 มีความเปราะบางทางความคิดควบคุมตัวเองได้น้อยชอบเสี่ยงโดยไม่มีเหตุผล คนกลุ่มนี้ชอบลองชอบความท้าทายในทางที่ผิดจึงทำให้ใช้และติดยาได้ง่าย

2.2 ปัญหาด้านบุคลิกภาพ เช่น มีบุคลิกชอบเลียนแบบหรือทำตามคนอื่น (dependent personality) หรือเป็นคนชอบความเร้าใจและแสวงหาความแปลกใหม่อยู่เสมอ (sensation seeking personality) ทำให้มีโอกาสที่จะใช้สารเสพติดสูงกว่าคนปกติ นอกจากนี้บุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ พบว่าวัยรุ่นที่เป็นเด็กมีผลการเรียนต่ำทำให้ไม่สนใจเรียนไปคบกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดได้ง่าย ในวัยทำงานพบในคนที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตรู้สึกตนเองล้มเหลวไม่สู้ชีวิต นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับตัวยาและฤทธิ์ยาทำให้เป็นที่พอใจของตัวผู้เสพ เช่น การเจ็บป่วย อยากทดลอง จิตใจอ่อนไหว ถูกชักจูงจากเพื่อนและสิ่งแวดล้อม

2.3 ขาดความสามารถในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน พุดคุยหรือปรึกษาใครไม่เป็น ชอบเก็บปัญหาไว้ตามลำพังและแก้ไขด้วยตนเอง

2.4 มีความวิตกกังวลง่ายหรือวิตกกังวลสูงพบกับภาวะวิตกกังวลบ่อยๆ จำเป็นต้องใช้ยาเสพติดเพื่อทำให้รู้สึกดีผ่อนคลายหรือมีความกล้า เช่น คนที่ต้องทำงานหนัก ทำงานเสี่ยงต่างๆ อาการเครียด หรือวิตกกังวลอย่างรุนแรง พักผ่อนไม่เพียงพอ และต้องการผ่อนคลายความตึงเครียดลง จึงมีความเสี่ยงสูงในการลองใช้ยาที่ช่วยให้รู้สึกมีความสุข หรือมีโอกาสติดยาได้

2.5 บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (depress) จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดสูงกว่าคนปกติ เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ที่ใช้ยาเสพติด เพราะบุคคลเหล่านี้ต้องการความสุขสดชื่นในชีวิต ต้องการหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ในใจ

2.6 ผู้ป่วยทางจิต ทั้งนี้ต้องจำแนกให้ได้ว่าใช้ยาเสพติดบางตัวจนทำให้เกิดอาการทางจิต หรือเป็นโรคจิตอยู่ก่อนแล้วไปใช้ยาเสพติด เพื่อจะได้บำบัดรักษาได้ถูกต้อง

2.7 ความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลต่อยาเสพติดและการควบคุมการใช้ ผู้ติดยาจำนวนมากคิดว่าจะใช้ได้อย่างฉลาดโดยเลือกใช้ยาแก้ปัญหาชั่วคราว และคิดว่าจะควบคุมการใช้ได้แต่พบว่าทำไม่ได้ยาก ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่กล่าวได้ข้างต้น

2.8 การเรียนรู้ อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory)

2.8.1 กระบวนการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) สาเหตุที่ผู้เสพมีการเสพยาบ่อยๆ นั้นเพราะหลังการเสพยาแล้วตัวผู้เสพได้รับความสุข และมีสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเป็นตัวกระตุ้นการระลึกถึงด้วย เช่น เจอบรรยากาศเดิมที่เคยเสพยา เพื่อนที่เคยชวนกันเสพยา หรือในงานปาร์ตี้ ผู้เสพยาจะระลึกได้ว่าควรเสพยาเพื่อให้ได้รับความสุขนั้นอีกครั้ง ซึ่งเป็นปัญหามากในการบำบัดหรือการเลิกยา เพราะเมื่อเกิดการเรียนรู้แล้วผู้เสพยาจะลิ้มความสุขและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดได้ยาก

2.8.2 กระบวนการเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) ผู้เสพยารู้ว่าการใช้ยาจะสามารถลดความไม่สบายในทางกายหรือใจของตัวผู้เสพได้ จึงพยายามใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่สบายนี้เสีย แต่บางครั้งผู้เสพยาแยกความรู้สึกไม่สบายซึ่งเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคนในชีวิตไม่ได้ คิดไปเองว่าเป็นความผิดปกติของตน หรือร่างกายจะเกิดอาการอยากยา (Withdrawal symptom) ดังนั้นจึงเสพยาไปมากขึ้นได้

3. ด้านสังคม (Social) สิ่งแวดล้อมตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียนที่ทำงาน ชุมชน ในกลุ่มวัยรุ่น สังคมมีอิทธิพลมากคือการกำหนดพฤติกรรม มีรายงานวิจัยกล่าวถึงการเริ่มใช้ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายแต่เป็นยาเสพติดดำนหน้า วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มจากการเห็นตัวแบบหรืออิทธิพลของครอบครัว เช่น เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เด็กก็มีแนวโน้มใช้ตามแต่การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น กัญชาพบว่ากลุ่มเพื่อนเป็นผู้ชักชวนหรือทดลองใช้ จากกลุ่มเพื่อนซึ่งปัจจัยทางด้านสังคมที่สำคัญที่ทำให้ไปใช้และติดยาดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดคุยกันการปรึกษาหารือร่วมกันในสิ่งเป็นปัญหา หรือการหาทางป้องกัน พ่อแม่บางคนคิดว่าลูกของตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง หรือไม่ทราบว่าเคยลองใช้หรือไม่ ตลอดจนไม่มีการให้ความรู้หรือพูดคุยถึงกลุ่มเพื่อนของลูก ที่อาจจะใช้ยาเสพติด

3.2 รูปแบบการเลี้ยงดู ครอบครัวที่มีปัญหาในการสื่อสาร ขาดความอบอุ่น การรู้สึกตัวเองไร้คุณค่าของเด็กขาดความสำคัญเมื่ออยู่ในบ้านไม่ได้แสดงออก ขอบการท้าทายเด็กพยายามหาจุดเด่นให้ตนเอง จึงไปแสดงออกนอกบ้านในทางที่ผิดโดยการใช้ยาเสพติด

3.3 ขาดการฝึกทักษะการปฏิเสธกับกลุ่มเพื่อน ขาดทักษะการปฏิเสธ ต้องการการยอมรับและเป็นหนึ่งเดียวกับกลุ่มเพื่อนโดยเฉพาะค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่นที่ต้องการแสดงออก ร่วมกัน

3.4 ทักษะคติของพ่อแม่ต่อการใช้ยาเสพติดของลูกที่ไม่เหมาะสม หรือพ่อแม่มี ทักษะคติต่างกัน โดยเฉพาะเหล่า บุหรี่โดยการให้ลองเพื่อได้รู้จักและคิดว่าเด็กไม่ติด

3.5 วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ทำให้เบื่อ หินเรียน คบเพื่อน กลุ่มเกรไ้ยยาเสพติด หรือมีเพื่อนสนิทที่ไ้ยยาเสพติด

3.6 การมีตัวแบบทางสังคมที่ไ้ยยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย เช่น กลุ่มคารานักร้อง ที่เป็นที่ชื่นชอบของวัยรุ่น หรือการโฆษณาที่แฝงค่านิยมผิดๆ ภาพยนตร์ที่มีตัวเอกไ้ยยาเสพติด ในการเผชิญปัญหาหรือการแก้ไขปัญหา

3.7 ครอบครัวที่มีการใช้ยาเสพติดหรือค้าขายยาเสพติดอันเนื่องมาจาก ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ชุมชนที่เน้นวัตถุนิยมที่ทำให้เกิดการเลียนแบบการใช้ชีวิต

3.8 ชุมชนที่มีความอ่อนแอ ต่างคนต่างอยู่ ไม่ร่วมมือกันแก้ปัญหาในชุมชนเป็น จุดอ่อนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดในแต่ละครอบครัวได้ง่าย ชุมชนที่เน้นวัตถุนิยมที่ทำให้เกิดการเลียนแบบการใช้ชีวิต และสิ่งแวดล้อมอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลติดสารเสพติด เช่น การอยู่ใกล้กับผู้เสพและแหล่งค้ายาเสพติดปัญหาในครอบครัว เป็นต้น

3.9 การทำงาน อ่อนเพลียต้องการการทำงานให้มากขึ้นจากผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเสพติดของกลุ่มแรงงานพบว่า ยาเสพติดแพร่ระบาดในกลุ่มแรงงานมีอัตราสูงกว่าในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะการใช้สารกระตุ้น (Methamphetamine) เพื่อเสริมการทำงานโดยกลุ่มบันเทิง กลุ่มขนส่ง กลุ่มก่อสร้าง กลุ่มเกษตร และกลุ่มประมง

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นแรกของกระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การพยาบาลได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การประเมิน และการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน ตั้งแต่ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมก่อนและหลังการเจ็บป่วย พัฒนาการชีวิต ลักษณะนิสัย วิธีการแก้ไขปัญหา สภาพครอบครัว สภาพสังคม สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ประวัติการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงอาการปัจจุบัน

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ไ้ยยาและสารเสพติดได้แก่ชื่อสกุลอายุเพศสถานภาพสมรสจำนวนบุตร ระดับการศึกษาอาชีพ นอกจากนี้ควรซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลดังต่อไปนี้

ประวัติส่วนตัว ประวัติผู้ป่วยในด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่สถานที่เกิดและเจริญเติบโต ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละช่วงวัย และในแต่ละวัยมีพัฒนาการด้านร่างกายและจิต สังคมเป็นอย่างไร สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่-พี่น้อง การศึกษาและผลการศึกษา ความเชื่อทางศาสนาที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ นอกจากนี้ควรรวบรวมข้อมูลด้าน ความสนใจ ความสามารถพิเศษ และกิจกรรมอะไรที่ผู้ป่วยชอบทำ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงานควรเพิ่มประวัติการทำงานและลักษณะของงาน

ประวัติสุขภาพทั่วไป (general medical history) เป็นข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ถ้าเจ็บป่วยระบุงการรักษ ชนิตและปริมาณของยาที่ได้รับ ประวัติการผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วยรุนแรงอื่นๆ เกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system)

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ในผู้ที่เสพสารเสพติดอาจจะมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ดังนั้นควรมีการซักประวัติในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชด้วย สรุปเป็นประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาและการรักษา ในกรณีที่

ผู้ป่วยมีประวัติซับซ้อน เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน ข้อมูลอาจยืดเยื้อจึงควรเริ่มจากจำนวนครั้ง ที่มีอาการทางจิตชัดเจน ระบุอายุที่เริ่มมีอาการปรากฏ และกล่าวถึงอาการในอดีตตามลำดับอายุ พร้อมข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการ หรือชนิดของอาการที่ปรากฏ ความรุนแรงของอาการ การรักษาที่ได้รับ และผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา ในกรณีที่มีอาการสำคัญ เช่น อาการmania และตามด้วยอาการซึมเศร้า (depression) ควรบันทึกไว้ด้วย ถ้าความจำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยบกพร่องควรดูในบันทึกประวัติและบอกด้วยว่าได้ข้อมูลมาจากที่ใด และถ้ามีโอกาสพบญาติควรตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ได้ความเที่ยงตรง

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและสารเสพติด

ควรซักประวัติเกี่ยวกับยาและสารเสพติดทุกชนิดที่เคยใช้มาและที่ใช้ในปัจจุบัน

1. ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยเคยใช้ และก่อนใช้ที่จะมาขอรับการรักษาครั้งนี้
2. วิธีการนำสารเข้าสู่ร่างกาย เช่น การดม การสูด การกิน การฉีด
3. ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง การใช้โดยเฉลี่ยต่อวันหรือต่อสัปดาห์ ใช้ยาอะไรรวมกันบ้าง
4. ระยะเวลา ชนิดและจำนวนที่ใช้อยู่เป็นประจำ ระยะเวลาที่เคยหยุดและกลับมาใช้ใหม่ ความถี่ในการใช้สารและหลังสุดผู้ป่วยใช้สารเสพติดเมื่อไหร่ ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกความรุนแรงหรือปัญหาในปัจจุบัน และการใช้ครั้งสุดท้ายเพื่อช่วยประเมินอาการอาการแสดงของผู้ใช้ยาและสารเสพติด
5. สภาพการณ์ที่ผู้ป่วยต้องใช้สารเสพติดนั้นๆ อายุที่เริ่มใช้ ปัญหาหรือมูลเหตุจูงใจ
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอาการต่างๆ ทางร่างกายและจิตใจ อาหารและการดูแลร่างกาย อาการชัก มีหรือไม่ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้ หรือเมื่อหยุดใช้ยาและสารเสพติดพิจารณาสุขภาพของผู้ป่วยและอาการติดยาหรือสารเสพติด
7. ข้อมูลอื่นๆ ความสัมพันธ์กับสังคมภายนอก ปัญหาทางกฎหมาย การเลิกด้วยตนเอง ประวัติการบำบัดรักษา วิธีการได้มาของสาร แหล่งซื้อ ฯลฯ

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติดของบุคคลในครอบครัว

ควรสอบถามประวัติการใช้ยาและสารเสพติดหรืออาการทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับโรคติดยาและสารเสพติด บทบาทของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดู สภาพครอบครัว เหตุปัจจัยของครอบครัวที่มีผลทำให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติด รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ไข้ยาและสารเสพติดหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดด้วย

ข้อมูลทางสังคม

สังคมแรกของผู้ใช้ยาและสารเสพติด คือ ครอบครัว ต่อมาคือโรงเรียน การชักประวัติในวัยเรียน จะทำให้เห็นการพัฒนาการทางสังคมของผู้ไข้ยาและสารเสพติดความสามารถทางการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน การร่วมกิจกรรม ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดในโรงเรียน สถานภาพการศึกษาในปัจจุบัน ความคาดหวังต่อการเรียนของผู้ไข้ยาและสารเสพติด เศรษฐฐานะ สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน แหล่งขาย กลุ่มเพื่อนที่ติดยา ประวัติการคบเพื่อนต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์/การใช้ยาเสพติด การใช้ชีวิตคู่ ความรับผิดชอบต่อบุตร สถานภาพสมรสในปัจจุบัน พฤติกรรมการเที่ยวกลางคืน การพนัน เป็นต้น

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลเกี่ยวผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่เป็นมาจากการเสพยา และการตรวจหาการใช้สารติดต่างๆ เช่น ผลการตรวจ x-ray ปอด ผลการตรวจเลือดหาระดับสารเสพติดในเลือดการตรวจหาสารเสพติด เพื่อนำไปสู่การบำบัดรักษา แต่ในบางกรณีเกี่ยวข้องกับคดีจะมีการตรวจคัดกรองเบื้องต้นโดยการตรวจจากปัสสาวะ

1.2 เทคนิค และทักษะการประเมิน 4 ด้าน (วิธีการตรวจ/ การซักประวัติ/ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon/การบันทึกผลการตรวจ)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ การในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เจ็บไข้และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย มีปัญหาทางด้านร่างกายหรือไม่ ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ)

ตัวอย่างคำถามที่ควรใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เช่น “พอจะบอกถึงสาเหตุที่คุณต้องมาโรงพยาบาลได้หรือไม่” “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย ได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้น คุณถึงมาอยู่ที่โรงพยาบาลครั้งนี้” “คุณคิดว่าการที่คุณต้องมาอยู่ โรงพยาบาลเพราะอะไร” คุณรู้สึกอย่างไรต่อการมารักษาในโรงพยาบาล” “สิ่งที่ทำให้คุณต้องมาโรงพยาบาล เพราะเหตุใดคุณถึงได้มารักษาที่โรงพยาบาล” ผู้ป่วยตระหนักในสภาพของตนเอง อาการหรือพฤติกรรมของเขาแค่ไหน

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง(ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น มาม่า ขนมกรุบกรอบ การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ความสามารถในการรับประทานอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ

น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index

(ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m², ผู้ชาย 20 – 27 kg/m²) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 3 การขยับถ่าย

ประเมินกระบวนการขยับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโตรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขยับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขยับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขยับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง)

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาร่วมและนันทนาการ มุ่งมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเห็ออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ

ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด)

ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท้า ไหล่ สิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่)

ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น)

การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

ประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/Neurological signs/Reflex

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ

ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง)

สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สิ้นหนาท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากิน ไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่ไม่มีใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้)

การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)

ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจดูผ่านมและอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

ประเมินความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น

การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสดงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น สังเกตสิ่งที้นับถือบูชา เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

สรุป

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด ตั้งแต่การติด การนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาและการรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด มีความจำเป็นที่พยาบาลหรือผู้บำบัดจะต้องทำความเข้าใจถึงสาเหตุและกลไกของการติดยา ซึ่งจะทำให้เข้าใจได้ว่าสารเสพติดมีผลอย่างไรต่อสมอง และเหตุใดในผู้ป่วยแต่ละคนภายหลังการได้รับการบำบัดทางจิตใจและสภาพแวดล้อมแล้วยังไม่สามารถเลิกยาได้ นอกจากนี้การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การวิเคราะห์การเกิดปัญหา และนำไปสู่กระบวนการพยาบาล การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการประเมินการพยาบาลต่อไป ทั้งนี้เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดยาเสพติดดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถรับมือกับปัญหาที่ตนเองได้และใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุขทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคมการป้องกันการกลับมาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉะ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2550). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: ยุทธินิพนธ์การพิมพ์ .จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. มาโนพ คณะโต, พูนรัตน์ ลีดิกุล, นฤมล จันทร์มา และสุจิตตา ฤทธิมนตรี. (2560). รายงานการศึกษา โครงการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)
- วรารณ กุประดิษฐ์ (2551). การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุม ตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน. ขอนแก่น.
- ศรัณย์ กอสนาน. (2547). กลไกและปัจจัยทางชีววิทยาที่มีผลต่อการติดสารเสพติด. วารสาร มฉก.วิชาการ. 8 (15). หน้า 83 - 93.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช:Psychiatric Nursing. พิมพ์ครั้งที่ 2.ปทุมธานี: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย.(2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.

5. วิชาการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด

นางนกวรรณ บุญประสิทธิ์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

หัวข้อสอน

1. การประเมินและการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่
2. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจวิธีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ และการติดนิโคติน
3. ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ด้วยหลัก 5A5R5D
4. ผู้เรียนสามารถประเมินภาวะสุขภาพ และการติดนิโคตินรวมถึงให้การช่วยเหลือได้

เนื้อหาโดยสรุป

1. โทษพิษภัยของบุหรี่

บุหรี่ สิ่งเสพติดที่คนส่วนใหญ่ให้ความนิยม และ หากยังคงสูบไปนานๆ ก็จะมีอันตรายมากขึ้น ซึ่ง โทษของบุหรี่ ก็อาจเป็นเพียงข้ออ้างหนึ่งของคนที่ไม่อยากเลิกหรือไม่มีความพยายามเท่านั้น เนื่องจากในบุหรี่เต็มไปด้วยสารนิโคติน ที่หากร่างกายได้รับไปนานๆ จะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและส่งผลเสียต่ออวัยวะอื่นๆ ตามมามากมาย นอกจากนี้ ควันบุหรี่ยังมีประสิทธิภาพในการทำร้ายคนรอบข้างได้อย่างร้ายกาจ

โทษของบุหรี่ ที่มีต่อตัวผู้สูบ

เสี่ยงตาบอดถาวร

เมื่อเราสูบบุหรี่บ่อยๆ สารพิษในบุหรี่จะไปทำให้เกิดตาต้อกระจกได้ง่ายขึ้น โดยสังเกตได้จากดวงตาที่ดูขุ่นมัว ขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนั่นเป็นเพียงอาการเริ่มต้นเท่านั้น นอกจากนี้ สารพิษในบุหรี่ ยังเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอเรตินาเกิดการตีบตัน จนเป็นผลให้ตาบอดถาวรในที่สุด เสี่ยงมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่แล้ว โรคนี้นับว่าเป็นโรคที่มีความเสี่ยงมากที่สุด เพราะร่างกายของเราจะมีกระบวนการดูดซึมสารพิษหรือสารแปลกปลอมเข้าสู่กระแสเลือด และขับถ่ายออกทางปัสสาวะ ซึ่งสารนิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ ในบุหรี่ยังมีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง เมื่อมีการดูดซึมและขับออกทางปัสสาวะบ่อยๆ จะทำให้กระเพาะปัสสาวะได้สัมผัสกับสารเหล่านี้ไปเรื่อยๆ เป็นผลให้เสี่ยงต่อมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้นั่นเอง เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่มีความอันตรายเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายเฉียบพลันอย่างไม่ทันตั้งตัว และผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยๆ ก็เสี่ยงต่อโรคเหล่านี้มากที่สุด เนื่องจากสารนิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ ในบุหรี่ยังจะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและตีบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ยากขึ้น และอาจไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ จึงทำให้หัวใจวายอย่างเฉียบพลันได้

เสี่ยงโรกระบบทางเดินอาหาร

ผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยๆ จะเสี่ยงต่อโรกระบบทางเดินอาหารได้สูง ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็งอาหาร โรคลำไส้อักเสบ โรคกระเพาะปัสสาวะและมะเร็งหลอดอาหาร รวมถึงการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* เพราะสารเคมีในบุหรี่ จะไปทำให้กระเพาะอาหารมีการผลิตน้ำย่อยออกมามากขึ้น และมากเกินไปจนทำให้เกิดแผลจากการกัดกร่อนของน้ำย่อย ส่งผลให้เป็นโรคมะเร็งและเสี่ยงโรคมะเร็งได้ นอกจากนี้ หากสูบบุหรี่บ่อยๆ และสูบบุหรี่ปริมาณมากต่อวันก็อาจทำให้กระเพาะอาหารทะลุได้



เสี่ยงหลอดเลือดสมองตีบ

หลอดเลือดสมองตีบ เพราะอาจเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้ ซึ่งก็จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤต อัมพาตและอาจเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้อีกเช่นกันซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยๆ และสูบเป็นประจำมักเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองตีบและแตกมากกว่าคนปกติสูงถึง 10 เท่า อีกทั้งยังอาจทำให้เซลล์สมองฝ่อและเสื่อมได้ง่าย

เสี่ยงถุงลมโป่งพอง

โทษของบุหรี่ ที่มีผลต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อผู้คนรอบข้าง ถุงลมโป่งพอง เกิดจากการที่เนื้อปอดและถุงลมเล็กๆ ของเรานั้นค่อยๆ เสื่อมสภาพลง และเริ่มรวมตัวกันจนโป่งพองขึ้นมาในที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นเพราะการสูบบุหรี่มากๆ โดยสารนิโคตินและสารเคมีอื่นๆ จะเข้าไปทำลายเซลล์เนื้อเยื่อของปอด และทำให้ถุงลมเล็กๆ ฉีกขาด ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากและหายใจยากขึ้น หายใจได้ไม่เต็มปอดจนต้องหายใจถี่และเร็วขึ้นกว่าปกติ

เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

เพราะสารเคมีในบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายได้น้อยลง และยังทำให้จำนวนอสุจิน้อยลงตาม ซึ่งเมื่อขาดตัวอสุจิที่แข็งแรงไปโอกาสที่คุณจะเป็นหมันก็ย่อมเพิ่มสูงขึ้น

เสี่ยงแท้งลูก

สำหรับผู้หญิงที่สูบบุหรี่ โดยทั่วไปนอกจากจะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูงกว่าผู้ชายแล้ว หากยังคงสูบในช่วงตั้งครรภ์ก็ยิ่งทำให้เสี่ยงต่อการแท้งลูกได้อีกด้วย เนื่องจากสารเคมีในบุหรี่จะทำให้รกเกาะต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และอาจเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษตามมาได้ ดังนั้นหากรู้ตัวว่ากำลังตั้งครรภ์ ควรเลิกสูบบุหรี่โดยด่วน และต้องอยู่ให้ห่างไกลจากควันบุหรี่ด้วยเช่นกัน

ส่งผลกระทบต่อทางร่างกาย

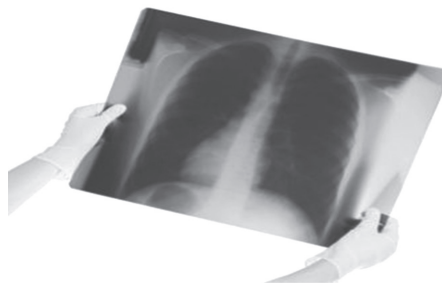
ผู้สูบบุหรี่อาจมีความผิดปกติทางร่างกายเกิดขึ้น ทั้งความผิดปกติที่ไม่อันตรายและที่เป็นอันตราย แต่ก็สร้างความวิตกได้เป็นอย่างมาก ซึ่งสิ่งผิดปกติเหล่านั้น ได้แก่ ฟันผุ ฟันดำ มีกลิ่นปาก กลิ่นตัวเหม็นมาก แก่เร็ว ผมหงอก และอาจมีอาการเหนื่อยง่าย หอบบ่อยๆ เล็บเหลืองหรือมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย

โทษของบุหรี่ต่อคนรอบข้าง

เสี่ยงโรคหอบหืด เนื่องจากควันบุหรี่ มีผลต่อระบบทางเดินหายใจของผู้สูดควันเข้าไปโดยตรง จึงอาจทำให้เกิดอาการภูมิแพ้ และเสี่ยงต่อโรคหอบหืดได้ นอกจากนี้ ในคนที่เป้นโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้อยู่แล้ว ก็อาจมีอาการกำเริบจากการสูดควันบุหรี่ได้ง่ายเช่นกัน ทำลายสุขภาพทารกในครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ หากได้รับควันบุหรี่ในปริมาณมากหรือเป็นประจำทุกวันจะทำให้เสี่ยงอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ ไม่ว่าจะเป็นภาวะเด็กไม่สมบูรณ์ เด็กพิการตั้งแต่กำเนิด ภาวะแท้ง หรือการเสียชีวิตระหว่างคลอด ดังนั้นผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ จึงไม่ควรอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ และตัวผู้สูบบุหรี่เองก็ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ใกล้ๆ กับหญิงตั้งครรภ์ด้วย

เสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปอดได้ถึง 2 เท่า

ผู้สูบบุหรี่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดอยู่แล้ว แต่ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่กลับเสี่ยงต่อมะเร็งปอดมากกว่าถึง 2 เท่าเลยทีเดียว ทั้งนี้ก็เพราะตัวผู้สูบจะได้รับควันบุหรี่เพียงส่วนหนึ่งของควันที่พ่นออกมาเท่านั้น แต่ผู้ที่อยู่รอบข้างกลับได้รับควันบุหรี่ไปเต็มๆ ดังนั้น หากคุณไม่อยากจะทำร้ายคนที่คุณรัก ก็ควรงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในบริเวณที่มีคนอื่นอยู่ใกล้จะดีกว่า



ทำให้เด็กมีพัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ

ควันบุหรี่จะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ช้าลงจากปกติถึง 2 เท่า ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาการทางด้านร่างกายหรือการพัฒนาการทางด้านสมองก็ตาม นอกจากนี้ ยังเสี่ยงต่อการพิการทางด้านสมองของเด็กๆ อีกด้วย

1. การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดรายบุคคล (Quit one)

บุคลากรผู้ให้คำปรึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการอดบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ จากการวิจัยเปรียบเทียบผลการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างผู้ที่เลิกด้วยตนเองกับผู้ที่ให้คำปรึกษาแนะนำปรากฏว่า ผู้ที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าผู้เลิกด้วยตนเอง และมีอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่น้อยกว่า ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจหลักการให้คำปรึกษา

สิ่งที่ควรคำนึงและดำเนินการในการให้คำปรึกษาเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่ คือ

1. ประเมินสถานะของผู้สูบบุหรี่

เพื่อประเมินว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีความเต็มใจในการสูบบุหรี่เพียงใด โดยใช้โมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ (Trans theoretical model of change) ซึ่งแบ่งผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นตอนต่างๆ 6 ขั้นตอน

ตารางที่ 1 โมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ Transtheoretical model of change

ขั้น	ลักษณะของผู้สูบบุหรี่	บทบาทของผู้ให้การปรึกษา
1. Recent acquisition	ผู้ที่สูบบุหรี่มาแล้วเป็นระยะเวลาภายในระยะเวลา น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่มีเจตนาที่จะเลิกสูบเลย	– ให้ข้อมูล เช่น โทษ พิษ ภัย ของบุหรี่ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูบบุหรี่และบุคคลรอบข้างประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ
2. Pre-contemplation	ผู้ที่สูบบุหรี่โดยไม่มีเจตนาที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	– วางแผนสร้างแรงจูงใจ
3. Contemplation	ผู้ที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	– ให้การสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ
4. Preparation	ผู้ที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วัน ข้างหน้าและเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	– ให้ความรู้
5. Action	ผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	– ทบทวนข้อดี – ข้อเสีย
6. Maintenance	ผู้เคยสูบบุหรี่ที่เลิกสูบได้เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน	– สัมภาษณ์ผลกระทบบ
		– ให้ทางเลือก
		– ให้คำแนะนำ
		– สนับสนุนให้กำลังใจ
		– ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

บทบาทของผู้ให้การรักษา

การประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ก่อนที่จะทำการรักษาโดยการให้คำปรึกษาจะทำให้การวางแผนในการให้คำปรึกษาแนะนำมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะที่ยังไม่เต็มใจในการเลิกบุหรี่ (ขั้นที่ 1-3 ของ Transtheoretical model of change) ผู้ให้คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องทุ่มเทในการให้ข้อมูลและวางแผนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อมและเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผู้ให้การรักษามีหน้าที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็งและไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก

2. การประเมินตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปรกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จสูงในการเลิกสูบบุหรี่ได้แก่

- ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกสูบบุหรี่
- ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับความเปลี่ยนแปลง (พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน)
- ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเองปานกลางถึงสูง (มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่)
- มีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาทำการเลิกบุหรี่)

2.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จต่ำในการเลิกสูบบุหรี่ได้แก่

- ผู้ป่วยติดนิโคตินสูง (ประเมินโดยใช้ Fagerstrom tolerance scale หรือแบบสอบถาม Heaviness of Smoking Index (HSI) เช่น สูบบุหรี่มวนแรกภายในเวลา 30 นาทีหลังจากตื่นนอนตอนเช้า สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน มีอาการถอนยารุนแรงระหว่างความพยายามเลิกสูบบุหรี่)
- ผู้ป่วยมีประวัติทางจิตร่วมด้วย (มีประวัติของโรคซึมเศร้า จิตเวช ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น)
- ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง (กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูงและหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้น เช่น การหย่า การเปลี่ยนงาน หรือการแต่งงาน)

3. รูปแบบการให้คำปรึกษา

การบำบัดรักษาโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นรายกลุ่ม หรือการใช้โทรศัพท์เป็นรูปแบบที่ช่วยให้การทำโปรแกรมอดบุหรี่ประสบความสำเร็จ นอกจากนั้น จำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับความสำเร็จในการช่วยให้เลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่อย่างพอเพียง การให้การรักษแบบตัวต่อตัวมากเท่าไร ผลที่ได้ก็ดีขึ้นเท่านั้น พบว่า หากผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำสั้นๆ (เช่น ใช้เวลาน้อยกว่า 3 นาที) จากแพทย์ อัตราการเลิกบุหรี่จะเพิ่มขึ้นมากกว่าไม่ได้รับคำแนะนำเลยถึงร้อยละ 30 และจะเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าตัวหากได้รับคำแนะนำอย่างจริงจัง (เช่น ใช้เวลามากกว่า 10 นาที)

4. ประเภทของผู้ให้การรักษา

การทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ที่ประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภท เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา ฯลฯ จะเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาผู้ติดยาให้เลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ คือ บุคลากรเหล่านี้จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นอย่างดี

การรักษาโดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด

รูปแบบขั้นพื้นฐานของการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบว่ามีประสิทธิภาพและควรแนะนำให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทุกคน ได้แก่

- 1) การฝึกอบรมเพื่อการแก้ปัญหาและเสริมสร้างทักษะ (เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่อยู่ การระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธ)
- 2) การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา
- 3) การช่วยผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอก

ผู้ให้การรักษาจะต้องช่วยผู้ป่วยระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ ทักษะการจัดการกับปัญหาเมื่ออยู่ในสภาวะกดดัน ผู้ให้การรักษาต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการถอนยาที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมมากขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ เตรียมคำพูด/บทสนทนาเพื่อพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ ควรเอาใจใส่ห่วงใยอย่างจริงจัง ฯลฯ

ตารางที่ 2 การรักษาโดยให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด

1) การให้คำปรึกษาเพื่อการแก้ปัญหาและเสริมสร้างทักษะ

บทบาทของบุคลากร	วัตถุประสงค์/ตัวอย่าง
1. ชี้ประเด็นให้ผู้ป่วยเห็นถึงสถานการณ์ที่มีผลต่อการเพิ่มการสูบบุหรี่ต่อการกลับมาสูบบุหรี่	เพื่อให้รู้เวลาใด สถานที่ใด เหตุการณ์อะไรที่ทำให้สูบบุหรี่ เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่คนสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความยากลำบาก การอยู่ภายใต้สภาวะกดดัน
2. พัฒนาทักษะในการรับมือ/จัดการกับปัญหาให้กับผู้ป่วย	เพื่อฝึกให้มีทักษะในการแก้ปัญหา เช่น การควบคุมอารมณ์ การลดความเครียด การเพิ่มคุณภาพชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเคยชินเพื่อลดความกดดันเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือให้มีความสุขสบาย เรียนรู้กิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมและความนึกคิดเพื่อรับมือกับความอยากสูบบุหรี่ เช่น หันเหความสนใจจากบุหรี่ไปทำกิจกรรมอื่น
3. ให้ข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับสูบบุหรี่และความสำเร็จจากการเลิกสูบบุหรี่	เพื่อให้ได้ทราบข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โทษพิษภัยของบุหรี่ การสูบบุหรี่ (แม้ว่าจะสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียว) โทษก็จะทำให้เป็นผู้ติดยาได้ให้ทราบสาเหตุของการสูบบุหรี่ กลไกการติดยา ช่วงเวลาถอนยา (ซึ่งจะอยู่ในช่วงเวลา 1-3 สัปดาห์) อาการต่างๆ ที่เกิดจากการถอนยา

2) การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา

บทบาทของบุคลากร	วัตถุประสงค์/ตัวอย่าง
1. ให้กำลังใจในความพยายามเลิกบุหรี่	เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักว่า ในปัจจุบันมีวิธีการบำบัดรักษาการติดบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพพยายามสื่อสารให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเราสามารถเลิกบุหรี่ได้ บอกให้ทราบว่าเมื่อผู้ติดบุหรี่มากกว่าครึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้
2. สื่อสารให้เห็นถึงความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษา	เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ได้รับรู้ว่ามิใช่ผู้ห่วงใย – ผู้ให้คำปรึกษาควรถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ – เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึก ความกลัว ความยากลำบาก ที่ผ่านมามีความรู้สึกบ้าง กังวล ฯลฯ ที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ – ผู้ให้คำปรึกษาควรแสดงความห่วงใยและความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจและบอกให้ทราบว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อม และเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ
3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ของเขา	ผู้ให้คำปรึกษาถามถึง – เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเลิกสูบบุหรี่ – สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลใจ ความลำบากในการเลิกบุหรี่ – ความสำเร็จที่ได้รับ – ความลำบากที่เคยเผชิญในขณะที่เลิกบุหรี่

3) การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอก

บทบาทของบุคลากร	วัตถุประสงค์/ตัวอย่าง
1. ฝึกอบรมให้มีทักษะในการร้องขอการสนับสนุนจากสังคมเพิ่มขึ้น	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนการเลิกบุหรี่จากสังคมแวดล้อม เช่น การให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์ตัวอย่างการฝึกทักษะการขอรับการสนับสนุนการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักขอความสนับสนุนจากทางครอบครัวเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน ในการเลิกบุหรี่ของเขา การจัดให้บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่
2. ให้หาแรงสนับสนุนทันทีได้ด้วยตนเอง	ผู้ให้คำปรึกษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาแรงสนับสนุนจากภายนอกได้ด้วยตนเอง โดยการให้ข้อมูลแหล่งที่ผู้ป่วยสามารถหาความรู้ และแรงสนับสนุนอื่นๆ เช่น ให้หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อของหน่วยงาน องค์กร ให้เว็บไซต์เกี่ยวกับการอดบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีการกระตุ้นโดยใช้วิธีเตือนหรือสอบถาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสวงหาการสนับสนุนจากภายนอก
3. จัดให้เกิดแรงสนับสนุนอื่นๆ จากภายนอก	โดยการให้ผู้ป่วยเป็นผู้คอยให้แรงสนับสนุนแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่รายอื่นๆ อาจจะโดยการจัดเป็นคู่หูผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยกันให้คอยช่วยเหลือกัน ให้ผู้ป่วยเขียนจดหมายติดต่อกับผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่รายอื่น ฯลฯ วิธีการนี้เป็น การเสริมสร้างกำลังใจและแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาการจูงใจโดยใช้เทคนิคแรงจูงใจรายบุคคล/รายกลุ่ม (Action plan for quit Smoking)

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีดำเนินงาน
1	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพความคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ (ผู้บำบัด) กับผู้รับการบำบัด (หรือผู้รับบริการ) 2. เพื่อวิเคราะห์และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้รับบริการ 3. เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ 4. เพื่อรับผู้ป่วยเข้าโครงการเลิกบุหรี่	1. สร้างสัมพันธภาพ/ให้การต้อนรับ จูงใจ แสดงความยินดีในการตัดสินใจเลิกบุหรี่ 2. เตรียมการ เตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 3. ประเมินสภาพผู้ป่วยและประเมินระดับการสูบบุหรี่ โดยวัดระดับการติดบุหรี่/การติดนิโคตินจากแบบสอบถาม “คนรักปอด” 4. ตรวจสอบสภาพร่างกายโดยวัดความดันโลหิต X-ray ปอด และตรวจสอบสมรรถภาพของปอดโดยใช้ Spirometer (หากมี) (Physical examination) 5. ให้ข้อมูลแก่ผู้ติดบุหรี่ เรื่อง - แนวทางการบำบัดรักษา - ขั้นตอน กระบวนการเลิกสูบบุหรี่ - ความสำคัญของการมาตรวจตาม
2	1. เพื่อสร้างและเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 2. เพื่อให้ข้อมูลปัญหาที่พบบ่อยขณะเลิกบุหรี่/วางแผนรับมือ 3. เพื่อบอกขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่	1. ทบทวนการเลิกบุหรี่/การให้กำลังใจ 2. ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ 3. อาการหรือปัญหาหลัก 4 ข้อ ที่เกิดขึ้นบ่อยในการเลิกบุหรี่ในระยะเริ่มต้น 4. การวางแผนรับมือกับตัวกระตุ้นภายใน/ตัวกระตุ้นภายนอก 5. แนะนำแนวทางปฏิบัติและบทบาทของครอบครัวต่อการ
3	1. เพื่อทบทวนความเข้าใจ และขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ 2. เพื่อสร้างแรงจูงใจ และย้ำคำมั่นสัญญา 3. เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงผลดี/ผลเสียต่างๆที่จะตามมา	1. ทบทวนถึงการสูบบุหรี่/ปัญหาหลัก หรือตัวกระตุ้นพร้อมแนวทางการแก้ไข 2. ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ลดลง ช่วยในการประหยัดแก่ตนเองและครอบครัว 3. ให้กำลังใจและแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่ 4. เน้นความสำคัญของการตรวจตามนัด 5. ทักษะการเลิกบุหรี่ - กระบวนการติดบุหรี่ - เส้นทางสู่การเลิกบุหรี่ - 5A's ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ - เทคนิคการหยุดความคิด - ทักษะการปฏิเสธ

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีดำเนินงาน
4	1. เพื่อสร้างแรงจูงใจ และย้ำค่านิยมสัญญา 2. เพื่อให้การเสริมแรง 3. เพื่อฟังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการหยุดสูบบุหรี่	1. ทบทวนการเลิกสูบบุหรี่/แนวทางแก้ไข 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อร่างกาย / ถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ 3. การออกกำลังกายที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้อย่างไร 4. ให้คำปรึกษา ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจ
5	1. เพื่อให้การเสริมแรงและให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการ 2. เพื่อติดตามผลการยุติการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการ 3. เพื่อฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ผู้รับบริการเผชิญในการหยุดสูบบุหรี่และให้คำปรึกษา	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อร่างกาย เช่น โรคต่อกระจาก ผอมร่าง ผื่นผุ กระจกตาพรุน ผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ 2. กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิก (Group meeting) 3. การบำบัดอย่างต่อเนื่องมีผลดีอย่างไร/ประโยชน์ของการมา F/U อย่างต่อเนื่อง 4. การตั้งเป้าหมายและการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5. ทักษะป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ/การรับรู้ความตึงเครียดและการจัดการกับอารมณ์ 6. การเตรียมตนเองสู่ระยะติดตามผลการรักษา

หลัก 5 A's ช่วยให้เลิกบุหรี่

การดำเนินการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วย 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)

1. Ask (ถาม) เกี่ยวกับสถานภาพการสูบบุหรี่

ผู้บำบัดควรถามข้อมูลการสูบบุหรี่กับผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการที่สถานพยาบาล และกรอกข้อมูลการสูบบุหรี่ในเอกสารของผู้ป่วยด้วย เช่น ในใบสัญญาณชีพ (Vital Signs) อาจจะทำเป็นสติ๊กเกอร์ปิดไว้บนแฟ้มผู้ป่วย หรือเก็บข้อมูลลงระบบคอมพิวเตอร์

สำหรับผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่และได้เลิกบุหรี่ในปีที่ผ่านมา ก็ให้ถามทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบเพื่อให้มีข้อมูลเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ได้ทราบว่า ผู้ป่วยอยู่ในประเภทใด

โดยใช้คำถามว่า “ปัจจุบันนี้คุณสูบบุหรี่หรือไม่ ? ”

ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ไม่ได้สูบบุหรี่”

ถามต่อไปว่า “คุณเคยหยุดสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมาหรือไม่”

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กและมีผู้ใหญ่มาเป็นเพื่อนก็ให้ถามผู้ใหญ่ เพื่อพิจารณาว่าเด็กในกลุ่ม second - hand smoke หรือไม่ ดังนี้

คำถาม “มีใครในบ้านของคุณหรือของเด็กคนนี้สูบบุหรี่หรือไม่”

หากผู้ป่วยเป็นเด็กมีอายุมากกว่า 10 ปี ให้ถามว่า

คำถาม “หนูเคยสูบบุหรี่ไหม”

2. Advice (แนะนำ) ให้หยุดสูบบุหรี่

บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำสื่อสารให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างเป็นกันเอง คำแนะนำที่ใช้ต้องชัดเจน เป็นจริงเป็นจังในรูปแบบของการสนับสนุนช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ใช่แบบเป็นฝ่ายตรงข้าม กระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่โดยใช้คำถามแบบ Pros and cons

คำแนะนำที่ชัดเจน

“ผมคิดว่าคุณจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ และผมสามารถช่วยคุณได้”

คำแนะนำที่จริงจัง

“ในฐานะแพทย์/ผู้ดูแลสุขภาพของคุณ ผมต้องการให้คุณทราบว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดที่คุณสามารถกระทำได้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในขณะนี้และในอนาคตด้วย”

คำแนะนำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยตรง

ให้รวมการสูบบุหรี่ไปกับประเด็นปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และ/หรือ ผลกระทบของ second - hand smoke ที่เกิดขึ้นกับเด็กๆ และบุคคลในครอบครัว

“ผมทราบว่า คุณกังวลใจกับอาการไอของคุณ และการที่ลูกชายของคุณเป็นหัดบ่อย ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่ คุณก็จะไอลดลง และลูกของคุณก็อาจป่วยเป็นหัดน้อยลงด้วยเช่นกัน”

และหากโอกาสเหมาะสม ผู้ให้บริการอาจจะให้แรงกระตุ้น (5 R's) เพื่อให้ผู้ป่วยระบุปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาได้

3. Assess (ประเมิน) ความตั้งใจ/ความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

โดยถามความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเขา การประเมินนี้เพื่อให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์มากที่สุดที่จะทำให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จ โดยใช้บุคลากรสาธารณสุขใช้บุคลิกภาพที่อบอุ่น เป็นกันเอง

คำถาม “คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณ ? ”

“คุณทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับผลทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ ? ”

“คุณเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ไหม ? ”

“คุณจะได้ประโยชน์อะไรบ้างเมื่อคุณเลิกสูบบุหรี่ ? ”

หากผู้ป่วยแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในขณะนี้ ก็ให้จัดเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ฯลฯ มอบให้ผู้ป่วยแล้วบอกว่า บุคลากรสาธารณสุขทุกคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่

4. Assist (ช่วยเหลือ)

จัดเตรียมความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกสูบ เตรียมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง (แม้ว่าผู้ป่วยยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่ก็ควรได้รับข้อมูลด้วยเช่นกัน) โดยพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาโดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด (Counseling and behavioral therapies) และการรักษาโดยใช้ยา (Pharmacotherapy)

สำหรับผู้ป่วยยังไม่คิดจะเลิกบุหรี่

- แนะนำผู้ป่วยว่า ทีมบุคลากรสาธารณสุขพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิก
- การให้เพื่อหาข้อจำกัดในการเลิกสูบบุหรี่ และให้การสนับสนุนโดยการสร้างแรงจูงใจตามที่ระบุไว้ใน 5 R's
- จัดหาเอกสารเกี่ยวกับเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยศึกษา
- พูดคุยเกี่ยวกับผลของ second hand smoke ที่ลูกหลานในบ้านได้รับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่นอกบ้าน และไม่สูบบุหรี่ในรถยนต์

สำหรับผู้ป่วยมีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ใช้ในเร็ว ๆ นี้

- แนะนำผู้ป่วยว่า ทีมบุคลากรสาธารณสุขพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิก
- ชักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่
- การให้เวลาพูดคุยเพื่อหาข้อจำกัดในการเลิกสูบบุหรี่ และให้การสนับสนุนโดยการสร้างแรงจูงใจตามที่กำหนด ใน 5 R's โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกสูบบุหรี่

สำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือน ข้างหน้า เหมือนข้างต้น เพิ่ม

- ช่วยผู้ป่วยในการกำหนดแผนการเลิกบุหรี่ได้แก่
- กำหนดวันเริ่มต้นเลิกบุหรี่
- บอกครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และขอความช่วยเหลือสนับสนุนและกำลังใจ
- ความท้าทายที่คาดหวังในความพยายามเลิกบุหรี่
- กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ออกจากสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

จัดเตรียมการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม (เช่น การแก้ปัญหา / การฝึกทักษะ)

- การเลิกสูบบุหรี่อย่างแท้จริงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ อย่าสูบบุหรี่แม้แต่เพียงครั้งเดียวหลังจากวันที่เริ่มต้นเลิกบุหรี่
- ระบุได้ว่าอะไรเป็นตัวช่วยและอะไรเป็นตัวขัดขวางความพยายามเลิกสูบบุหรี่ในครั้งก่อน
- เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่ได้ ผู้ป่วยจึงต้องกำหนดปริมาณ และ หรือห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะที่อยู่ในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่
- เลิกสูบบุหรี่จะทำให้สำเร็จยากขึ้น หากในบ้านมีผู้สูบบุหรี่ ผู้ป่วยต้องขอร้องชักชวนให้ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านเลิกสูบบุหรี่พร้อมกัน
- ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนภายในสิ่งแวดล้อมของเขา
- แนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาบำบัด การใช้ยาทดแทนนิโคติน
- ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เยาวชน หญิงตั้งครรภ์ ต้องให้ข้อมูลและการสนับสนุนอย่างอื่นเพิ่มเติม
- ระวังปรากฏการณ์ การเปลี่ยนชนิดการติดสารเสพติด (switching addictions) เช่น เปลี่ยนการติดบุหรี่ไปติดแอลกอฮอล์
- เตรียมการติดตามผล

สำหรับผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่ แต่ในปีที่ผ่านมาได้หยุดสูบ

- กล่าวแสดงความชื่นชมยินดีที่ทำได้ และให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอดไป
- ใช้คำถามเปิด เช่น “คุณคิดว่าการหยุดสูบบุหรี่ช่วยคุณได้อย่างไร”

การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

- ให้ความสำคัญกับการเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวรมากขึ้น
- บุคลากรสาธารณสุขควรตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมของตัวผู้ป่วยอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้
- ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตัวกระตุ้นที่สำคัญๆ เช่น ความเครียด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ใช้คำถามเปิดเพื่อระบุสาเหตุที่ไม่คาดหมายที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้หากลวิธีในการเอาชนะปัญหาดังกล่าวรวมถึง
- อารมณ์ไม่ดี หรือซึมเศร้า
- มีอาการถอนนิโคตินเป็นเวลานานหรือรุนแรง
- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
- แรงกระตุ้นสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ลดลง/รู้สึกอะไรขาดหายไป

สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งกลับมาสูบบุหรี่

- ถ้ามองเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ และช่วยระบุกลวิธีในการเอาชนะให้ได้ในอนาคต
- ยืนยันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเขามีความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดวันเริ่มต้นเลิกบุหรี่ใหม่
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรมสุขภาพจิต ฯลฯ

5. Arrange follow-up (จัดเตรียมการติดตามผล)

กำหนดการติดตามผลทั้งในรูปแบบการพบตัวหรือใช้โทรศัพท์สอบถาม

ติดตามผลครั้งที่ 1 ภายใน 1 สัปดาห์

ติดตามผลครั้งที่ 2 ภายใน 1 เดือน

และในช่วง 1 ปีแรก ติดตามผลทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยยังคงไม่สูบบุหรี่ การใช้จดหมายหรือโทรศัพท์จะให้ผลคุ้มค่ากว่าการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมาที่สถานบริการ

- โดยการแสดงความยินดีที่ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้
- หากผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ ก็ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่อีก ให้กำลังใจผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะเลิกสูบบุหรี่ใหม่ โดยถือว่า การกลับมาสูบบุหรี่ครั้งนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ อย่างหนึ่งระบุปัญหาที่พบและความท้าทายที่คาดหวังในอนาคตอันใกล้ ประเมินผลการใช้ยาและปัญหา
- ควรคำนึงถึงการส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เน้นมากกว่านี้

3. การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ (5 R's)

สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เคยคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ บุคลากรสาธารณสุขจะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับหรือเพื่อให้พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่โดยแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แรงจูงใจ (5 R's) คือ

Relevance (ตรงตัว) :

กระตุ้นให้ผู้ป่วยชี้ว่าทำไมการหยุดสูบบุหรี่ เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวของเขา โดยพยายามให้เจาะจงมากที่สุด ข้อมูลที่ทำให้เกิดแรงจูงใจซึ่งมีผลกระทบมากที่สุด ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยการเกิดโรคของตัวผู้ป่วย ของบุคคลในครอบครัวในสังคมแวดล้อม (เช่น ในครอบครัวมีเด็กๆ) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ อายุ เพศ และลักษณะสำคัญอื่นๆของผู้ป่วย (เช่น ประสบการณ์ก่อนการหยุดสูบบุหรี่สิ่งที่ขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ของเขาเอง)

Risks (ความเสี่ยง) :

ให้ผู้ป่วยระบุผลเสียที่เกิดตามมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ให้บริการอาจจะเสนอแนะและชี้ชัดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วย และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า แม้จะใช้บุหรี่ที่มีสารทาร์ต่ำ มีนิโคตินต่ำ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นนอกเหนือจากสูบบุหรี่ (เช่น บุหรี่ไรควัน ชิการ์โปป) ก็มีความเสี่ยงเช่นเดียวกัน ตัวอย่างปัจจัยเสี่ยงได้แก่

ปัจจัยเสี่ยงที่ให้ผลทันที เช่น อาการหายใจสั้น ๆ เป็นหอบหืด มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ เป็นหมัน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อันตรายต่อการกินในครรภ์ เพิ่มคาร์บอนมอนนอกไซด์ในชีรั่ม

ปัจจัยเสี่ยงที่ให้ผลในระยะยาว เช่น หัวใจวาย เส้นเลือดหัวใจตีบ มะเร็งปอดและมะเร็งอวัยวะอื่นๆ (กล่องเสียง ช่องปาก คอหอย หลอดอาหาร ตับอ่อน ไต อวัยวะเพศหญิง) ถุงลมโป่งพอง ความพิการระยะยาว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องอยู่ในความดูแลที่ยาวนาน

ปัจจัยเสี่ยงต่อสิ่งแวดล้อม เช่น เพิ่มโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจให้กับคู่ครอง (สามีหรือภรรยา) เด็กในครอบครัวมีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าเด็กในครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่ เด็กแรกคลอดเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติภาวะทารกตายแรกคลอดสูง เด็กเป็นหอบหืด โรคของหูชั้นกลาง โรคระบบทางเดินหายใจ

Rewards (รางวัล) :

ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุและอภิปรายถึงประโยชน์จากการหยุดสูบบุหรี่ที่เจาะจง และทำนองเดียวกันกับการให้ระบุปัจจัยเสี่ยง คือ ให้ตรงและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยให้มากที่สุด เช่น มีสุขภาพดีขึ้น การรับรู้รสชาติอาหารรับรู้กลิ่นดีขึ้น ประหยัดเงิน รู้สึกดีกับตัวเอง (เช่น ตัวไม่มีกลิ่นบุหรี่ ฟันไม่เป็นคราบ) รวมทั้งบ้าน รถยนต์ เสื้อผ้า ลมหายใจไม่กลิ่นเหม็น สามารถหยุดความกังวลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เด็กๆ ทั้งทารกและเด็กๆ มีสุขภาพดีขึ้นไม่ต้องกังวลกับการต้องสูบบุหรี่ต่อหน้าคนอื่น รู้สึกสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นออกกำลังกายได้ดีขึ้น รื้อรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าลดลง ผิวหน้าไม่ดูแก่ก่อนวัย

Roadblocks (อุปสรรค/เครื่องกีดกัน) :

ให้ช่วยผู้สูบบุหรี่ระบุอุปสรรคและเครื่องกีดกันการเลิกสูบบุหรี่ และอธิบายวิธีการบำบัดรักษาที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ (เช่น การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา การบำบัดรักษาโดยใช้ยา) ปัญหาข้อจำกัดมักเกี่ยวข้องกับอาการถอนยา กลัวที่จะล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวขึ้น ขาดการสนับสนุนจากสังคมเกิดความซึมเศร้า และความสนุกจากการได้สูบบุหรี่

Repetition (การกล่าวซ้ำ) :

การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนี้จะต้องกระทำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญของการหยุดสูบบุหรี่มาตรวจรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เคยล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ครั้งก่อนๆ การให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ไม่ท้อแท้ว่ามีผู้สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็นจำนวนมากที่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคตินของ DSM IV*

- มีอาการดื้อยา (tolerance) ต้องการนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ
- มีอาการถอนนิโคติน
- มีการใช้นิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นหรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ
- มีความต้องการนิโคตินที่รุนแรงหรือล้มเหลวในการพยายามหยุดได้รับนิโคติน
- มีการใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่ทำให้ได้มาซึ่งสารนิโคตินหรือการเสพนิโคติน
- มีการลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการทำงานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการอื่นๆ เนื่องจากการข้อจำกัดในการเสพสารนิโคติน

4. การใช้ยาบำบัดในการช่วยเลิกบุหรี่ (Pharmacotherapy in Smoking Cessation)

การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จัดเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการติดบุหรี่มีผลมาจากการติดนิโคตินซึ่งเป็นภาวะเสพติดทางร่างกาย และเมื่อหยุดสูบบุหรี่ผู้ป่วยมักเกิดอาการถอนนิโคติน ดังนั้นการใช้ยาจึงช่วยบรรเทาหรือป้องกันอาการดังกล่าวและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับการติดทางจิตใจและสังคมได้ โดย AHRQ ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในทางคลินิกไว้เพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายถึงข้อสงสัยและคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา ในปัจจุบันยาที่ใช้ช่วยเลิกบุหรี่สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ได้ 2 ลักษณะคือ

1) แบ่งตามชนิดของยาในการให้นิโคตินทดแทน

1.1 ยาที่ให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy, NRT) ซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ ได้แก่

1. หมากฝรั่งเคี้ยว (nicotine chewing gum)
2. แผ่นปิดผิวหนัง (nicotine patch)
3. สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray)
4. ยาพ่น (nicotine inhaler) ส่วนประกอบ mouthpiece และ cartridge
5. ลูกอมนิโคติน (Nicotine lozenge) ลักษณะคล้ายคลึงกับลูกอมโดยทั่วไป

1.2 ยาที่ไม่ใช่นิโคติน (Non-nicotine replacement therapy, NNRT) ได้แก่

1. Bupropion HCl (amfebutamone) sustained release
2. Nortriptyline HCl
3. Clonidine

2) แบ่งตามอันดับของการเลือกใช้

2.1 First line agents มี 5 ชนิด ได้แก่

1. หมากฝรั่งเคี้ยว (nicotine chewing gum)
2. แผ่นปิดผิวหนัง (nicotine patch)
3. สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray)
4. ยาพ่น (nicotine inhaler)

2.2 Second line agents ได้แก่

1. Nortriptyline HCl
2. Clonidine

บรรณานุกรม

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา . (2553). คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่ เบื้องต้น เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวิ พรินตติ้ง.

อารยาทองผิว, สุทัศน์รุ่งเรืองหิรัญญา และ สุรจิต สุนทรธรรม . (2561) . คู่มือเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวิ พรินตติ้ง.

6. แนวคิดสำคัญในการตรวจสอบสภาพจิต

นายแพทย์อัศวพัฒน์ เตชะราชกุล : นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ความสำคัญของการตรวจสอบสภาพจิต :

เนื่องจากภาวะทางจิตเวชเป็นอาการที่พบได้มากในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งสามารถพบได้ทั้งในรูปแบบที่เป็นโรคร่วม/โรคแทรก ดังนั้นผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายจึงควรต้องได้รับการตรวจสอบสภาพจิต ความผิดปกติของสภาพจิตมีอาการแสดงได้ในหลายอาการ เช่น ภาวะซึมเศร้า, วิตกกังวล, ประสาทหลอนอาศัยข้อมูลที่ได้จากสอบถามผู้ป่วยรวมถึงการที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การตรวจสอบสภาพจิตถือว่ามีความสำคัญเทียบเท่าการตรวจสภาพร่างกาย ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นสภาพจิตของผู้ป่วย ณ เวลาที่สัมภาษณ์เท่านั้น

ในการบันทึกควรบรรยายรายละเอียดร่วมด้วย นอกเหนือไปจากการใช้ศัพท์เฉพาะทางจิตเวชเพื่อให้ผู้อ่านข้อมูลสามารถที่จะเข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลการตรวจสอบสภาพจิตควรหลีกเลี่ยงการใส่ความคิดเห็นหรือความรู้สึกส่วนตัว

ประโยชน์ที่ได้จากการประเมินสภาพจิต :

- ประเมินผู้ป่วยที่วินิจฉัยหรือสงสัยถึงภาวะที่มีอาการทางจิตที่เกิดจากใช้ยาและสารเสพติด
- ประเมินผู้ป่วยที่วินิจฉัยหรือสงสัยถึงโรคร่วมที่เป็นกลุ่มโรคจิตเภทหรือกลุ่มโรคจิตชนิดอื่น
- ใช้ในการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา, จิตบำบัด

ตัวแปรที่มีผลต่อการประเมิน :

ภาวะที่มีผลต่อการประเมินเช่น มีภาวะ substance intoxication หรือ withdrawal, ภาวะ delirium, โรคทางกายที่มีความรุนแรง เป็นต้น

ส่วนประกอบที่สำคัญในการประเมินสภาพจิต :

► ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมและทัศนคติ (Appearance, behavior and attitude)

สังเกตถึงลักษณะท่าทางภายนอกโดยทั่วไป

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| - ลักษณะรูปร่าง | - ท่าทาง |
| - ลักษณะเฉพาะบุคคล หรือตำหนิ | - การแต่งตัวและเครื่องประดับ |
| - ความสะอาดเรียบร้อย | |

ความผิดปกติของพฤติกรรมบางอย่างขณะรับการสัมภาษณ์ช่วยบ่งบอกถึงความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการโรคจิต มักไม่สบตาหรือหลีกเลี่ยงการสนทนา

► การเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor activity หรือ psychomotor)

ลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น

- มีลักษณะเชื่องช้า (bradykinesia)
- กระวนกระวาย (agitation หรือ hyperkinesia)
- การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Abnormal movement) เช่น อาการ
- กระตุก (jerky movement), อาการสั่น (tremor)

► การพูด (Speech)

บรรยายลักษณะการพูดทั้งคุณภาพและการออกเสียง

- คุณภาพ เช่น ความคล่องแคล่วในการพูด (fluency) ความเร็ว (rate) น้ำเสียง (tone) ความดัง (volume)
- การออกเสียง (articulation) เช่น พูดพึมพำ (mumbling)
- ลักษณะที่สำคัญของการประเมินการพูดคือปริมาณของคำพูด (amount)

► อารมณ์ และสภาพอารมณ์ที่แสดงออก (Mood and affect)

เป็นการบรรยายอารมณ์โดยผู้ป่วยเอง หรือที่ผู้ตรวจสังเกตได้

- อารมณ์ (mood) คือ สภาวะอารมณ์ที่คงอยู่นานและเป็นประสบการณ์ที่เกิดเฉพาะตัว
- อารมณ์ที่แสดงออก (affect) คือ สภาวะอารมณ์ที่ปรากฏให้สังเกตเห็น ประเมินในแง่ คุณสมบัติ (quality) ระดับการแสดงออก (range) และความเหมาะสม (appropriateness)

► ความคิด (Thought)

ประเมิน 3 ประเด็น

- ความผิดปกติโดยรวมของความคิด
- ความผิดปกติของกระบวนการคิด
- ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด

กระบวนการคิด (Thought process) : คือ การเรียบเรียงและแสดงออกของ

ความคิดเป็นอย่างไร ตัวอย่างของ thought process ที่ผิดปกติ เช่น loosening of association, circumstantiality, tangentiality หรือ flight of idea เป็นต้น

เนื้อหาความคิด (Thought content) : เป็นความผิดปกติในเนื้อหาความคิด มีความผิดปกติหลักอยู่ 5 ประการ ได้แก่

- ความคิดหมกมุ่น (preoccupation)
- อาการย้ำคิดและอาการย้ำทำ (obsession and compulsion)
- อาการกลัว (phobia)
- อาการหลงผิด (delusion)
- ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea)

► การสัมผัสรับรู้ (Perception)

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

อาการประสาทหลวม (illusion) คือ การรับรู้ที่บิดเบือนไปจากสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น

อาการประสาทหลอน (hallucination) คือ การรับรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้ามากกระตุ้น

อาการทั้ง 2 ชนิด เป็นได้กับประสาทรับรู้ทุกชนิด คือ การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การสัมผัส

และการรับรส

อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน พบได้มากที่สุดของโรคทางจิตเวช

► พุทธิปัญญา (Cognitive)

มักพบความผิดปกติในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกาย (medical condition) ได้บ่อย ประกอบไปด้วย

- ความรู้สึกรู้ตัว (alertness)
- การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation)
- ความจำ (Memory) : Immediate memory, Recent memory, Recent past memory, Remote memory

► การควบคุมแรงกระตุ้น หรือ ความหุนหัน (Impulse control)

ได้จากการสังเกตพฤติกรรมระหว่างการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิต ซึ่งช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความตระหนักต่อพฤติกรรมของตนเองหรือไม่ มีแนวโน้มที่จะก่ออันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่

– การตัดสินใจ (Judgement)

ความสามารถในการตัดสินใจ ประเมินได้จาก พฤติกรรมขณะตรวจของผู้ป่วย การตัดสินใจในเหตุการณ์สมมติ การถามถึงการวางแผนในอนาคต เป็นต้น

– การตระหนักรู้ถึงอาการทางจิต (Insight)

ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการตระหนักและยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองสามารถแบ่งได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

– Denial of illness

– ยอมรับการเจ็บป่วย แต่ยังลังเลการรับความช่วยเหลือ

– โทษว่าสาเหตุการเจ็บป่วยของตนเกิดจากปัจจัยภายนอก

– ยอมรับการเจ็บป่วยว่าเกิดจากบางสิ่งบางอย่างภายใน

– Intellectual insight

– True emotional insight

3

วิชาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ติดยาและสารเสพติด

1. การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ลอดทอน : นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด

1. โรคการใช้สารเสพติด (substance use disorders) ประกอบด้วย การเสพหรือใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (substance abuse) และ การพึ่งพาหรือการติดสารเสพติด (substance dependence) ในหมวดนี้อธิบายถึงความผิดปกติในแง่ของการใช้สาร คือ มีการใช้สารอย่างไม่เหมาะสม มีผลกระทบต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ การงาน การเข้าสังคมและความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีภาวะดื้อยา (tolerance) และถอนยา(withdrawal)

2. ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (substance-induced disorders) หมายถึง กลุ่มอาการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้หรือหยุดใช้สารนั้นๆ ได้แก่ ภาวะเมา (intoxication) ภาวะถอน (withdrawal) อาการเพ้อ (delirium) สมองเสื่อม (dementia) โรคเสียความจำ (amnesic disorder) โรคจิต (psychotic disorders) ความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) สมรรถภาพทางเพศผิดปกติ (sexual disorders) ความผิดปกติของการนอน (sleep disorders)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคการใช้สารเสพติด (Substance use disorder)

ผู้ป่วยเสพสารจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม โดยมีอาการต่อไปนี้ 2 อย่าง หรือมากกว่าในช่วง 12 เดือนใดๆ

1. ใช้สารในปริมาณที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความตั้งใจอยู่เสมอที่จะลดปริมาณการเสพลงมา แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
3. ใช้เวลานานๆ หมดไปกับ (a) การได้สารมา (b) การเสพ หรือ (c) การฟื้นฟูให้หายจากฤทธิ์ของสาร
4. มีความกระหายหรือความต้องการเป็นอย่างมาก หรือมีแรงขับดันที่จะต้องเสพสาร
5. เสพสารซ้ำๆจนมีความบกพร่องในบทบาทในการทำงาน การเรียน หรือ ต่อครอบครัว
6. ยังคงเสพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาต่อเนื่องหรือเกิดปัญหาซ้ำๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางสังคม หรือปัญหามนุษยสัมพันธ์ อันเป็นผลมาจากการเสพสาร
7. มีความลดลงหรือบกพร่องกิจกรรมหลักที่เกี่ยวกับสังคม อาชีพการงาน หรือพักผ่อนหย่อนใจ
8. เสพสารซ้ำๆ ในสถานการณ์ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อร่างกาย
9. ยังเสพอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าเกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจอย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำๆ โดยที่ปัญหานั้นๆ น่าจะเป็นผลที่มาจากการใช้สาร
10. อาการดื้อยา (Tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - a. เพิ่มปริมาณของสารเพื่อให้เกิดความมึนเมา b.ผลของสารลดลงอย่างมาก แม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
11. อาการขาดยา(withdrawal symptom) โดยมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - a. มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงของการขาดสารนั้น b.เสพสารเพื่อให้อาการขาดยาลดน้อยลง หรือเพื่อให้ไม่มีอาการ

- ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (ALCOHOL-RELATED DISORDERS)
ระดับ alcohol ในกระแสเลือดที่มีผลต่อพฤติกรรม

ความเข้มข้นในเลือด (mg%)	พฤติกรรม
20 – 90	เริ่มเสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความคิด และการตัดสินใจเสีย
100 – 199	มีอาการทางประสาทวิทยา การตอบสนองช้าลง ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการทางจิตใจและอารมณ์
200 – 299	มีอาการเมาอย่างเห็นได้ชัด เว้นในรายที่มีการดื้อแอลกอฮอล์ คลื่นไส้ อาเจียน เดินเซอย่างมาก
300 – 399	สับสน (confusion) หรือขาดสติ (stupor)
400 – 500	ระบบหายใจแย่งลง อุณหภูมิ และความดันโลหิตลดลง Coma

การประเมินผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์

เนื่องจากเครื่องดื่มแต่ละชนิดมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ต่างกัน องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดค่า 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ไว้ คือ 1 ดื่มมาตรฐาน หรือ 1 standard drink หมายถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ปริมาณการดื่มที่มีความเสี่ยง สำหรับเพศชาย คือ ดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว ส่วนปริมาณการดื่มที่มีความเสี่ยงสำหรับเพศหญิง คือ ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว

ภาวะเมาแอลกอฮอล์ (Alcohol Intoxication)

เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-5 สำหรับ Alcohol intoxication

- A. เพิ่งมีการดื่มแอลกอฮอล์
- B. มีพฤติกรรมหรือสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงอย่างไม่เหมาะสม อย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ (เช่น มีเพศสัมพันธ์อย่างไม่เหมาะสม หรือก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจเสีย ไม่สามารถเข้าสังคม หรือ ทำงานได้)
- C. มีอาการต่อไปนี้หนึ่งข้อ (หรือมากกว่า) ในระหว่างหรือทันทีหลังจากการดื่ม
- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| (1) พูดไม่ชัด (slurred speech) | (4) นัยน์ตากระตุก (nystagmus) |
| (2) การทรงตัวเสีย (incoordination) | (5) เสียความทรงจำและสมาธิ |
| (3) เดินไม่มั่นคง (unsteady gait) | (6) stupor หรือ coma |
- D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่า

การรักษา

เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (supportive) จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หรือระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงในระดับที่ปลอดภัย ระวังว่าผู้ป่วยได้รับยาหรือสารอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งอาจเสริมฤทธิ์การกดประสาทกับแอลกอฮอล์ได้ เป้าหมายในการรักษาคือป้องกันการกดการหายใจ และการสำลัก ควรให้น้ำตาลกลูโคส และวิตามิน B1 ทางเส้นเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และผู้ที่ติดสุราเรื้อรังมักขาดวิตามิน B1 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยายามควบคุมผู้ป่วยให้อยู่ในที่ปลอดภัย ระวังอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นอาจใช้การผูกมัด หากจำเป็นต้องใช้ยาให้ haloperidol 2.5 - 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นครั้งคราวจนกว่าผู้ป่วยจะสงบ

ภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal)

เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-5 สำหรับ Alcohol withdrawal

- A. มีการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มหลังจากที่มีการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน
- B. มีอาการอย่างน้อย 2 ข้อเกิดขึ้นในไม่กี่ชั่วโมงจนถึง 2-3 วันหลังจากข้อ A
 - (1) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออก, ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที)
 - (2) มือสั่นมากขึ้น
 - (3) นอนไม่หลับ
 - (4) คลื่นไส้หรืออาเจียน
 - (5) เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริงชั่วคราว
 - (6) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
 - (7) วิดกกังวล
 - (8) ชักทั้งตัว (grandmal seizure)
- C. อาการในข้อ B ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญ
- D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายและโรคทางจิตเวชอื่นๆ

ปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสารรุนแรง เช่น alcohol withdrawal delirium ได้แก่

1. มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้ว (ดื่มมาตรฐาน) ต่อวัน คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวด
2. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
3. เคยมีอาการขาดสารรุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (delirium tremens)
4. เคยมีอาการชักจากการขาดสุรามาก่อน
5. มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูงอยู่
6. จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน
7. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
8. ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
9. มีการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะยากล่อมประสาทและยานอนหลับ

การดูแลรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์

ให้การประเมินภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่อาจมีร่วมด้วย ซึ่งต้องให้การรักษาเร่งด่วน เช่น ตับอักเสบเฉียบพลัน, hepatic encephalopathy, การบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมถึงการประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น สมอลสับสน ความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น อาการทางจิต เป็นต้น

ประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ อาจใช้ร่วมกับแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอน เช่น Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA-Ar), Alcohol Withdrawal Scale (AWS) เป็นต้น

การถอนพิษแอลกอฮอล์

คือ การถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol detoxification) หลักการคือ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย โดยการให้ยาเพื่อระงับอาการถอน และเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่รุนแรงตามมา หลักการรักษภาวะถอนพิษสุราประกอบด้วย 4S' ดังนี้

Sedation โดยการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ซึ่งมีได้หลายรูปแบบดังนี้

1. Symptom-triggered regimens (หรือ PRN dosing) เป็นการให้ยาตามอาการถอน เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย uncomplicated withdrawal โดยอาศัยเครื่องมือที่ใช้ติดตามความรุนแรงของอาการ เช่น CIWA-Ar, AWS ข้อดี คือ ผู้ป่วยได้รับยาตามความเหมาะสม แต่ต้องอาศัยผู้ประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด โดยทั่วไปจะใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาว เพราะทำให้ควบคุมอาการได้ดีกว่า เช่น diazepam (Valium®), chlordiazepoxide (Librium®) ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการทำงานของตับ หรือในผู้สูงอายุควรพิจารณาให้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น (short acting) ได้แก่ lorazepam (Ativan®) ซึ่งไม่มี active metabolite และถูกขจัดออกจากร่างกายโดยวิธี conjugation ซึ่งยังคงทำงานได้ปกติแม้การทำงานของตับจะบกพร่องไปบ้างแล้ว ยาที่ให้อาจพิจารณาโดยการกินหรือฉีดทางเส้นเลือดกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก กินไม่ได้หรือไม่ให้ความร่วมมือ หลังจากผู้ป่วยอาการสงบแล้ว บางรายอาจจำเป็นต้องได้ยาต่อโดยเฉพาะรายที่ได้รับขนาดยาสูงในการควบคุมอาการระยะแรก ให้คำนวณขนาด benzodiazepines ที่จำเป็นต้องใช้และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป และค่อยลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 ทุกๆ 2-3 วัน จนหยุดยาได้ โดยไม่ควรให้ยาต่อเนื่องเกิน 10 วัน

2. Structured medication regimens เป็นการให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดเพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีอาการถอนพิษเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก การรักษาวิธีนี้เหมาะสำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป (general ward) หรือผู้ป่วยที่เคยมีประวัติชักจากการถอนแอลกอฮอล์ หรือในรายที่มีอาการถอนแล้วจะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย โรคหัวใจ เป็นต้น การให้ยาตามระยะเวลานี้ควรให้ยาตามระยะเวลาทุก 4 - 6 ชั่วโมง ดีกว่าการให้แบบ 4 เวลาหลังมื้ออาหารและก่อนนอน ซึ่งจะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำลงมากในช่วงกลางวัน เนื่องจากมีระยะห่างระหว่างยามื้อก่อนนอน และมื้อเช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการถอนพิษที่รุนแรงในช่วงเวลาดึกได้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องตับ ผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ lorazepam 2 mg รับประทานทุก 6 ชม. จำนวน 4 มื้อ ต่อด้วย lorazepam 1 mg รับประทานทุก 6 ชม. จำนวน 8 มื้อ

ขณะให้ยาตามสูตรที่กำหนด ต้องให้การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด หากยังมีอาการถอนอยู่อาจเพิ่มปริมาณยา ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepine แล้วยังมีอาการกระสับกระส่าย หรือในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษรุนแรงโดยเฉพาะมีอาการ severe hallucination ผู้รักษาอาจให้ antipsychotic ได้แก่ haloperidol 2-5 mg รับประทานหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4-6 ชั่วโมง เช่นเดียวกับผู้ป่วย alcohol-induced psychotic disorders และ alcohol withdrawal delirium ซึ่งมักต้องได้รับยา Benzodiazepine ในขนาดที่สูงกว่า

Symptomatic relief

เป็นการให้ยาตามอาการเพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น การให้ paracetamol เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ การให้ metoclopramide เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้

Supplement

นอกจากการถอนพิษแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับอาหารและสารน้ำที่เพียงพอ ควรให้วิตามินเสริมในผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์ทุกราย โดยปกติผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังมักขาดวิตามินบี1 (Thiamine: B1) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ควรให้ Thiamine 100 mg IM แก่ผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ทุกรายเพื่อป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น อาจฉีดให้ 3-5 วันแรก และให้รับประทานต่อเป็น B1 100 mg oral 3 times a day หรือพิจารณาให้ในรูป vitamin B1-6-12 นอกจากนี้สามารถให้วิตามินเสริมอื่นๆ ได้ เช่น Folic acid 5 mg วันละ 1-3 เวลา, Multivitamin 1 tab/cap วันละ 1-3 เวลา

Supportive environment

- การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย
- Supportive counseling and reassurance โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

- มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษ และสุขอนามัยในการนอนหลับ (sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

การดูแลรักษาอาการชักที่เกิดจากการถอนแอลกอฮอล์ ควรรับตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและประเมินหาสาเหตุการชักที่เป็นไปได้ นอกจาก alcohol withdrawal ให้ยา diazepam 10 mg ฉีดเข้าเส้น หรือ lorazepam 2 mg ฉีดเข้าเส้น และควรให้รับประทานต่อเนื่องอีก 24-48 ชั่วโมงต่อมา การให้ phenytoin ไม่มีประสิทธิภาพในการช่วยป้องกันอาการชักที่เกิดจาก alcohol withdrawal

การดูแลรักษาภาวะ Alcohol withdrawal delirium ให้สารน้ำและเกลือแร่ชดเชยอย่างเพียงพอ และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และใช้การผูกมัดในกรณีที่จำเป็นหรืออาจเป็นอันตราย ตรวจหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดร่วมด้วย และเป็นสาเหตุให้อาการ delirium แย่ลงได้ การให้ยา benzodiazepine เป็นยาที่เหมาะสม อาจใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนสุราเป็นแนวทางในการให้ยาได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องได้รับยาในขนาดที่สูงจึงจะสงบอาการได้ เช่น diazepam 10-20 mg IV ทุก 10-15 นาที จนกว่าอาการจะสงบ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาขนาดสูงมาก ควรระวังผลข้างเคียงการกดการหายใจ ระยะเวลาที่หายาควรครอบคลุมระยะดำเนินโรคของ delirium tremens คือ 7-10 วัน จากนั้นค่อยๆ ลดขนาดยาลง 10% ต่อวัน

Alcohol-induced psychotic disorder

ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด โดยอาการเริ่มเกิดในช่วง 1 เดือน ของการดื่มหรือการหยุดดื่ม แต่อาการอาจคงอยู่นานได้หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มอย่างหนัก และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่เกิดเฉพาะในช่วงที่มีภาวะ delirium การดูแลรักษาใช้หลักการเดียวกับการถอนพิษ และอาจให้ยาด้านโรคจิตร่วมด้วย

Alcohol-induced persisting amnesic disorder

เดิมรู้จักในชื่อของ Wernicke-Korsakoff syndrome มักเกิดในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากมานานหลายปี ผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียความจำระยะสั้น (short-term memory) Wernicke's encephalopathy อาการเป็นแบบ acute onset สาเหตุเกิดจากการขาด Thiamine มีอาการเฉพาะ คือ Truncal ataxia, nystagmus, ophthalmoplegia (CN VI) และ confusion รักษาโดยการให้ Thiamine 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวัน จนอาการ ophthalmoplegia ดีขึ้น การดำเนินโรค อาจหายได้ใน 2-3 วันถึงหลายสัปดาห์ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจะมี Korsakoff's psychosis ตามมา Korsakoff's psychosis มีอาการสำคัญ คือ anterograde amnesia รักษาโดยการให้ Thiamine เป็นเวลา 3-12 เดือน

► ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน [AMPHETAMINE RELATED DISORDERS]

แอมเฟตามีน แอมเฟตามีนจัดเป็นสารประเภทกระตุ้นประสาท ผลการตรวจพิสูจน์ยาบ้าในปัจจุบันที่พบอยู่ในประเทศไทยมักพบว่าเกือบทั้งหมดมีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสมอยู่ สารที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปในชื่อ “ยาบ้า ยาบ้า ยาม้า ยาขยัน” คือ methamphetamine เนื่องจากเป็นสารเสพติดโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นไทย ยาบ้าออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาท dopamine, norepinephrine, และ serotonin ทั้งยังมีฤทธิ์ในการเสพติดสูง

อาการทางคลินิก (Clinical Feature)

1. อาการพิษแอมเฟตามีน (Amphetamine intoxication)

มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและจิตใจ เช่น อารมณ์ครื้นเครงมากหรือเฉยเมย, กระวนกระวาย, มีความตื่นตัวสูง, หงุดหงิดง่าย, วิดกกังวล ตึงเครียด, มีพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped behavior) การตัดสินใจเสีย อาการทางกายมักพบการเต้นของหัวใจเร็ว, ม่านตาขยาย (pupil dilation) ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เหงื่อออก กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้าลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจมีอาการสับสนและชักได้

2. อาการขาดแอมเฟตามีน (Amphetamine withdrawal)

ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดสารภายใน 2-3 ชั่วโมง มักมีอาการรุนแรงในวันที่ 2-3 อาการเป็นอยู่นาน 7 วัน จะมีความรู้สึกไม่สบายอ่อนเพลีย อาจมีอาการหงุดหงิดหรือซึมเศร้า เชื่องช้าหรือกระสับกระส่าย การอยากอาหารเพิ่มขึ้น นอนมากหรือนอนไม่หลับ ผื่นร้าย หากอาการรุนแรงมากจะมีอาการทางจิตหรือซึมเศร้ารุนแรงแทรกซ้อนจนถึงฆ่าตัวตายได้

3. อาการโรคจิตเนื่องจากแอมเฟตามีน (Amphetamine-induced psychotic disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว หรืออาการหลงผิดในขณะที่เสพ มีความคิดหลงผิดว่ามีคนปองร้าย (persecutory delusion) อาการโรคจิตจากแอมเฟตามีนมักเกิดในช่วง intoxication มีอาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia, paranoid type) ความแตกต่างคือ อาการทางจิตที่เกิดจากสารจะปรากฏอยู่เพียง 2-3 วัน และตรวจพบสารในปัสสาวะ (urine amphetamine positive)

เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-5 สำหรับ Amphetamine intoxication

- A. เพิ่งมีการใช้แอมเฟตามีน หรือสารในกลุ่ม (เช่น methylphenidate)
- B. มีพฤติกรรมหรือสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ (เช่น อารมณ์ครื้นเครง หรือเฉยเมย การเข้าสังคมเปลี่ยนแปลง ตื่นตัวอย่างมาก รู้สึกไวในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กังวล ตึงเครียด หรือโกรธ พฤติกรรมซ้ำๆ ตัดสินใจไม่เหมาะสม เสี่ยงการเข้าสังคมหรือการทำงาน) ซึ่งเกิดระหว่างหรือหลังการใช้สารไม่นาน
- C. มีอาการต่อไปนี้สองข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นในระหว่าง หรือทันทีหลังการใช้แอมเฟตามีน
 - (1) หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นช้า
 - (2) ม่านตาขยาย
 - (3) ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต่ำลง
 - (4) เหงื่อแตกหรือหนาวสั่น
 - (5) คลื่นไส้หรืออาเจียน
 - (6) มีหลักฐานว่าน้ำหนักตัวลด
 - (7) psychomotor ช้าหรือกระวนกระวาย
 - (8) กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจช้า เจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ
 - (9) สับสน ชัก เคลื่อนไหวผิดปกติ กล้ามเนื้อเกร็ง หรือ coma
- D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายและไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ดีกว่า

เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-5 สำหรับ Amphetamine withdrawal

- A. มีการหยุด (หรือลดการใช้) แอมเฟตามีน หรือสารในกลุ่มหลังการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน
- B. มีอารมณ์ไม่แจ่มใสและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นในไม่กี่ชั่วโมงถึงสองสามวันหลังจากเกณฑ์ A
 - (1) อ่อนเพลีย
 - (2) มีฝันไม่ดีที่เหมือนจริง
 - (3) นอนไม่หลับหรือหลับมาก
 - (4) เจริญอาหารมากขึ้น
 - (5) psychomotor ช้าหรือกระวนกระวาย
- C. อาการตามเกณฑ์ B. ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมทางสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง
- D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายและไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ดีกว่า

การรักษาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน

การรักษาภาวะเมาแอมเฟตามีน หลักการเบื้องต้นที่สำคัญในการเข้าหาผู้ป่วย ได้แก่

1. การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยการลดสิ่งกระตุ้นเร้า เช่น เสียงดัง แสงสว่างจ้า และสิ่งแวดล้อมควรจะสงบ เงียบ
2. ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ยอมรับฟังสิ่งที่ผู้มาสารพุด
3. ให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าปลอดภัย
4. ให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ควบคุมได้
5. อาจขอให้เพื่อน หรือญาติอยู่ด้วย หรือติดต่อให้ได้พูดคุยด้วย
6. การให้ความมั่นใจ เช่น อาการเกิดจากฤทธิ์ของสาร ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อสารหมดฤทธิ์

การบำบัดทางยา การให้ยาบำบัดภาวะเมาจะให้การรักษาตามอาการ โดยถ้าผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายใจ หงุดหงิด วิตกกังวล จะใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เช่น diazepam 2-10 mg IV หรือ diazepam 10-20 mg รับประทานโดยอาจให้ทุก 4-6 ชั่วโมงแล้วแต่ความรุนแรงของอาการ โดยทั่วไปอาการจะหายภายใน 1-3 วัน ถ้ามีอาการ กระสับกระส่าย หรือมีอาการทางจิต (amphetamine-induced psychotic disorder) ให้ใช้ยาในกลุ่มยาต้านโรคจิต เช่น haloperidol 2-10 mg/d รับประทานหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การให้ยาต้านโรคจิตเช่นเดียวกับการรักษาโรคจิตอื่นๆ แต่ระยะเวลานานน้อยกว่า นอกจากนี้การทำให้ปัสสาวะเป็นกรด (acidify urine) จะช่วยให้ amphetamine ถูกขับออกได้ไวขึ้นโดยใช้ Vitamin C 500 mg รับประทานวันละ 4 เวลาเป็นเวลา 3-5 วัน

การรักษาจะเน้นที่การป้องกันการทำร้ายตัวเองและอันตรายต่อผู้อื่น แพทย์ควรให้การดูแลควบคุมอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยเป็นปกติ ลดสิ่งกระตุ้นเร้าในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ได้แก่ เสียงดัง เกินไป แสงสว่างจ้า เป็นต้น ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเองเมื่อหมดฤทธิ์ของสาร พุดคุยกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงได้บ่อยสามารถให้การผูกมัดได้หากจำเป็นแต่ควรระมัดระวังเพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด hyperthermia และ rhabdomyolysis ได้

การรักษาภาวะถอนแอมเฟตามีน ภาวะถอนจะมีอาการไม่รุนแรง การให้การดูแลรักษาจึงเป็นการให้ยาเท่าที่จำเป็นเพื่อลดอาการ เช่น ถ้ามีอาการกระวนกระวายหรือนอนไม่หลับ ก็ให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในรายที่มีอาการซึมเศร้าให้ยาด้านซึมเศร้า เช่น กลุ่ม SSRIs เช่นเดียวกับการรักษา depressive disorder อย่างไรก็ตาม ในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง แพทย์ควรประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง หากมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตนเองควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เป็นการรักษาที่สำคัญมากเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพ และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ควรช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือทางจิตใจและการให้คำปรึกษา แม้ผู้ป่วยจะกลับไปเสพซ้ำ แต่จะมีความสามารถในการควบคุมการใช้จ่ายดีขึ้น เป้าหมายคงไม่ได้มุ่งถึงจำนวนผู้ที่หยุดเสพได้ แต่การที่ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาของตนเอง สามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น ดำรงชีวิตในสังคมได้ ถือเป็นผลสำเร็จที่สำคัญเช่นกัน

► ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสารกลุ่มโอปิออยด์ (OPIOIDS-RELATED DISORDERS)

Opium หรือ ฝิ่นดิบ หมายถึง ยางที่กรีดได้จากดอกฝิ่น Opiate หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรืออนุพันธ์ของ Opium ส่วน Opioid หมายถึงสารที่ออกฤทธิ์เหมือนกับฝิ่น หรืออนุพันธ์ของฝิ่น สารในกลุ่มนี้มีทั้งที่สกัดได้จากธรรมชาติ เช่น morphine, กึ่งสังเคราะห์ เช่น heroin และสังเคราะห์ เช่น pethidine จากการที่ยาในกลุ่มนี้จับตัวกับ μ -opiate receptors ฤทธิ์ของยาจึงทำให้รู้สึกครื้นเครง (Euphoria) ลดการเจ็บปวด กดการหายใจ ทำให้ท้องผูก ลดการอยากอาหาร และทำให้ความต้องการทางเพศน้อยลง

เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-5 สำหรับ Opioid intoxication

- A. เพิ่งมีการใช้ opioid ชนิดใดชนิดหนึ่ง
- B. มีความผิดปกติของพฤติกรรม หรือจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ (เช่น อารมณ์ครื้นเครง (euphoria) ตามด้วยเฉยเมย (apathy) ไม่แจ่มใส พลุ่พล่าน กระวนกระวายหรือเซื่องซึม)
- C. ม่านตาหด (pupillary constriction) [หรือขยายหากเกิด anoxia จากการเสพมากเกินไป] ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 ข้อ
 - 1) ง่วงซึม (drowsiness or coma)
 - 2) พูดอ้อแอ้ (slurred speech)
 - 3) ความสนใจหรือความทรงจำบกพร่อง (impairment in attention or memory)
- D. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ

ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการเสพมากเกินไป (opioid overdose) ซึ่งจะพบกลุ่มอาการที่สังเกตได้ง่าย และเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่เรียกว่า “clinical triad” ได้แก่ coma, pinpoint pupil, respiratory depression

เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-5 สำหรับ Opioid withdrawal

- A. มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง
 - 1. มีการหยุด (หรือลดปริมาณ) การเสพ จากที่เคยใช้ปริมาณมากเป็นเวลานาน
 - 2. มีการใช้ opioid antagonist หลังจากมีการใช้ opioid มารยะหนึ่ง
- B. มีอาการอย่างน้อย 3 ข้อ ในเวลาไม่นานหลังจากข้อ A

(1) อารมณ์ไม่แจ่มใส (dysphoric mood)	(6) ท้องเสีย (diarrhea)
(2) คลื่นไส้ หรืออาเจียน (nausea or vomiting)	(7) หาวนอน (yawning)
(3) ปวดกล้ามเนื้อ (muscle aches)	(8) ไข้ (fever)
(4) น้ำตาหรือน้ำมูกไหล (lacrimation)	(9) นอนไม่หลับ (insomnia)
(5) ม่านตาขยาย ขนลุก หรือเหงื่อออก (papillary dilate, piloerection, or sweating)	
- C. อาการดังกล่าวทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ หรือกิจกรรมต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญ
- D. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ

การรักษาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสารกลุ่มโอปิออยด์

การรักษาภาวะเมาสารกลุ่มโอปิออยด์และการเสพเกินขนาด (Opioid intoxication and overdose) ภาวะเมาสารอนัฟีนอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ การรักษาถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน

- การเฝ้าระวังเรื่องทางเดินหายใจ และสัญญาณชีพ (vital sign)
- การให้ Naloxone (ซึ่งเป็น opioid antagonist) 0.4-0.8 mg ฉีด IV โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นทันที (ดูการหายใจ และ pupil response) สังเกตอาการ 15 นาที
- หากอาการไม่ดีขึ้นให้ 1.6 mg สังเกตอีก 15 นาที
- หากอาการไม่ดีขึ้นให้ 3.2 mg และควรนึกถึงสาเหตุอื่นด้วย
- หากดีขึ้นแล้ว ให้ 0.4 mg ทุก 1 ชั่วโมง จนเป็นปกติ

Naloxone hydrochloride เป็นสารที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นกว่าสารกลุ่มฝิ่นทั่วไป ดังนั้นต้องดูอาการเป็นระยะ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการแย่ลงได้

การรักษาภาวะถอนจากสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid withdrawal)

Methadone เป็นสารสังเคราะห์ของอนุพันธ์ฝิ่น มีสรรพคุณเป็น opioid agonist โดยจับกับ μ -receptor เช่นกัน มีค่าครึ่งชีวิตยาวถึง 24–36 ชั่วโมง ข้อดี คือ สามารถรับประทานวันละครั้ง ยาขึ้นถึงระดับสูงสุดในเลือดประมาณ 2–4 ชั่วโมง เริ่มต้นให้รับประทาน 5–20 mg/d แบ่งให้วันละ 1–2 ครั้ง อาจเพิ่มขนาดยาได้ หากยังมีอาการถอนฝิ่นอยู่ หลังจากปรับได้ขนาดยาที่เหมาะสม (20–60 mg) แล้ว ให้คงไว้ที่ขนาดเดิมประมาณ 1 สัปดาห์ แล้วจึงค่อยๆ ลดขนาดลงร้อยละ 5–10 ทุกๆ 3–7 วัน จนกระทั่งหยุดยาได้

การรักษาด้วยการให้โอปิออยด์ทดแทน (opioid substitute treatment) ในระยะยาว

เดิมการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่น/เฮโรอีน เริ่มจากการใช้เมทาโดน ในการถอนพิษยาเพื่อระงับอาการขาดยา ซึ่งเมื่อครบระยะการบำบัดผู้ป่วยมักกลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก การให้เมทาโดนระยะยาวในผู้ป่วยเสพติดฝิ่น/เฮโรอีน มาจากแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพติด/เฮโรอีน และสามารถกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัว ทำงานและอยู่ในสังคมได้เช่นคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีผลการศึกษายืนยันว่า การให้เมทาโดนระยะยาวเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการบำบัดได้นานกว่ารูปแบบอื่นและยังสามารถลดการแพร่เชื้อทางเลือดในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนชนิดฉีด ในทางสังคมและเศรษฐกิจการให้เมทาโดนระยะยาวสามารถลดอาชญากรรมและเพิ่มการมีงานทำ ลดภาระของสังคม ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

► ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสารกลุ่มประสาท ยานอนหลับ และยาคลายกังวล (Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-related Disorders)

ยาในกลุ่มนี้หมายถึงยาในกลุ่ม Benzodiazepine (BZDs) รวมทั้งยานอนหลับในกลุ่มอื่น คือ barbiturate และ barbiturate-like substance ยาจำพวกกลุ่มประสาทและยานอนหลับมีสูตรทางเคมีแตกต่างกัน แต่มักจะใช้เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับและอาการเครียดเหมือนกัน

การเสพติดและการใช้ในทางที่ผิด

จริงๆ แล้วยาในกลุ่มนี้ไม่ใช่ยาหลักในการเสพติด ส่วนใหญ่ของผู้ที่ใช้ไม่ได้ใช้เพื่อความพึงพอใจหรือเพื่อความสนุกสนาน แต่อาจเป็นเพราะได้รับยาในการรักษาภาวะทางจิตเวชอื่นๆ จากการที่หากใช้ยาในกลุ่มนี้อย่างไม่ระมัดระวัง จะทำให้เกิดเสพติดและใช้ในทางที่ผิดได้

- กลุ่มที่ติดยาเสพติดหลายตัว และใช้ benzodiazepine ด้วย
- ผู้ป่วยติดสุรา ผู้ป่วยเครียด หรือผู้ป่วยนอนไม่หลับ และใช้ benzodiazepine จนติด
- ผู้ป่วยซึมเศร้า หวาดกลัว วิตกกังวล ที่ได้รับ benzodiazepine ในขนาดสูงเป็นเวลานาน

เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 สำหรับ Sedative, hypnotic, anxiolytic intoxication

- เพิ่มมีการใช้ยากลุ่มประสาท ยานอนหลับ หรือยาคลายกังวลในเร็วๆ นี้
- มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือสภาพจิตใจไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ (พฤติกรรมทางเพศ หรือก้าวร้าว อารมณ์ผันผวน การตัดสินใจไม่ดี สูญเสียการเข้าสังคม หรือการทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหรือไม่นานหลังจากการใช้ยา)
- มีอาการต่อไปนี้ 1 ข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นระหว่างหรือไม่นานหลังจากการใช้ยา
 - (1) พูดอ้อแอ้
 - (2) กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสาน
 - (3) เดินโซเซ
 - (4) อาการตากระตุกแกว่ง (nystagmus)
 - (5) ความสนใจหรือความทรงจำบกพร่อง
 - (6) ภาวะกึ่งโคม่า หรือโคม่า
- อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่า

เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 สำหรับ Sedative, hypnotic, anxiolytic withdrawal

- A. มีอาการหลังจากหยุดใช้ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือยาคลายกังวล
- B. มีอาการต่อไปนี้ 2 ข้อ (หรือมากกว่า) เกิดภายในไม่กี่ชั่วโมงหรือ 2-3 วันหลังจากข้อ A
 - (1) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออก, ชีพจรเร็ว)
 - (2) มือสั่นมากขึ้น
 - (3) นอนไม่หลับ
 - (4) คลื่นไส้หรืออาเจียน
 - (5) เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริงชั่วคราว
 - (6) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
 - (7) วิดกกังวล
 - (8) ชักทั้งตัว (grandmal seizure)
- C. อาการตามข้อ B ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์
- D. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่า

การบำบัดรักษาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสารกล่อมประสาท ยานอนหลับ และยาคลายกังวล

การรักษาภาวะเมา

ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์กดประสาท เมื่อรับประทานเกินขนาดทำให้เกิดการหายใจ ควรมีการตรวจร่างกายและประเมินระบบประสาทอย่างละเอียด และแยกจากภาวะโรคทางกายอย่างอื่น ให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน และกู้ชีพเบื้องต้นแล้ว หากผู้ป่วยรับประทานยากล่อมประสาท benzodiazepines อาจให้ antidote คือ flumazenil ซึ่งออกฤทธิ์เป็น benzodiazepines antagonist ส่วนในรายที่ใช้ยากล่อมประสาท barbiturate หลังจากทำการล้างท้องแล้ว ให้ activated charcoal เพื่อชะลอการดูดซึม

การรักษาภาวะถอน

ยาในกลุ่มนี้เมื่อรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเสพติด เมื่อหยุดใช้ยากะทันหัน จึงเกิดภาวะถอนยาได้ซึ่งอาการจะคล้ายกับการถอนแอลกอฮอล์ โดยอาการถอนจะมีความรุนแรงมากขึ้น ขึ้นกับปริมาณความเข้มข้น และระยะเวลาที่ใช้สารในกลุ่มนี้ ในรายที่อาการรุนแรงอาจชักหรือโคม่าได้ ต้องให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องได้รับยากล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือยาคลายกังวลในกลุ่มเดียวกับที่ผู้ป่วยเคยใช้อยู่เป็นประจำก่อนหน้านี้เพื่อลดอาการถอนสาร แต่ให้ในปริมาณที่ลดลง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการบำบัดรักษาที่ถูกต้องว่า ต้องใช้ยากล่อมประสาทในปริมาณที่ควบคุมและลดขนาดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหยุดยาได้ใช้เวลา 1-4 สัปดาห์หรือนานกว่านั้นในบางราย

ในรายที่ใช้ยาอยู่และมาปรึกษาแพทย์ หรือในรายที่แพทย์เห็นว่าควรลดขนาดยาลง แนะนำให้ผู้ป่วยลดขนาดยาลงร้อยละ 10 ทุกๆ 2-3 วัน จนเมื่อขนาดยาน้อยให้ลดช้าๆ เช่น ร้อยละ 10 ต่อสัปดาห์เพื่อป้องกันการถอนที่รุนแรง จะเห็นว่าเมื่อลดขนาดยาน้อยลง ระยะเวลาจนกว่าจะหยุดสารได้ในที่สุดจะใช้เวลาานานกว่าช่วงแรก ผู้ป่วยที่ใช้ยา benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น alprazolam การลดหรือหยุดยากระทำได้อย่างยากกว่า แพทย์อาจใช้สารในกลุ่มเดียวกันในการถอนพิษ คือ benzodiazepine ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว เช่น chlordiazepoxide, diazepam โดยเทียบเคียงขนาดยา (equivalence dose) กับยาที่ผู้ป่วยใช้

เอกสารอ้างอิง

- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. บรรณาธิการ ตำราจิตเวชศาสตร์การ
ติดสารเสพติด: เอกสารเผยแพร่สำนักงาน ป.ป.ส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, 2549
- พนัสนิภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ. บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหา
สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่, 2549
- มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. บรรณาธิการ, ตำราจิตเวชศาสตร์: โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548
- ปราโมทย์ สุคนิชย์, มาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2539.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่:
แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.);
2552.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการ
พัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
- รศ.พญ. สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. เอกสารคำสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ กระบวนวิชาจิตเวชศาสตร์

2. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) ในผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด และบทบาทของพยาบาล

นางสุพรรณยา งามชัด : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของ AA และ 12 Steps , 12 Tradition ของ AA
2. สามารถนำวัตรกรรมรูปแบบการใช้ 12 Steps ของกลุ่ม AA ในการดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม
3. สามารถเชื่อมต่อแนวทางปฏิบัติและวิธีการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่ม AA ในการดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม
4. สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิก AA ไทย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายการดูแลผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสุราได้

เนื้อหา

โรคพิษสุราเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากเหตุปัจจัยหลายอย่าง ก่อให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน ดังนั้น การบำบัดรักษาที่ดีจึงควรมีองค์ประกอบทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Spirituality) โรคพิษสุราเรื้อรังในมิติหนึ่งเป็นความเสื่อมถอยทางด้านจิตวิญญาณ กระบวนการฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual recovery) มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ตึ๊งามขึ้น ด้วยการส่งเสริมให้ยอมรับความอ่อนแอเประบาง มีความหวังกำลังใจว่าสามารถฟื้นฟูสภาพได้ อ่อนน้อมถ่อมตน ซื่อสัตย์ต่อตนเอง ทบทวนตนเอง สำนึกผิด ขอโทษ กระทำสิ่งที่ดีให้เพิ่มมากขึ้น ปลอ่อยวางความรู้สึกผิด สงเคราะห์ผู้อื่น เป็นต้น

กลุ่มผู้ติดสุรานินาม (Alcoholics Anonymous หรือ AA)

เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่เป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับมานานจนมีเครือข่ายสากลที่ใหญ่โตในปัจจุบัน Meta-analysis พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มเอเอมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีของการหยุดดื่มสุราโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก ปัญหาใหญ่ของการเข้าร่วมกลุ่มเอเอคือ ความร่วมมือร่วมใจในการเข้าร่วมกลุ่มค่อนข้างต่ำ (adherence) วิจัยทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของกลุ่มเอเอและการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve step facilitation or TSF) ได้ อาจเนื่องจากปัญหาทางด้านระเบียบวิธีวิจัย

องค์ประกอบที่สำคัญของกลุ่มเอเอในการช่วยเหลือผู้ติดสุรา คือ ความเข้าใจต่อโรคพิษสุราเรื้อรัง การช่วยเหลือให้มีวิถีชีวิตแบบสร้างมา ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Sponsorship) หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps) สำหรับการพัฒนาตนเป็นลำดับขั้น และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve traditions) เพื่อช่วยให้กลุ่มดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและยั่งยืน

บุคลากรทางการแพทย์สามารถสนับสนุนกลุ่มเอเอ โดยการศึกษาทำความเข้าใจกลุ่มเอเอ เข้าร่วมกิจกรรม พูดคุยกับสมาชิก แนะนำผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเอเอ เปิดโอกาสให้สมาชิกจัดตั้งกลุ่มเอเอภายในสถานพยาบาล และนำองค์ความรู้ของกลุ่มเอเอไปใช้บำบัดผู้ป่วย

การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve step facilitation or TSF) มีวัตถุประสงค์หลักคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเอเอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน ดังนั้น บุคลากรจึงใช้ TSF ในการบำบัดผู้ป่วยสุรา และส่งเสริมกลุ่มเอเอไปในขณะเดียวกัน TSF ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิผลใน Project MATCH ของ NIAAA และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของจิตสังคมบำบัดใน Project COMBINE ของ NIAAA

ประเภทของกลุ่มเอเอ

ประเภทของการประชุมกลุ่มเอเอ สามารถแบ่งตามลักษณะผู้เข้าร่วมเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มประชุมแบบเปิด (Open group) และกลุ่มประชุมแบบปิด (Close group) การประชุมกลุ่มเอเอเป็นการดำเนินการโดยสมาชิกกลุ่มเอเอ ซึ่งเป็นผู้ที่กำหนดรูปแบบการประชุมด้วยตัวเอง (10,11,12)

1. กลุ่มประชุมแบบปิด (Closed group) เป็นการประชุมสำหรับเฉพาะสมาชิกกลุ่มเอเอเท่านั้น
2. กลุ่มประชุมแบบเปิด (Open group) ผู้ที่เข้าร่วมเป็นใครก็ได้ที่สนใจในโปรแกรมกลุ่มเอเอในการฟื้นฟูสภาพจากโรคพิษสุราเรื้อรัง

ประเภทของกลุ่มเอเอแบ่งตามลักษณะการดำเนินกลุ่ม สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การอภิปราย (Discussion) ผู้ดำเนินการประชุมจะทำหน้าที่เปิดการประชุม และเลือกหัวข้อในการอภิปราย หัวข้อมักนำมาจากหนังสือ Big book หลัก 12 ขั้นตอนและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ และวารสารเอเอเกรฟไวน์
2. การพูดของสมาชิกที่มีประสบการณ์ (Speaker) โดยมีการเลือกสมาชิกที่จะพูดไว้ล่วงหน้าโดยขึ้นอยู่กับมติของกลุ่ม โดยทั่วไป Speaker มักเป็นสมาชิกที่มีประสบการณ์การสร้างมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อมาแบ่งปันประสบการณ์ มักเป็นการนำเสนอเรื่องราวของตนเอง สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนในอดีต การเปลี่ยนแปลงในตนเอง สิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบัน ความหวัง และทำอย่างไรถึงอยู่ได้โดยไม่ต้องดื่มสุรา
3. การประชุมสำหรับผู้เริ่มต้น (Beginners) การประชุมนำโดยสมาชิกที่สร้างมาไ้ระยะเวลาหนึ่งแล้ว มักกระทำในลักษณะการถามตอบเพื่อช่วยเหลือผู้มาเข้าร่วมประชุมใหม่ (New-comer)
4. การประชุมเกี่ยวกับขั้นตอน ธรรมเนียม หรือหนังสือ Big book เป็นการประชุมเพื่อศึกษาแต่ละขั้นตอนของหลัก 12 ขั้นตอน ศึกษาธรรมเนียมแต่ละข้อในธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ หรือศึกษาเนื้อหาในหนังสือ Big book โดยทั่วไปกลุ่มเอเอมักนิยมนำเนื้อหาในหนังสือ Big book ในช่วงการเริ่มต้นประชุมทุกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มเอเอ

การประชุมกลุ่มเอเอใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งประมาณ 60–90 นาที การกำหนดเวลาเป็นช่วงใดขึ้นอยู่กับความสะดวกของสมาชิกและสถานที่ที่ใช้ จำนวนสมาชิกที่เป็นผู้ติดสุราตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีสมาชิก 1 คนอาสาสมัครเป็นผู้นำการประชุม โดยมีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของการประชุม ทำหน้าที่เปิดและปิดการประชุมให้ตรงเวลา คอยควบคุมประเด็นที่พูดให้เกี่ยวกับสุรา คอยดูแลไม่ให้สมาชิกแต่ละท่านพูดนานเกินไป เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกท่านมีโอกาสได้พูด

ขั้นตอนของการดำเนินการประชุม มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ผู้นำการประชุมกล่าวสวัสดิและแนะนำตนเอง มักใช้เป็นชื่อเล่น และตามด้วย “ผู้ติดเหล้า” หรือ “คนซีเมา” หรือ “ผู้มีปัญหาเรื่องสุรา” และกล่าวต้อนรับสมาชิกทั้งหมด
2. สมาชิกกล่าวคำขอพรและความสงบสุขพร้อมๆกัน มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้
“ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ความสงบแก่ข้า ให้อยอมรับสิ่งที่เปลี่ยนไม่ได้
ให้กล้าเปลี่ยนสิ่งที่เปลี่ยนได้ และปัญหาที่จะแยกแยะ”
3. ผู้นำการประชุมจะบอกต่อกลุ่มว่า กลุ่มเอเอ คืออะไร เนื้อหา มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้
“เอเอ เป็นกลุ่มชายและหญิงที่มาแบ่งปันประสบการณ์ ความหวัง ช่วยกันแก้ปัญหา และช่วยเหลือผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสุรา สมาชิก คือ ผู้ที่อยากหยุดดื่มสุรา การเป็นสมาชิกไม่มีค่าใช้จ่าย เอเออยู่ได้จากเงินบริจาคจากสมาชิก เอเอ ไม่เกี่ยวข้องกับองค์กร ความเชื่อ หรือการเมือง และไม่ประสงค์ที่จะเกี่ยวกับเรื่องอื้อฉาวใดๆ หลักสำคัญของเราคือ การหยุดดื่ม และช่วยผู้ติดสุราให้หยุดดื่มสุรา”
4. ผู้นำการประชุมเตือนสมาชิกปิดเครื่องมือสื่อสาร เพื่อไม่เป็นการรบกวนตลอดการประชุม

5. ผู้นำการประชุมจะขอให้สมาชิก 1 ท่าน อ่านข้อความที่เลือกไว้ ซึ่งมักเป็นข้อความที่อยู่ในหนังสือ Big book เช่น เรื่อง “จะทำให้สำเร็จได้อย่างไร” จากหนังสือ Big book หน้า 50 เรื่อง “โรคพิษสุราเรื้อรัง” จากหนังสือ Big book หน้า 26 เป็นต้น

6. ผู้นำการประชุมชักชวนให้สมาชิกแต่ละท่านแนะนำตัว โดยใช้ชื่อเล่น และตามด้วยการบอกว่าตนเองเป็นคนซีเมา เช่น “ผมชื่อ แดง ผมเป็นคนซีเมา” และสมาชิกท่านอื่นๆ ก็ตอบรับพร้อมกันว่า “สวัสดี แดง” ผู้นำการประชุมมักเริ่มต้นจากสมาชิกที่ใหม่ (New-comer) สมาชิกที่เริ่มต้นหยุดสุราได้ไม่ถึง 30 วัน สมาชิกที่มีวันเกิดเอเอในวันนั้นๆ คือ วันครบรอบของการหยุดดื่มสุรา เพื่อเป็นการต้อนรับสมาชิกใหม่และผู้เริ่มต้นหยุดดื่มใหม่ๆ และเป็นการแสดงความยินดีกับผู้ที่ยุติการครบรอบของวันที่หยุดดื่ม

7. ในบางการประชุม มีการมอบเหรียญที่ระลึกของการครบรอบระยะเวลาการหยุดดื่ม เช่น 1 วัน 30 วัน 60 วัน 90 วัน 6 เดือน เป็นต้น โดยเฉพาะในช่วงแรกๆของการหยุดดื่ม เพื่อเป็นแสดงความยินดีต่อความสำเร็จในแต่ละลำดับขั้น และเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมหยุดดื่มให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น สมาชิกกลุ่มเอเอก็มักใช้เหรียญเหล่านี้เป็นตัวแทนความจำถึงความสำคัญของการหยุดดื่ม

8. ผู้นำการประชุมแจ้งต่อสมาชิกถึงหัวข้อการประชุมในวันนี้ หัวข้อที่กลุ่มเอเอนิยม มีดังต่อไปนี้

- a. เรื่องราวของสมาชิกที่มีประสบการณ์ (Speaker) โดยเลือกสมาชิก 1 ท่านเพื่อมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การหยุดดื่มของตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยถึงเรื่องที่รับฟัง
- b. การพัฒนาขั้นตอน (Steps) โดยให้สมาชิกช่วยกันอ่านเนื้อหาของขั้นตอน 1 ขั้นตอน ในหนังสือหลัก 12 ขั้นตอน โดยอาจช่วยกันอ่านคนละ 1 ย่อหน้า และเปิดโอกาสให้สมาชิกแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ได้อ่าน
- c. การกลับคืนสู่พื้นฐานของการหยุดดื่ม (Back to basics) โดยให้ที่ประชุมแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องราวฐานสำคัญของการหยุดดื่ม ได้แก่ หลักการ 24 ชั่วโมง ขอแคว้นนี้ ไม่ดื่มแก้วแรก เป็นต้น
- d. การอ่านหนังสือ Big book ของกลุ่มเอเอ โดยให้สมาชิกช่วยกันอ่านเนื้อหาบางส่วนจากหนังสือ Big book อาจช่วยกันอ่านคนละ 1 ย่อหน้า ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และสมาชิกแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ได้อ่าน
- e. การพัฒนาขั้นตอนที่ 11 (Step 11) โดยทำใจให้เป็นสมาธิด้วยวิธีการต่างๆ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และสมาชิกแบ่งปันประสบการณ์
- f. การอ่านเนื้อหาสำคัญในหนังสือของกลุ่มเอเอ หัวข้อที่นิยมเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ “ขอแคว้นนี้” (Just for today) “อยู่อย่างสร้างเมา” (Living sober) “ข้อคิดประจำวัน” (Daily reflections) “ความเห็นของบิลล์” (As Bill sees it) เป็นต้น โดยให้สมาชิกช่วยกันอ่านคนละ 1 ย่อหน้า และแบ่งปันประสบการณ์กัน
- g. การประชุมถามตอบเพื่อผู้มาใหม่ (New-comer) โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการถามตอบกับสมาชิกที่มีประสบการณ์การสร้างเมามานานพอสมควร
- h. การประชุมแบบหัวข้อเปิด (Open topics) โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกนำเสนอหัวข้อ และแบ่งปันประสบการณ์ในหัวข้อนั้นๆ

9. ขณะการประชุม ผู้นำการประชุมจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสพูดทุกคนขอให้สมาชิกพูดทีละคน ไม่พูดแทรกกัน ไม่พูดนานเกินไป พูดคุยในประเด็นหรือเรื่องที่เพิ่งอ่าน พูดคุยเรื่องเกี่ยวกับสุรา การพูดคุยของสมาชิกกลุ่มเอเอมักไม่พูดเรื่องราวเกี่ยวกับสมาชิกอื่น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มบำบัดของบุคลากรทางการแพทย์

10. ก่อนหมดเวลาการประชุม 5 นาที ผู้นำการประชุมจะอ่านธรรมเนียมข้อที่ 7 และเปิดรับเงินบริจาคจากสมาชิกโดยไม่บังคับ เพื่อเป็นกองทุนใช้จ่ายต่างๆของกลุ่ม เช่น ค่าสถานที่ ค่าโทรศัพท์ ค่าหนังสือเอกสารต่างๆ เป็นต้น พร้อมกับแจกจ่ายหรือแนะนำเอกสารประชาสัมพันธ์ของกลุ่มเอเอ เบอร์โทรศัพท์ของสมาชิก แผ่นพับความรู้ต่างๆของกลุ่มเอเอ ตารางการประชุมกลุ่มเอเอทั่วประเทศไทย เป็นต้น

11. ผู้ดำเนินการประชุมจะพูดถึงความเป็นนิรนาม ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของธรรมเนียมปฏิบัติของกลุ่มเอเอ และเป็นการเตือนให้สมาชิกให้ความสำคัญต่อหลักการมากกว่าตัวบุคคล

12. ปิดประชุมโดยให้สมาชิกทุกท่านกล่าวคำขอพรและความสงบสุข พร้อมๆกัน

กฎกติกา มารยาทของกลุ่มเอเอ

1. อย่ารบกวนขณะที่สมาชิกอื่นกำลังพูด
2. พูดเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง
3. พูดอย่างซื่อสัตย์ตรงไปตรงมามากที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. อย่าพูดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของผู้อื่น
5. อย่าพูดถึงลัทธิศาสนาหรือบรรยายทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์
6. สมาชิกอาจพูดถึงปัญหาส่วนตัวของการปรับใช้โปรแกรม แต่ไม่ควรที่จะพยายามปฏิเสธโปรแกรม
7. อย่าเผชิญหน้าหรือท้าทายการพูดของสมาชิกอื่นก่อนหน้า
8. อย่าแนะนำสมาชิกอื่นๆของกลุ่มเอเอโดยตรง
9. อย่าอธิบายสาเหตุพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเอเอคนอื่นๆ
10. อย่าแปลความหมายทางจิตวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเอเอคนอื่นๆ

ระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มเอเอ (Sponsorship)

ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (sponsorship) เป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกของกลุ่มเอเอ ผู้ช่วยเหลือในกลุ่มเอเอ เรียกว่า Sponsors บทบาทของ Sponsor คือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ที่เป็นแบบอย่างที่ดี ผู้แบ่งปันประสบการณ์และสติปัญญาที่เกิดขึ้นจากการฟื้นฟูสภาพจากโรคพิษสุราเรื้อรัง Sponsor มักเป็นแบบอย่างให้แก่สมาชิกถึงวิธีการใช้ประโยชน์จากโปรแกรมของกลุ่มเอเอ และแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างสร้างเมตตา

กลุ่มเอเอมักจะกระตุ้นให้สมาชิกใหม่ (Newcomer) แสวงหาสมาชิกเก่าที่หยุดดื่มได้นาน เคยพัฒนาขั้นตอนตามหลัก 12 ขั้นตอนแล้ว และเป็นบุคคลที่สมาชิกรู้สึกสะดวกใจที่จะพูดคุยด้วย เพื่อทำหน้าที่เป็น sponsor ให้แก่ตน กลุ่มเอเอแนะนำว่า sponsor ควรเป็นเพศเดียวกับสมาชิก ซึ่งจะทำให้เกิดความสัมพันธ์และความเข้าใจซึ่งกันและกันได้เร็ว เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่เหมาะสมและเบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเอเอ ยกเว้น สมาชิกเป็นพวกรักร่วมเพศ ก็อาจมี sponsor เป็นเพศตรงข้ามได้ เมื่อสมาชิกสามารถหยุดดื่มได้แล้ว ในช่วงเริ่มต้น Sponsor ก็จะช่วยให้สมาชิกพัฒนาขั้นตอนตามหลัก 12 ขั้นตอน จากงานวิจัยทางการแพทย์พบว่าการได้ทำหน้าที่เป็น sponsor ของสมาชิกกลุ่มเอเอ มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มในระยะยาว

กลุ่มเอเอยังส่งเสริมให้สมาชิกใหม่โทรหาสมาชิกอื่นๆ เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายสังคมใหม่ที่ส่งเสริมการหยุดดื่มของตนเอง การโทรหาสมาชิกอื่นๆในขณะที่ตนเองมีปัญหาและเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มจะช่วยให้สมาชิกหาทางออกกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้นโดยไม่ต้องกลับไปดื่มซ้ำอีก ความเสี่ยงในการเสพติดสุราซ้ำก็ลดลง

เอกสารที่สำคัญของกลุ่มเอเอ

เอกสารที่สมาชิกกลุ่มเอเอใช้บ่อย คือ หนังสือชื่อ กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (Alcoholics Anonymous (2001)) อีกชื่อหนึ่งคือ หนังสือ Big Book และหนังสือที่สำคัญอีกเล่ม คือ หนังสือ หลัก 12 ขั้นตอนและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve Steps and Twelve Tradition

หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps)

หลัก 12 ขั้นตอน เป็นหลักการฟื้นฟูสภาพเป็นลำดับขั้นทางด้านจิตวิญญาณหรือความดีงามในใจสำหรับสมาชิกของกลุ่มเอเอ หลักการที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนในการเลิกสุราด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่มเอเอ และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve Traditions) เพื่อเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มคงความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาองค์กรภายนอก ป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งทางศาสนาหรืออิทธิพลทางการเมือง เข้าแทรกแซงแสวงหาผลประโยชน์ และยังทำให้กลุ่มสามารถรักษาความลับหรือความเป็นนิรนามของสมาชิกไว้ได้ หลัก 12 ขั้นตอนมีดังต่อไปนี้

1. เรายอมรับว่าเราไม่มีอำนาจเหนือสุรา และเราไม่สามารถควบคุมชีวิตของเราเองได้
2. เราเชื่อว่าอำนาจที่ยิ่งใหญ่กว่าเรา จะสามารถรักษาให้เรากลับสู่สภาพปกติได้
3. เราตัดสินใจที่จะมอบชีวิตและจิตใจของเราไว้ภายใต้การดูแลของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามที่เราได้เข้าใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์
4. เราทำการสำรวจความรับผิดชอบชั่วในตัวเราอย่างกล้าหาญ
5. เรายอมรับต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ต่อตัวเราเองและต่อผู้อื่นในความผิดของเรา
6. เราพร้อมแล้วโดยสิ้นเชิง ที่จะให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์กำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้
7. เราอ่อนน้อมอย่างอ่อนน้อมและด้วยความรู้สึกลำบาก ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์กำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้
8. เราทำรายชื่อของผู้ที่เราเคยทำความเสียหายให้ และเต็มใจที่จะชดเชยใช้ความเสียหายให้แก่พวกเขาทั้งหมด
9. เราขอใช้ให้แก่พวกเขาเหล่านั้นโดยตรง เท่าที่จะเป็นไปได้ ยกเว้นในกรณีที่กระทำความผิดอาจเป็นอันตรายแก่พวกเขาหรือผู้อื่นได้
10. เราสำรวจตัวเองอยู่เสมอและยอมรับทันทีเมื่อเราผิด
11. เราได้สวดภาวนาและตั้งจิตสมาธิ เพื่อจะได้สัมผัสกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์อย่างมีสติตามที่เราได้เข้าใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ภาวนาขอทราบความปรารถนาของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ภาวนาขอทราบความปรารถนาของสิ่งศักดิ์สิทธิ์และพลังที่จะกระทำตามนั้นได้สำเร็จลุล่วง
12. เมื่อเราได้รับผลสำเร็จจากการทำตามขั้นตอนเหล่านี้ และพ้นจากความมืดบอดทางจิตวิญญาณแล้ว เราจะพยายามเล่าเรื่องนี้ให้ผู้ติดยาคนอื่นได้ทราบ และใช้หลักเกณฑ์เหล่านี้มาเป็นหลักในการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

ธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อมีดังต่อไปนี้

1. สวัสดิการส่วนรวมมีความสำคัญที่สุดต้องมาก่อน การรักษาเป็นรายบุคคลจะพึงพาความสามัคคีของกลุ่ม
2. เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ผู้ทรงอำนาจสูงสุดมีหนึ่งเดียว คือ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ผู้เมตตา ผู้จะทรงแสดงต่อสามัญสำนึกของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นเพียงผู้รับใช้อย่างซื่อสัตย์ เขาเหล่านั้นไม่ได้ปกครองกลุ่ม
3. คุณสมบัติข้อเดียวที่จะทำให้เป็นสมาชิกเอเอได้ คือ ความปรารถนาที่จะหยุดดื่มสุรา
4. กลุ่มเอเอแต่ละกลุ่มมีอิสระจากกัน ยกเว้นในกรณีที่มีผลกระทบต่อกลุ่มเอเอกลุ่มอื่น หรือต่อเอเอทั้งหมด
5. แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์หลักประการเดียว คือ สืบทอดข้อมูลวิธีการรักษาตัว สูผู้ติดยาที่ยังทนทุกข์ทรมานอยู่
6. กลุ่มเอเอจะต้องไม่แสดงความเห็นชอบเข้าข้าง หรือให้ผู้อื่นยืมชื่อไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องกับเรา หรือส่วนบุคคลภายนอก เนื่องจากปัญหาเรื่องเงินๆ ทองๆ ทรัพย์สิน และความมีหน้าตา จะมาทำให้กลุ่มของเราเบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์หลักของกลุ่ม

7. กลุ่มเอเอทุกกลุ่ม จะต้องพึ่งพาตนเองได้โดยสมบูรณ์ ไม่รับบริจาคจากภายนอก
8. กลุ่มเอเอจะต้องคงลักษณะการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ เอาไว้แต่ศูนย์บริการของเรา อาจว่าจ้างพนักงานพิเศษได้
9. ดังนั้น เอเอจึงไม่มีการก่อตั้งอย่างเป็นทางการ แต่เราอาจตั้งคณะกรรมการหรือกรรมการที่มีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการแก่บุคคลที่เราช่วยเหลือ
10. กลุ่มเอเอไม่มีความคิดเห็นในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรา ดังนั้นชื่อของกลุ่มไม่ควรถูกกล่าวอ้างในเหตุขัดแย้งใดๆ
11. นโยบายการประชาสัมพันธ์ของเราเป็นการดึงดูดความสนใจ ไม่ใช่การส่งเสริมการขาย เราจะต้องคงความเป็นนิรนามไว้ตลอดเวลา เมื่อติดต่อกับสื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์
12. ความเป็นนิรนาม เป็นพื้นฐานสำคัญทางจิตใจของธรรมเนียมทั้งหมดของเรา เป็นสิ่งที่เตือนให้เราให้ความสำคัญต่อหลักการมากกว่าตัวบุคคล

คำขวัญของกลุ่มเอเอ (Slogan)

กลุ่มเอเอได้รับความนิยมแพร่หลายเกิดเป็นเครือข่ายที่ใหญ่โต พัฒนาต่อเนื่องมามากกว่า 70 ปี ตัวอย่างของคำขวัญ ได้แก่

- One day at a time – เลิกสุราให้ได้ครั้งละวัน ทุกวันให้เหมือนวันนี้ เพียรพยายามในการหยุดดื่มหยุดเสพ สำหรับวันนี้ อยู่กับปัจจุบัน ไม่ต้องไปตั้งเป้าหมายการเลิกสุรา หรือถดถอยไปสู่ความล้มเหลวในอดีต ซึ่งล้วนทำให้สมาชิกเกิดความกังวลใจและท้อใจ ส่งผลให้อยากสุราหรือหันกลับไปดื่มสุราแทน
- First thing First – เป็นการระลึกถึงลำดับความสำคัญก่อนหลัง สิ่งแรกที่ควรกระทำ คือ หยุดสุราก่อน ไม่จำเป็นต้องไปตั้งเงื่อนไขในการเลิก เมื่อเริ่มต้นโดยการหยุดดื่มหยุดเสพ สิ่งต่างๆที่ดีๆก็จะตามมาเอง
- Fake it Till You Make It – สร้างปฏิบัติตามไปก่อนจะเห็นผล ศรัทธาและเชื่อมั่นไปก่อนที่ปัญญาจะเกิด บางครั้งการหาเหตุผลมากมาย อาจทำให้สมาชิกไม่ไปสู่การปฏิบัติ ติดอยู่ที่เหตุผล สมาชิกมักอ้างเหตุผลอย่างมากมาย
- Easy Does It – ให้ระลึกว่าการฟื้นสภาพจากโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นเรื่องที่ต้องการเวลาอย่างค่อยเป็นค่อยไป หลีกเลี่ยงความเร่งรัดและความยุ่งยากซับซ้อนที่มักก่อให้เกิดความเครียด ทำให้การเลิกสุราเป็นเรื่องง่ายๆ และค่อยเป็นค่อยไป
- Think Think Think – เป็นการเตือนสมาชิกให้คิดพิจารณาต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดื่มให้ดีกว่าก่อน และช่วยลดความหุนหันพลันแล่น
- Let Go and Let God – ช่วยเตือนให้สมาชิกปล่อยวางความเครียดและความกังวล ปล่อยให้พลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเป็นผู้กำหนดทิศทางใหม่
- Keep It Simple – ทำให้มันเป็นเรื่องง่าย เป็นการช่วยปลอบใจสมาชิกว่าอย่าคิดอะไรให้ยุ่งยากซับซ้อนเกินไปในการเปลี่ยนแปลงตนเอง
- Live and Let Live – เป็นการช่วยเตือนสมาชิกให้ความสำคัญกับการมุ่งที่ตนเอง การไม่ตัดสินผิดถูก และการอดทนกับผู้อื่น
- Turn It Over – ยอมรับในสิ่งที่เราเปลี่ยนแปลงมันไม่ได้ สิ่งที่เราเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ก็คือผู้อื่น สิ่งที่เราเปลี่ยนแปลงได้ ก็คือตัวเราเอง
- HALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired) – เราควรหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่บั่นทอนและทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ ได้แก่ หิว โกรธ เหนียว และเหงา และเหนือยล้า อย่าปล่อยให้ตนเองหิว โกรธ เหนียว และเหงา รับประทานอาหารอย่างสร้างสรรค์
- Grief การยอมรับการสูญเสีย เพื่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ สิ่งทีล่วงไปแล้ว ไม่สามารถเรียกกลับคืนได้ ยอมรับมัน และมุ่งมั่นเดินต่อไปข้างหน้า

การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation or TSF)

เครือข่ายของกลุ่มเอเอเป็นความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนต่อการแก้ปัญหาผู้ติดสุรา เริ่มต้นจากภูมิปัญญาของผู้ป่วย พัฒนาต่อเนื่องจนเป็นเครือข่ายที่ใหญ่โต ในอดีตกลุ่มเอเอไม่สนใจผู้เชี่ยวชาญ การพึ่งพิงตนเองบางครั้งก็อาจกลายเป็นความสุดขั้วในลักษณะที่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยสิ้นเชิง จนเกิดปัญหาผู้ป่วยหยุดยาที่แพทย์ให้ เกิดเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยตามมา เป็นต้น ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่สนใจกลุ่มเอเอเช่นกัน อาจมองว่าไม่มีวิชาการรองรับ บุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยไปเข้ากลุ่มเอเอ แต่ในช่วงหลังนักวิจัยเริ่มสนใจกลุ่มเอเอ มีวิจัยออกมายืนยันถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนามมากมาย เกิดความร่วมมือกันทั้งภาคบุคลากรทางการแพทย์และภาคประชาชน กลุ่มเอเอก็ไม่ปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ก็ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มเอเอในชุมชน

ในปีค.ศ. 1989 Joseph Nowinski และคณะได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักวิธีการหนึ่งที่เรียกว่า การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF) (24) เพื่อใช้ในการบำบัดผู้ติดสุรา ในโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) เปรียบเทียบกับจิตสังคมบำบัดอีก 2 วิธี คือ การบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) และ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy หรือ CBT)

Nowinski ได้ออกแบบการบำบัดให้เป็นจิตบำบัดรายบุคคลทั้งหมด 12 ครั้ง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์โดยบทบาทของผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลัก 12 ขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนไปตามหลัก 12 ขั้นตอน โดยช่วยให้พัฒนาในขั้นตอนที่ 1-5 ได้เร็วยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มเอเอในชุมชน และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อกลุ่มได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งกลวิธีการบำบัดนี้ช่วยเติมเต็มจุดอ่อนของกลุ่มเอเอที่ประสบปัญหาผู้ป่วยหายออกจากกลุ่มในช่วงเริ่มต้นของการเข้ากลุ่มซึ่งมีค่อนข้างสูง ผลจากการศึกษาของ Project MATCH พบว่า จิตสังคมบำบัดทั้ง 3 วิธีการมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และได้ผลดีไม่แตกต่างกัน

TSF ยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในโครงการวิจัย Project COMBINE ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ในปี 2004 ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่ร่วมกันหลายสถาบันแบบทดลองและมีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการผสมผสานการรักษาด้วยยากับจิตสังคมบำบัดในบริบทของสถานพยาบาลปฐมภูมิ โครงการได้ออกแบบจิตสังคมแบบใหม่ ซึ่งผสมผสานจิตสังคมบำบัด 3 วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา และเคยถูกใช้ศึกษาในโครงการวิจัย Project MATCH คือ CBT, MET และ TSF และนำระบบสนับสนุนทางสังคม (support system) เข้ามาใช้ร่วมด้วย

จิตสังคมบำบัดแบบใหม่นี้มีชื่อว่า พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined behavioral intervention; CBI) พฤติกรรมบำบัดแบบ CBI ใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงใจ (MI) ตลอดการบำบัดรักษา ช่วงแรกใช้วิธีการของ MET ในการจูงใจให้เปลี่ยนแปลงตนเอง มีการวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มด้วย functional analysis เพื่อวางแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ตรวจสอบจุดแข็ง ทรัพยากร และความสำเร็จในอดีตของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยตามหลักการเสริมแรงทางสังคม ดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดการบำบัดรักษา สนับสนุนการรักษาด้วยยา สนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่มเอเอ ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การจัดการกับความอยากสุรา การปฏิเสธการดื่มและแรงกดดันทางสังคม ทักษะการสื่อสาร ทักษะ assertive skill การจัดการอารมณ์ เป็นต้น ชั่วโมงการบำบัดแต่ละครั้งนานประมาณ 50 นาที จำนวนครั้งยืดหยุ่นมากได้ถึง 20 ครั้งขึ้นอยู่กับความจำเป็นตามกรณีผู้ป่วย

โครงสร้างการบำบัดของ TSF

TSF เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างมาก แต่ละชั่วโมงบำบัดมีหัวข้อและแบบแผนที่ชัดเจน ผู้ป่วยต้องทำบันทึกส่วนตัวประจำวัน (personal journal) แต่ละชั่วโมงบำบัดมีงานในการฟื้นฟูสภาพที่เฉพาะเจาะจง (recovery tasks) ได้แก่ คำแนะนำให้อ่านบทความของกลุ่มเอเอ และกิจกรรมระหว่างชั่วโมงบำบัดรักษา

ผู้บำบัดกระตุ้นผู้ป่วยอย่างมากให้เข้าร่วมประชุมกลุ่มเอเอที่หลากหลายเป็นจำนวนหลายครั้งต่อสัปดาห์ อ่านหนังสือ Big book และบทความต่างๆของกลุ่มเอเอ

การจัดชั่วโมงการบำบัด (sessions) ของโปรแกรมประกอบด้วยชั่วโมงบำบัด 12 ครั้ง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- ชั่วโมงบำบัดแบบรายบุคคล 12 ครั้ง สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรค
- ชั่วโมงบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 10 ครั้ง และชั่วโมงบำบัดแบบรวมกัน (conjoint session) โดยมีผู้ป่วยและคู่ของผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังมีความสัมพันธ์แบบคู่ที่มั่นคง
- สามารถเพิ่มชั่วโมงบำบัดฉุกเฉินแบบรายบุคคลได้มากที่สุด 2 ครั้ง

ชั่วโมงบำบัดทั้งหมดอยู่ในช่วง 12 สัปดาห์ เป้าหมายของ conjoint session คือ การให้ความรู้แก่คู่ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคติดสุราและแนวทางของกลุ่มเอเอ การให้ความรู้เกี่ยวกับ Enabling และกระตุ้นให้คู่สมรสสัญญาที่จะเข้าร่วมการประชุมของกลุ่ม Al-Anon จำนวน 6 ครั้ง

บทบาทของผู้บำบัดใน TSF

ในโปรแกรมบำบัดแบบ TSF ผู้บำบัดมีบทบาทดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้ (Education) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนาตนตามหลัก 12 ขั้นตอน โดยผู้บำบัดกระทำดังต่อไปนี้

- อธิบายมุมมองของกลุ่มเอเอต่อโรคพิษสุราเรื้อรัง และแปลผลการพลั้งเผลอ (slips) และการต่อต้านการเข้าร่วมกลุ่มเอเอว่าเป็นพลังอำนาจของโรคพิษสุราเรื้อรังและการปฏิเสธความจริง (denial)
- นำเสนอขั้นตอนและหลักคิดของหลัก 12 ขั้นตอน และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาหลักของกลุ่มเอเอ ได้แก่ การปฏิเสธความจริง (denial) ความอ่อนแอ (powerlessness) โดยการชี้ให้เห็นประสบการณ์ส่วนบุคคล
- นำเสนอ อธิบาย และสนับสนุนการอาศัยกลุ่มเอเอเป็นพื้นฐานในการฟื้นฟูสภาพจากโรค ซึ่งเป็นกระบวนการระงับยั้งโรค (arrest) มากกว่า การหายจากโรคติดสุรา (cure)
- อธิบายบทบาทของ sponsor และช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองจะได้ประโยชน์อะไรจาก sponsor
- ตอบคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาที่พบในหนังสือ Big Book และ 12x12 และบทความอื่นๆ

2. การช่วยเหลือส่งเสริม (Facilitation)

■ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการประชุมกลุ่มเอเอ ฝึติดิตตามการเข้าร่วมกลุ่มเอเอ และส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการเข้าร่วมอย่างจริงจังเพิ่มมากขึ้น การไปเข้าร่วมประชุมที่ต้องมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การประชุมเพื่อพัฒนาขั้นตอน (“Step” meetings) การประชุมเพื่อวิพากษ์วิจารณ์ (“discussion” meetings)

■ ช่วยทำให้ผู้ป่วยแยกแยะบทบาทระหว่างผู้บำบัดกับ sponsor ผู้บำบัดไม่ใช่ sponsor ผู้บำบัดอาจช่วยผู้ป่วยในการแสวงหา sponsor

■ เต้าทันทอาการปฏิเสธความจริง (denial) ของผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยพลั้งเผลอ (slips) ไปดื่มสุราและอธิบายว่าการพลั้งเผลอเป็นลักษณะหนึ่งของการปฏิเสธความจริง

■ แนะนำว่างานในการฟื้นตัวจากโรค (recovery tasks) เป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคพิษสุราเรื้อรัง และกลุ่มเอเอ และช่วยให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเอเอได้ดียิ่งขึ้น

กลยุทธ์ทางคลินิกของ TSF

1. เปิดใจกว้าง บุคลากรควรเปิดใจกว้างกับปฏิกิริยาและความชื่นชอบต่อการเข้าร่วมกลุ่มเอเอหรือรูปแบบความช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทดลองเข้าร่วมกลุ่มเอเอ
2. ระลึกถึงความสำคัญของกลุ่มเอเอ บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยติดสุราว่าการประทับประคองทางสังคมอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูสภาพจากโรคพิษสุราเรื้อรัง กลุ่มเอเอให้การประทับประคองทางสังคมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคลากรช่วยผู้ป่วยในการแสวงหากลุ่มเอเอที่เหมาะสมและช่วยจัดอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าร่วม
3. เยี่ยมเยียนและทำความเข้าใจกับกลุ่มเอเอในพื้นที่ บุคลากรมักมีความมั่นใจในการพูดคุยเกี่ยวกับกลุ่มเอเอ หากบุคลากรเคยเข้าร่วมประชุมกับกลุ่มเอเอ ผู้บำบัด TSF ควรไปเข้าร่วมประชุมกลุ่มเอเออย่างน้อย 10 ครั้ง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับรูปแบบและกระบวนการดำเนินกลุ่มของกลุ่มเอเอ บุคลากรควรมีความคุ้นเคยกับกลุ่มเอเอหลากหลายประเภท เพื่อช่วยผู้ป่วยเลือกกลุ่มเอเอที่เหมาะสมกับตนได้ดียิ่งขึ้น
4. ช่วยติดต่อและส่งเสริมอย่างจริงจังให้ผู้ป่วยเข้าร่วมประชุมกลุ่มเอเอ บุคลากรควรมีรายชื่อของสมาชิกกลุ่มเอเอซึ่งสามารถให้ข้อมูลและพาผู้ป่วยไปเข้าร่วมประชุม จากผลการวิจัยทางการแพทย์ พบว่าการที่ผู้บำบัดช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยกับสมาชิกกลุ่มเอเออย่างจริงจังมีผลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมประชุมมากกว่าการให้เพียงข้อมูลและคำเชื้อเชิญให้เข้าร่วมประชุม เช่น ผู้บำบัดช่วยต่อสายโทรศัพท์ให้ผู้ป่วยพบกับสมาชิกกลุ่มเอเอโดยตรง และนัดหมายการเข้าร่วมประชุม ทำให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าร่วมกลุ่มเอเออย่างน้อย 1 ครั้ง และค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกลุ่มเอเอที่เกิดขึ้นเท่ากับ 2.3 ครั้ง
5. ขอให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเอเอตั้งแต่แรกในการบำบัด และติดตามประสบการณ์ของการเข้าร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับกลุ่มเอเอได้มากที่สุดก่อนที่จะจบสิ้นการบำบัด และผู้บำบัดมีโอกาสดูแลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อกลุ่มและจัดการกับแรงต้านในการเข้าร่วม ข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึกในสมุดบันทึกเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกต่อกลุ่มจะเป็นประโยชน์อย่างมาก
6. เข้าใจความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกลุ่มเอเอ อาจมองความพร้อมของผู้ป่วยตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ว่าความพร้อมของผู้ป่วยอยู่ในขั้นแรงจูงใจใด คู่มือ TSF ใน Project MATCH เป็นแนวทางที่ดีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาขั้นตอนได้เร็วขึ้นและเข้าร่วมกลุ่มเอเอได้มากขึ้น
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มที่เหมาะสม และเตรียมการผู้ป่วย ผู้บำบัดควรช่วยพิจารณาว่ากลุ่มใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น กลุ่มเอเอวัยรุ่นสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่น กลุ่มเอเอโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสุรา เป็นต้น ในกรณีที่ไม่มีกลุ่มที่เหมาะสมโดยตรง ก็อาจต้องเตรียมผู้ป่วยรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกลุ่มเอเอ เช่น ทศนคติของสมาชิกในการด้านการรับประทานยาจิตเวช ทศนคติของสมาชิกในการดำเนินประเด็นเกี่ยวกับจิตวิญญาณ เป็นต้น

บทสรุป

โรคพิษสุราเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากเหตุปัจจัยหลายอย่าง ก่อให้เกิดผลกระทบในหลายๆด้าน ดังนั้น การบำบัดรักษาที่ดีจึงควรมีองค์ประกอบทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Spirituality) โรคพิษสุราเรื้อรังในมิติหนึ่งเป็นความเสื่อมถอยทางด้านจิตวิญญาณ กระบวนการฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual recovery) มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ดีงามขึ้น

กลุ่มผู้ติดสุราอนินาม (Alcoholics Anonymous or AA) เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่เป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับมานานจนมีเครือข่ายสากลที่ใหญ่โตในปัจจุบัน Meta-analysis พบว่าการเข้าร่วมกลุ่มเอเอมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีของการหยุดดื่มสุราโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก ปัญหาใหญ่ของการเข้าร่วมกลุ่มเอเอคือ ความร่วมมือร่วมใจในการเข้าร่วมกลุ่ม (adherence) ค่อนข้างต่ำ วิจัยทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิภาพของกลุ่มเอเอ หรือ TSF ได้ อาจเกิดเนื่องจากปัญหาทางด้านระเบียบวิธีวิจัย

องค์ประกอบที่สำคัญของกลุ่มเอเอในการช่วยเหลือผู้ติดสุรา คือ ความเข้าใจต่อโรคพิษสุราเรื้อรัง การช่วยเหลือให้มีวิถีชีวิตแบบสร้างมา ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Sponsorship) หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps) สำหรับการพัฒนาตนเป็นลำดับขั้น และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve traditions) เพื่อช่วยให้กลุ่มดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและยั่งยืน หลัก 12 ขั้นตอนมีความสอดคล้องกับหลักธรรมในพุทธศาสนา การปฏิบัติตามหลัก 12 ขั้นตอนคล้ายกับการปฏิบัติธรรม หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ เป็นการประยุกต์หลัก 12 ขั้นตอนให้เข้ากับหลักพุทธศาสนาอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราต่อไป

การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve step facilitation or TSF) มีวัตถุประสงค์หลักคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเอเอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน ดังนั้น บุคลากรจึงสามารถใช้ TSF ในการบำบัดผู้ป่วยสุรา และส่งเสริมกลุ่มเอเอไปในขณะเดียวกัน

กลุ่มเอเอได้รับความนิยมน้อยแต่แพร่หลาย เป็นเครือข่ายที่มีกลุ่มเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากกระจายไปทั่วโลก มีสมาชิกที่เลิกสุราได้จากการเข้าร่วมกลุ่มเอเอจำนวนมาก สมาชิกเหล่านั้นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในด้านลึก การดำเนินกลุ่มเอเอมีความคุ้มค่าเชิงเศรษฐกิจเพราะรัฐไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยช่วยเหลือและดูแลค่าใช้จ่ายตนเอง และยังเป็นส่งเสริมวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งนับว่ามีคุณประโยชน์อย่างมากในระดับมหภาค

ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมกลุ่มเอเอไทยโดยไม่ทำให้เสียหลักการการพึ่งพาตนเองและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อของกลุ่มเอเอ

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (เอเอ) (2002) ผู้มาใหม่ถามว่า เอกสารแปลภาษาไทยเผยแพร่ Alcoholics Anonymous World Services, Inc., New York City, USA.
- กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (เอเอ) (2009) คำแนะนำสำหรับผู้มาใหม่การประชุมของผู้มาใหม่ เอกสารแปลภาษาไทยเผยแพร่ กลุ่มเอเอไทย
- กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (เอเอ) (2009) แนวทางการเปิดประชุมกลุ่มเอเอในสถานพยาบาล เอกสารแปลภาษาไทยเผยแพร่ กลุ่มเอเอไทย
- กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (เอเอ) (2010) คำถามและคำตอบเกี่ยวกับระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในเอเอ (Sponsorship) เอกสารแปลภาษาไทยเผยแพร่ กลุ่มเอเอไทย
- กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (เอเอ) (2010) 12 ขั้นตอนและ 12 ธรรมเนียม เอกสารแปลภาษาไทยเผยแพร่ กลุ่มเอเอขอนแก่น
- Anonymous (1976) “Alcoholics Anonymous.” New York, NY: Alcoholics Anonymous World Service, Inc., New York City, USA.
- Galanter M, Kaskutas LA (2008) Research on Alcoholics Anonymous and Spirituality in Addiction Recovery Recent Developments in Alcoholism Vol.18
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.(1999) “Project MATCH Monograph series: Twelve Step Facilitation Therapy Manual” NIH Publication No.94-3722.

3. การบำบัดครอบครัวโดยใช้แนวคิดซาเทียร์

นางศศิธร เต็มอินทร์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

Satir Model ถูกพัฒนาและคิดค้นโดย Virginia Satir สตรีชาวอเมริกัน โดยเป็นแนวคิดค้นจิตวิทยาที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ความเข้าใจตนเอง ให้ความสนใจความสัมพันธ์ระหว่าง ฉันทกับฉัน เป็นสำคัญ

“Satir” ให้เรายอมรับตัวเองในความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ไม่มีใครสมบูรณ์แบบ 100% บางครั้งอาจปิดประตูแล้วหนีมือตัวเอง บางครั้งก็ใช้มีดแล้วมีดบาดโดนนิ้ว บางครั้งอาจมาสายบ้าง มันเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ โกรธก็ให้รู้ว่าโกรธ แต่ต้องควบคุมพฤติกรรมการแสดงความรู้สึกให้อยู่ในขอบเขตที่ไม่ไปทำร้ายคนอื่น

ตามแนวคิดซาเทียร์ จุดประสงค์ของจิตบำบัดครอบครัว คือการคลี่คลายปมปัญหาหรือรอยแผลที่เกิดจากครอบครัวและประสบการณ์วัยเด็ก ซาเทียร์เห็นว่า ‘รอยแผล’ ของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน มีได้หลายรอยแผล และผู้ที่ทำให้เกิดรอยแผลไม่ได้เกิดจากใครคนใดคนหนึ่ง แต่มาจากตัวละครหลากหลายที่กระทำต่อกันเป็นลูกโซ่ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ฝากรอยแผลไว้มากและหนักแน่นที่สุด คือ ‘สมาชิก’ ในครอบครัว โดยเฉพาะ พ่อ แม่ และปัญหาจากความสัมพันธ์ของคนทั้งสองและในแนวคิดจิตบำบัดครอบครัวตามแนวซาเทียร์ (Satir Family Therapy Model) อธิบายต้นตอปัญหาความสัมพันธ์ครอบครัวไว้หลายประการ แนวคิดซาเทียร์ยังเชื่อว่าประสบการณ์ ที่สร้างวิธีคิดและกลไกป้องกันตัวเอง โดยเฉพาะ ไม่อาจย้อนดูได้เพียงความสัมพันธ์ระดับปัจเจก แต่เชื่อว่าต้องดูความสัมพันธ์รวมทั้งครอบครัว เพราะสิ่งที่แม่ทำต่อลูก ไม่ได้มาจากแรงขับของแม่เพียงประการเดียว แต่มาจากประสบการณ์ที่แม่รับมาจากบุคคลอื่นอีกที เมื่อเข้าใจที่มา ประสบการณ์ในชีวิต อันเป็นสารตั้งต้นที่กำหนดว่าเราจะคิด มีปฏิกิริยา หรือตั้งกำแพงต่อสิ่งใดแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือทำความเข้าใจว่าสารตั้งต้นดังกล่าว ทำให้เรามีปฏิกิริยาอย่างไร ผ่านอุปมา “แบบจำลองภูเขาน้ำแข็ง”

ลักษณะของครอบครัวที่แข็งแรง (Characteristic of Health Families)

1. สมาชิกทุกคนได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกัน
2. ความไว้วางใจ ความซื่อตรง และความเปิดเผยเป็นสิ่งจำเป็นอันขาดเสียไม่ได้
3. มีแบบแผนการสื่อสารอันสอดคล้องสมดุลงจริงใจ
4. สมาชิกสนับสนุนกันและกัน
5. สมาชิกแสดงความรับผิดชอบร่วมกัน
6. ครอบครัวมีความสุขและการหัวเราะเบิกบานด้วยกัน
7. ประเพณีและพิธีกรรมครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ
8. สมาชิกยอมรับความแตกต่างของกันและกัน อีกครั้งเฉลิมฉลองลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนใครของตนเอง
9. สมาชิกเคารพความเป็นส่วนตัวของกันและกัน
10. ครอบครัวยอมรับความรู้สึกของสมาชิกและจัดการคลี่คลาย
11. สมาชิกได้รับการส่งเสริมให้กล้าเสี่ยงและเติบโตขึ้นจากความล้มเหลว
12. พ่อแม่อนุญาตให้อีกฝ่ายหนึ่งเลี้ยงดูลูกๆ ในแนวทางเฉพาะของตัวเองของตน ทั้งสนับสนุนกันและกัน เป็น “ทีมพ่อแม่” ด้วยรักและไว้วางใจกัน
13. พ่อแม่คาดหวังลูกๆ อย่างเหมาะสมกับขั้นพัฒนาการของพวกเขา

การทำงานกับครอบครัวในการบำบัด (Working with Families in Therapy)

1. สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ยอมรับรู้ลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละคน ทำตัวเป็นแบบอย่างในเรื่องการยอมรับ ความใส่ใจ และคุณค่าที่เท่าเทียมกันของทุกคน มีความสอดคล้องกลมกลืนและมั่นคงในตน
2. ฟัง “ปัญหา” ของแต่ละคน เริ่มเปลี่ยนปัญหาให้กลายเป็นเป้าหมายในทิศทางบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น คุณอยากให้สิ่งที่เราทำด้วยกันที่นี่ได้เกิดผลอะไรขึ้น?
3. ประเมินระบบต่างๆ ในจิตใจของแต่ละคนและระบบปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว
 - 3.1 ทำรับมือเพื่ออยู่รอด
 - 3.2 พลวัตรภายใน (ภูเขาน้ำแข็ง) ของแต่ละคนในการสัมพันธ์ต่อกันและกัน
 - 3.3 พลวัตรภายในครอบครัวของกลุ่มสามคนและสองคน รวมทั้ง แบบแผนการพัวพันเกินไป/การแปลกแยกต่อกัน แบบแผนการรับเข้ามาด้วยและการตัดออกไป การเป็นพันธมิตรกัน เป็นต้น
 - 3.4 ทรัพยากรและความแข็งแกร่งของแต่ละคนและของครอบครัว
 - 3.5 เรื่องค้างคาใจระหว่างสมาชิกครอบครัว
 - 3.6 ความเต็มใจและการผูกพันต่อการเปลี่ยนแปลง
4. ช่วยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนฟังให้ได้ยินความหวังและความปรารถนา ความคาดหวังและความโยเยหาของกันและกัน ในแนวทางที่ไม่ด่วนตัดสิน มุ่งในทางบวกและเป็นเชิงประสบการณ์ ชื่นชมความเปิดเผยของพวกเขา
5. ไวต่อแต่ละบุคคลว่าเขามีพัฒนาการ ความอ่อนไหวและต้องการการปกป้องกับความปลอดภัยระดับไหน หาทางให้เขาตระหนักถึงพลวัตของแต่ละคนกับพลวัตของครอบครัวโดยไม่สมรู้ร่วมคิดกับความกลัวหรือการมีปฏิกิริยาของเขา
6. ช่วยให้ปัจเจกบุคคลแต่ละคนตระหนักว่าปัญหาของเขาเป็นปัญหาอย่างไรต่อตัวเขา ช่วยให้เขาตั้งเป้าหมายในทิศทางบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงและทำงานผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงจิตใจ
7. ขณะที่ทำงานกับแต่ละคนในจิต ให้ตรวจสอบกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ เพื่อให้พวกเขาเกิดการตระหนักรู้การเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวคนนั้นมีต่อพวกเขา ช่วยให้พวกเขาเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่กล่าวโทษกัน และให้ยอมรับสิ่งที่กำลังดำเนินไปนั้นโดยไม่จำเป็นต้องชอบก็ได้
8. ช่วยสมาชิกครอบครัวทุกคนในการเปลี่ยนแปลงภายในจิตของตนในแง่ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งกำลังเกิดขึ้นแก่สมาชิกใดๆในครอบครัว ช่วยให้พวกเขารับผิดชอบประสบการณ์ภายในของตนเอง และควบคุมตนเองอย่างเหมาะสมกับระดับพัฒนาการและความสามารถของตน
9. ช่วยสมาชิกและครอบครัวให้ยอมรับความแตกต่าง และหาทางรับมือกับความแตกต่างเหล่านั้นอย่างสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น ช่วยพ่อแม่ให้คลี่คลายความแตกต่างในการเลี้ยงลูก โดยสำรวจความโยเยหาและแนวทางที่พวกเขาแปลความโยเยหาแปลความโยเยหาเหล่านั้นเป็นความคาดหวัง ช่วยให้พวกเขาตอบสนองความโยเยหาของตนในแนวทางใหม่
10. ตอกตรึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในปัจจุบันและอนาคต ช่วยสมาชิกครอบครัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและสร้างเสริมความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างกันและกัน
11. ก่อนจะจบการบำบัดครั้งนี้ ให้หาว่าสมาชิกแต่ละคนมีประสบการณ์อย่างไรกับการบำบัดครั้งนี้ และพวกเขาได้นำอะไรไปกับพวกเขาจากสิ่งที่คุณได้ทำไป ทบทวนการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจ และการผูกพันตนต่างๆ
12. ช่วยให้สมาชิกครอบครัวพบแนวทางต่างๆ ที่จะเชื่อมโยงกับกันและกัน ให้ชื่นชมกันและมีความสุขที่ได้อยู่ร่วมกัน ให้เปิดเผยต่อกันมากขึ้น ไวต่อความรู้สึกของกันและกันมากขึ้นให้การบ้านเพื่อช่วยให้พวกเขาทำสิ่งเหล่านี้

แผนภูมิครอบครัว (Family map)

แผนภูมิครอบครัวคือ การนำบุคคลในครอบครัวของผู้รับการบำบัดมาเขียนลงในกระดาษเพื่อให้เห็นเป็นภาพชัดเจนว่า ครอบครัวของเขามีใครบ้าง เรียงลำดับอย่างไร เป็นผู้ชายกี่คน ผู้หญิงกี่คน เพื่อให้เห็นสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่ในครอบครัวเขา ความเป็นมาของสมาชิกแต่ละคน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การปรับตัวหรือการรับมือกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ การเรียนรู้และการเอาแบบอย่างพ่อแม่ของลูกๆ ใครเหมือนใครในเรื่องใดบ้าง และข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการบำบัด

แผนภูมิครอบครัวเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดที่มีมาตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ในบริบทของครอบครัวของเขา ช่วยให้เขาเข้าใจตนเอง เข้าใจคนอื่นในครอบครัวและเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้บำบัดสามารถนำไปช่วยสะสางปมที่ค้างคาใจของผู้รับการบำบัด โดยมีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลง เยียวยาและพัฒนาจิตใจ

บางครั้งสิ่งที่ผู้รับการบำบัดไม่เคยตระหนักรู้เพราะได้เก็บกดไว้ได้จิตสำนึกมานาน ก็สามารถตระหนักรู้ขึ้นมาได้จากการเขียนแผนภูมิครอบครัวแล้วสำรวจแผนภูมินั้นด้วยกระบวนการตั้งคำถามของผู้บำบัด เมื่อสิ่งที่ถูกซ่อนไว้ถูกเปิดเผยขึ้นสู่การรับรู้ของจิตสำนึกก็เปิดโอกาสในการบำบัดเยียวยาในประเด็นนั้นได้ หากสามารถคลี่คลายประเด็นเหล่านั้นได้ ผู้รับการบำบัดจะไม่มีพฤติกรรมที่เกิดจากการตอบสนองแบบอัตโนมัติจากจิตใต้สำนึกอีกต่อไป

วิธีการเขียนแผนภูมิครอบครัว

1) สัญลักษณ์ที่ใช้

- ผู้หญิง แทนด้วย รูปวงกลม ○
- ผู้ชาย แทนด้วย รูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า □
- สมาชิกครอบครัวที่เป็นคนเขียนแผนภูมิ ให้ใส่รูปดาวลงไปเป็นรูปสัญลักษณ์ที่แทนคนนั้น
- คนที่เสียชีวิตแล้วให้กากบาททับสัญลักษณ์ที่แทนคนๆ นั้น
- เส้นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มี 4 แบบ คือ
 - เส้นความหนาปกติ ใช้แทนความสัมพันธ์ปกติ
 - เส้นหนาเข้มทึบ ใช้แทน ความสัมพันธ์ที่แนบแน่นมากเป็นพิเศษ
 - เส้นไขว่ปลา ใช้แทนความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน
 - ~~~~~ เส้นฟันปลา ใช้แทน ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง
- การเขียนให้เรียงลำดับลูกคนโตไปหาลูกคนเล็ก โดยคนโตอยู่ใกล้พ่อแม่แล้วเรียงลำดับลงไป
- ถ้ามีบุคคลสำคัญต่อชีวิตของผู้เขียนเช่นพ่อเลี้ยง แม่เลี้ยง พี่เลี้ยง ให้เขียนลงไปในแผนภูมิครอบครัวด้วย

ขั้นตอนการเขียนแผนภูมิครอบครัว

- การเขียนแผนภูมิแบบ 3 รุ่น จะมีปู่ ย่า ตา ยาย เข้ามาด้วย
- การเขียนแผนภูมิแบบ 2 รุ่น เรียกว่าการเขียนแผนภูมิของครอบครัวเริ่มต้น โดยจะมีผู้ป่วยเป็นลูก

ขั้นตอนที่ 1

- ความเป็นจริงในปัจจุบัน
- ให้ใส่ข้อมูลทุกคน คือ พ่อ แม่ ลูกแต่ละคนในเรื่องต่อไปนี้
 1. ชื่อ
 2. วัน เดือน ปีเกิด
 3. สถานที่เกิด

4. อายุปัจจุบัน หรืออายุเมื่อเสียชีวิต (กรณีเสียชีวิตแล้ว)

5. ศาสนา

6. อาชีพ

7. เชื้อชาติ

8. ระดับการศึกษา

9. งานอดิเรก และสิ่งที่สนใจ

เมื่อเขียนลงครบก่อนจะไปขั้นตอนที่ 2 ขอให้พิจารณาแผนภูมิครอบครัวของตนเอง ว่าเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร ท่านเกิดความเข้าใจอะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 2

– การรับรู้หรือข้อมูลในอดีต

ข้อมูลต่างๆที่จะใช้ในหัวข้อนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต ก่อนอายุ 18 ปี ในทุกหัวข้อต่อไปนี้ คือ

1. คุณสมบัติส่วนบุคคล โดยใส่คุณสมบัติภายในด้านบวก 3 ข้อ เช่น ใจดี อารมณ์ดี ยุติธรรมและใส่คุณสมบัติด้านลบ 3 ข้อ เช่น ขี้บ่น มองโลกในแง่ร้าย ไม่ยืดหยุ่น
2. เขียนเส้นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวทุกคน โดยเป็นเส้นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อครอบครัวมีเหตุการณ์วิกฤตหรือเกิดความตึงเครียดขึ้น โดยใช้สัญลักษณ์เส้นความสัมพันธ์ 4 แบบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น
3. การรับมือหรือปรับตัวกับปัญหา (coping stance) ใส่ Stance ของแต่ละคน เมื่ออยู่ภายใต้ความเครียด

เขียนเสร็จแล้วให้เจ้าของแผนภูมิครอบครัว ทบทวนพิจารณา เส้นความสัมพันธ์ การรับมือกับปัญหา คุณสมบัตินด้านบวกและลบของตัวเองและของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัว ดูว่าท่านเห็นอะไร ท่านรู้สึกอย่างไร ข้อมูลทั้งหมดในแผนภูมิครอบครัว เป็นมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวของตนเอง

การสำรวจแผนภูมิครอบครัว (Family map exploration)

ในการใช้แผนภูมิครอบครัว เพื่อให้เจ้าของแผนภูมิได้ตระหนักรู้สิ่งต่างๆ เกี่ยวกับตนเองและสมาชิกครอบครัว อาจทำได้โดย

1. ให้ผู้รับการบำบัดเล่าเรื่องในครอบครัวตัวเองจากแผนภูมิครอบครัวของตนให้กับผู้บำบัดฟัง จะเกิดประสบการณ์และความเข้าใจต่างๆได้มากขึ้น

2. ให้ผู้บำบัดถามคำถามต่างๆ แบบสัมภาษณ์โดยให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ตอบ โดยใช้แนวตัวอย่างคำถามต่อไปนี้ตามความเหมาะสม เช่น

– ในช่วงชีวิตที่คุณเป็นเด็กและวัยรุ่น ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญกับค่านิยม เรื่องอะไร เช่น ความรับผิดชอบ การไม่พูดคำหยาบ ความซื่อสัตย์ การศึกษา

– กฎของครอบครัวเรื่องอะไรที่ใช้อย่างเปิดเผย หรือใช้อย่างรู้กันโดยไม่ต้องพูดออกมา เช่น อย่ากลับบ้านดึก ทานอาหารให้หมดจาน คนเข้มแข็งต้องไม่ร้องไห้

– คุณจัดการกับความรู้สึกต่างๆของคุณที่เกิดขึ้นได้อย่างไร (แสดงออก/เล่าสู่กันฟัง, เพิกเฉย ไม่ใส่ใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น, เก็บกด)

– คุณจัดการกับความรู้สึกโกรธของใครอย่างไร

– คนในครอบครัวแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ต่างกันอย่างไร

– คนในครอบครัวแสดงการยอมรับและไม่ยอมรับอย่างไร

– มีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันอย่างไร เมื่อมีปัญหาระหว่างพ่อกับแม่ ระหว่างพ่อแม่กับลูก และระหว่างลูกๆ

- พ่อแม่คาดหวังอะไรจากคุณ
- คุณคาดหวังอะไรจากพ่อแม่
- ครอบครัวของคุณมีความลับต่อกันหรือไม่ คุณทราบได้อย่างไร
- คุณเคยประสบกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตหรือความผิดหวังอย่างรุนแรงบ้างหรือไม่
- ครอบครัวของคุณดูแลจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างไร
- พ่อแม่คาดหวังอะไรจากคุณ
- คุณคาดหวังอะไรจากพ่อแม่
- ครอบครัวของคุณมีความลับต่อกันหรือไม่ คุณทราบได้อย่างไร
- คุณเคยประสบกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตหรือความผิดหวังอย่างรุนแรงบ้างหรือไม่
- ครอบครัวของคุณดูแลจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างไร
- ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร
- พ่อแม่ฝันที่จะเห็นคุณเป็นอย่างไร
- ในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น คุณมีใครหรือสิ่งใดเป็นที่ปรึกษาหรือชี้แนะแนวทางให้กับคุณ เช่น เพื่อนสนิท, หนังสือ, บุคคลสาธารณะ ดารา พิธีกรต่าง ๆ ครูบางคน ที่โรงเรียน
- คุณฉลองเทศกาลใดบ้าง เช่น วันเกิด วันหยุดนักขัตฤกษ์ต่างๆ
- เมื่อมองย้อนกลับไปในช่วงชีวิตวัยเด็ก มีสิ่งใดที่น่าชื่นชมบ้าง โปรดระบุและแสดงความคิดเห็น
- คุณได้เปลี่ยนแปลงอะไรในตัวคุณบ้างตั้งแต่เป็นวัยรุ่น โปรดระบุและให้ชื่นชมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในปัจจุบันเป็นอย่างไร ใครที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งใดที่เปลี่ยนแปลง
- เมื่อคุณเติบโตเป็นผู้ใหญ่ คุณสมบัติใดยังอยู่ในตัวคุณ และคุณสมบัติใดคุณได้ทิ้งมันออกไปจากตัวคุณแล้ว
- ให้อธิบายภูเขาน้ำแข็งของพ่อแม่ที่คุณสามารถจำได้เมื่อครั้งเยาว์วัย

การใช้แผนภูมิครอบครัวเพื่อค้นหาผลกระทบต่องิตใจ (Family of Origin Map : Exploring the impacts)

จากแผนภูมิครอบครัวสามารถบ่งบอกได้ถึง

1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

- มีผลกระทบหรืออิทธิพลต่อตัวเราอย่างไร
- ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างไร
- มีเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในชีวิตหรือไม่

2. ภูเขาน้ำแข็งของสมาชิกในครอบครัว

ให้เข้าใจภูเขาน้ำแข็งทั้งของตัวเองและสมาชิกในครอบครัวทุกคนเพื่อให้ตระหนักและปรับเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อบุคคลในครอบครัวให้เหมาะสมเป็นทางบวกมากขึ้น

3. คุณสมบัติ ลักษณะนิสัยของสมาชิกในครอบครัว

ทัศนคติต่อลักษณะนิสัยของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวทั้งที่เป็นด้านดีและไม่ดี เช่น สมาชิกคนหนึ่งเป็นคน
โกรธง่าย นอกจากโกรธ เขามีด้านดีอย่างอื่นอะไรบ้าง
คนที่ปรับตัวแบบ Placating มักจะมีเจตคติในแง่บวก
คนที่ปรับตัวแบบ Blaming มักจะมีเจตคติในแง่ลบ

4. ทรัพยากร (resource) ของครอบครัว และของสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์จากแผนภูมิครอบครัว เช่น
เคยผ่านภาวะวิกฤตของบ้านเมืองหรือของโลก เป็นประสบการณ์ที่แข็งแกร่งช่วยให้มองเห็นความสามารถของตน เช่น

- ความฉลาด สามารถเอาชีวิตรอด
- ให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวเองทางบวกมากขึ้น
- ให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว
- มองเห็นสิ่งที่เคยถูกมองในแง่ร้ายก็มีทรัพยากรในทางบวก (positive resource) ซ่อนอยู่ เช่นการเป็นคนที่มีอารมณ์อ่อนไหว ก็ทำให้เป็นคนไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น

5. สิ่งที่ยังค้างคาใจ (Unfinished business) สิ่งที่ยังค้างคาใจแก้ไขไม่ได้ เช่น ผลกระทบจากการสูญเสียพ่อแม่ หรือสามี ลูก เป็นต้น

6. Stance ของสมาชิกในครอบครัว

- ดู Stance ของแต่ละคนในครอบครัวว่าเป็นแบบไหน
- Stance ของสมาชิกในครอบครัว อาจมีผลต่อเขาได้

7. เหตุการณ์ที่สำคัญหรือประสบการณ์ที่มีความหมายของสมาชิกในครอบครัว

- มีอะไรเกิดขึ้นในช่วงอายุต่าง ๆ ที่ผ่านมาและในช่วงนั้นเขาทำอย่างไร
- ตัวเขารับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้นอย่างไร
- ประสบการณ์ตรงนั้นทำให้เกิดผลกระทบอะไรเขาบ้าง เช่น เมื่อรับรู้ว่ามีภรรยาบ่อย เขามีปฏิกริยาอย่างไร และทำอะไรเพื่อแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น

8. เหตุการณ์แวดล้อมที่สำคัญ

ตัวอย่างเช่น ถ้าเขาเกิดในช่วงที่มีสงครามกลางเมือง สงครามมีผลกระทบต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวและตัวเขาอย่างไร ผลกระทบในที่นี้หมายถึงผลกระทบทางจิตใจ เช่นเกิดภาวะสงครามกลางเมือง แม่ที่กำลังดูแลลูกอาจรู้สึกตื่นตระหนกหวาดกลัวอย่างยิ่ง กลัวลูกตกอยู่ในอันตราย

9. การซักถาม/ความสนใจใคร่รู้/คำถามของผู้บำบัด

การเขียนแผนภูมิครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบำบัด การที่ผู้บำบัดหรือรับการบำบัด เกิดความสงสัยในเรื่องราวของผู้รับการบำบัดแล้วผู้บำบัดตั้งประเด็นถามกลับ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความกระจ่างชัดเกี่ยวกับผลกระทบของเหตุการณ์ต่างๆต่อตัวเอง โดยความสงสัยอาจมาจากตัวผู้บำบัดเองหรือจากผู้รับการบำบัดก็ได้ เช่น ผู้รับการบำบัดอาจตั้งคำถามว่า เมื่อผู้รับการบำบัดเห็นแผนภูมิครอบครัวของเขาแล้ว ผู้รับการบำบัดอยากรู้เรื่องอะไร

นอกจากนั้นยังอาจช่วยผู้รับการบำบัดตระหนักถึงสิ่งที่ตนได้สูญเสีย ตลอดจนความลับของครอบครัว (ในกรณีที่ครอบครัวนั้นมีความลับซ่อนไว้ เช่น การฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว) ซึ่งจะช่วยให้การรักษาได้ผลดีมากขึ้น

คุณค่าของครอบครัว และกฎของครอบครัว (Family values and family rules)

ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่สุดที่เราสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตัวของเราเองและโลกภายนอกตัวเราตั้งแต่เกิดจนอายุ 18 ปี การเรียนรู้จากครอบครัวสอนเราว่าอะไรสำคัญและเราควรประพฤติตัวอย่างไร การเรียนรู้บางอย่างส่งเสริมให้เราารู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การเรียนรู้บางอย่างทำให้บั่นทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ถึงแม้การสอนในครอบครัวจากพ่อแม่ มักมีความตั้งใจดี ต้องการให้เราสามารถเอาตัวรอดในโลกใบนี้ได้ คือให้เราปลอดภัยและประสบความสำเร็จ

คุณค่าของครอบครัว (Family values)

คุณค่าของครอบครัวหมายถึง สิ่งที่ครอบครัวสอนเราว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า มีความสำคัญ และทำให้เรารู้สึกภาคภูมิใจ เพราะทำให้เรารู้สึกดีกับตัวเอง หรือช่วยตอบสนองความปรารถนาในใจ (Yearnings) ได้ เช่นการทำบุญทำทาน การช่วยดูแลธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม การมีเมตตากรุณาต่อคนอื่น การรักการอ่าน จะเห็นได้ว่าทั้งหมดที่ยกตัวอย่างมาช่วยส่งเสริมตัวตนของเราในเชิงบวกทั้งสิ้น

1. กฎของครอบครัว (Family rules)

กฎของครอบครัวหมายถึง กติกาในใจที่ครอบครัวสอนเรารู้ว่าอะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ หรืออะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ โดยการเรียนรู้ อาจมาจากการสอนโดยตรงด้วยคำพูด หรือไม่มีการสอนตรง ๆ แต่เกิดจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น คนอื่นๆ ในครอบครัวเขาทำตัวอย่างไรในสถานการณ์นั้น ๆ กฎที่มาจากการสอนโดยตรงเช่น “เป็นผู้หญิงต้องแต่งตัวให้เรียบร้อย” “เป็นเด็กห้ามเถียงผู้ใหญ่”

2. กฎที่ไม่สอนโดยตรงแต่กลายเป็นที่รู้กันในครอบครัวว่าต้องเป็นแบบนี้ เช่น ถ้าทุกครั้งที่มีวิฤตหรือความเครียดเกิดขึ้นในครอบครัว แม่จะมีการเสริมสร้างทุกคนจึงเกิดกฎขึ้นมาในใจว่า “อย่าสร้างปัญหาให้แม่” หรือ “อย่าทำให้แม่เครียด”

กฎเหล่านี้จริง ๆ แล้วเกิดขึ้นมาจากความตั้งใจของพ่อแม่อยากสอนให้ลูกเป็นคนดี มีคนชอบ เข้ากับคนอื่นได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือบางครั้งก็เพื่อปกป้องตนเอง ปกป้องคนอื่น เช่น ปกป้องแม่ในกรณีแม่เสริมสร้างจากความเครียด ดังนั้นความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติต่อเรื่องนั้นๆ นั้นเอง ถึงแม้ว่ากฎของครอบครัวจะเกิดขึ้นจากเจตนาดี แต่อะไรที่เป็นกฎมักขาดความยืดหยุ่น หรือเกิดความไม่เหมาะสมเมื่อเวลาผ่านไป เช่น กฎข้อที่ว่า “เป็นผู้หญิงต้องแต่งตัวให้เรียบร้อยอยู่เสมอ” ทำให้ขาดอิสรภาพในการแต่งตัวให้เหมาะสมกับโอกาส เช่น อยู่ในที่ส่วนตัวหรือห้องส่วนตัวอาจไม่ต้องการความเรียบร้อยมาก อาจต้องการความสบายง่าย ๆ หรือทำให้ไม่กล้าแต่งตัวที่ฉีกแนวออกไปบ้าง เช่น การแต่งตัวในงานเลี้ยงสังสรรค์

แม้จะเติบโตมาจากครอบครัวเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวอาจตีความกฎที่พ่อแม่สอนต่างกันออกไปได้ เช่น พ่อสอนว่า “ทำอะไรก็ต้องทำให้ดีที่สุด” ลูกคนหนึ่งกลายเป็นคนจริงจังกับทุกเรื่องจนเหนื่อยและเครียด ลูกอีกคนอาจตีความว่าทำให้ดีที่สุดในเรื่องสำคัญๆ เท่านั้น ไม่ใช่ทุกเรื่องจึงไม่รู้สึกเหนื่อย ไม่รู้สึกเครียดอะไรและมีความสุขกับสิ่งที่ทำ

เราจะรู้ได้อย่างไรว่าอะไรคือกฎของครอบครัว อะไรที่เป็นกฎมักจะมีคำว่า “ควร” “ต้อง” “อย่า” “เสมอ” ดังนั้นกฎจึงทำให้เกิดข้อจำกัดขึ้นเกิดกรอบตายตัวในการใช้ชีวิตต้องยึดถือปฏิบัติ นอกจากนั้นบางครั้งกฎที่มาจากแม่กับกฎที่มาจากพ่ออาจขัดแย้งกันก็เป็นได้ เช่น คนหนึ่งมีกฎว่า “ทำอะไรต้องทำให้ดีที่สุด” แต่อีกคนนอนว่า “ทำให้ดีแต่อย่าเด่นเป็นภัย”

การพยายามทำตามกฎตลอดชีวิตโดยไม่รู้ตัว ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัดสินใจใหม่ให้เข้ากับบริบทที่เปลี่ยนไปจึงทำให้ไม่มั่นใจในตัวเอง หรือไม่รู้สึกรู้ว่าตัวเองมีคุณค่าเต็มที่ ลักษณะของกฎจึงทำให้เสีย self-esteem เช่น กฎที่ว่า “เด็กต้องไม่เถียงผู้ใหญ่” ถ้ายังนำมาใช้จนโตถึงวัยทำงานแล้วใช้กฎนี้กับหัวหน้าย่อมมีผลกระทบต่อการทำงาน เพราะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าแสดงออก หรือไม่กล้ามีความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากหัวหน้า

มีคนจำนวนไม่น้อยยึดถือกฎที่เรียนรู้มาจากครอบครัวจนถึงปัจจุบันโดยไม่รู้ตัว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเอง ในการทำจิตบำบัดจึงต้องตระหนักว่าผู้รับการบำบัดมีกฎครอบครัวที่ทำให้เขาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือขัดขวางการเปลี่ยนแปลงอยู่หรือไม่

3. การเปลี่ยนแปลงผลกระทบจากกฎของครอบครัว

ก่อนอื่นต้องมีการตระหนักรู้ (awareness) ว่ามีกฎอะไรที่ผู้รับการบำบัดยึดถืออยู่ และสมควรเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร โดยการสำรวจผลกระทบจากกฎของครอบครัว ด้วยการใช้ขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 นึกและเขียนกฎของครอบครัวของคุณ 6- 12 ข้อ

3.2 นำกฎแต่ละข้อมาพิจารณาและตอบคำถามต่อไปนี้คือ

- 3.2.1 กฎข้อนี้มีไว้เพื่อประโยชน์อะไร
- 3.2.2 ใครในครอบครัวเป็นผู้ตั้งหรือสร้างกฎนี้
- 3.2.3 กฎข้อนี้มีผลกระทบต่อคุณอย่างไร เมื่อคุณเป็นเด็ก
- 3.2.4 คุณปรับตัวอย่างไรกับกฎข้อนี้
- 3.3 กฎแต่ละข้อทำให้คุณเกิดความรู้สึก และรู้สึกต่อความรู้สึกอย่างไรตอนที่คุณอยู่ที่บ้าน
- 3.4 กฎข้อนี้ส่งผลให้คุณมีความคิดหรือมุมมอง กับตัวเองและคนอื่นอย่างไร
- 3.5 กฎข้อนี้ส่งผลให้คุณมีความคาดหวังกับตัวเองและคนอื่นอย่างไร
- 3.6 คุณจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด ความคาดหวัง ความปรารถนาอย่างไร ที่จะเปลี่ยนผลกฎที่มีต่อคุณในปัจจุบัน
- 3.7 คุณค่าที่ซ่อนอยู่ในกฎของครอบครัวข้อนี้คืออะไร
- 3.8 กฎข้อใดที่ในปัจจุบันคุณได้เปลี่ยนมันไปแล้ว และคุณเปลี่ยนมันได้อย่างไร
- 3.9 กฎข้อใดที่ยังควบคุมคุณอยู่ ให้สำรวจประสบการณ์ในภูเขาน้ำแข็งของคุณ แล้วคุณจะเปลี่ยนแปลงมันอย่างไร
- 3.10 มีกฎข้อใดที่คุณยังใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่คุณอยากจะปล่อยวางมัน
- 3.11 มีกฎข้อใดที่คุณยอมรับ และไม่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงกฎข้อนั้น

เอกสารอ้างอิง

- นิชากร ศรีเพชรดี. (2561). ชาเทียร์: เข้าใจตนเอง ศิษย์ เพื่อน ผ่านที่มาครอบครัวและ แบบจำลองภูเขาน้ำแข็ง. เรียกใช้เมื่อ 23 มีนาคม 2563 จาก <http://www.thepotential.org>
- ทีมงานความสุขประเทศไทย. (2560). ชาเทียร์: ชุมพลังอันยิ่งใหญ่ในตัวเรา. เรียกใช้เมื่อ 23 มีนาคม 2563 จาก <http://www.happinessisthailand.com>
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ และคณะ. (2550). Satir Model. วารสารสมาคมจิตแพทย์ประเทศไทย, 52(1), 1-6.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2556). ชาเทียร์ จิตบำบัดและการพัฒนาตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Satir, V. The Satir Model. California: Science and behavior books, Inc. 1991.
- Satir, V. The New People Making. California: Science and Behavior books, Inc. 1988.
- Culley S. Integrative counseling skills in action. California: Sage Publications; 1991.
- Banmen J, Maki - Banman K. Satir à Systemic (brief) Therapy. California: 2001.
- The Satir Journal : Transformational Systemic Therapy; 2006.
- Banmen J. Applications of the Satir Growth Model. USA: Avanta the Virginia Satir Network; 2006

4. จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)

นางสุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ความหมาย :

จิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นวิธีการทางจิตอายุรเวชที่รวมโรงเรียนบำบัดต่าง ๆ เช่น จิตบำบัดและความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมตลอดจนรูปแบบและเทคนิคความคิดระหว่างบุคคล เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และได้แนวทางในการแก้ปัญหาจากสมาชิกที่มีปัญหาล้ายกัน จึงเป็นการทำกลุ่มที่ช่วยลดภาวะเครียด และลดความรู้สึกที่คับข้องใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้ตามปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประคับประคองให้สภาพของผู้ป่วยยังคงอยู่ในสภาพเดิมไว้ ไม่แย่ลงไปมากกว่าเดิม ซึ่งผู้ป่วยในที่นี้คือบุคคลที่มีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นในชีวิตของเขา ซึ่งภาวะวิกฤตนั้นส่งผลทำให้สภาพเดิมของเขาต้องสูญเสียไป เช่น การหย่าร้าง การเสียชีวิตของคนที่เรารักไปกะทันหัน ตกงาน สอบตก เป็นต้น บุคคลเหล่านี้จะได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงจนสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลอื่นๆ ผิดไปจากเดิม

ผู้ป่วยจะมีความกังวลใจ ความเครียด รู้สึกผิดหวัง หดหู่อย่างรุนแรง จนส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนได้ จิตบำบัดประเภทนี้ผู้บำบัดรักษาต้องช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยการช่วยให้เขาสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์นั้น ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ลักษณะของการจิตบำบัดแบบประคับประคอง

นั้นสามารถแบ่งได้ออกเป็นสามลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ การพยายามทำให้กลไกป้องกันทางจิตหรือสภาพทางจิตเข้มแข็งขึ้น การพยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้กลับมาสู่สภาวะเดิมได้ และ การพยายามสร้างกลไกใหม่ ๆ ที่ดีกว่าเพื่อผู้ป่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

เทคนิคที่ใช้ในจิตบำบัดแบบประคับประคอง

1. การแนะแนว (Guidance) วิธีนี้มักใช้ในบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว การดำรงชีวิตประจำวัน มักใช้ในการเรียน การงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ผู้บำบัดจะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้ข้อเท็จจริง และอธิบายความหมายให้แก่ผู้มารับบริการ วิธีนี้จึงใช้ได้ผลดีสำหรับบุคคลที่มีปัญหาเพียงเล็กน้อยไม่ลึกซึ้งมากนัก

2. การควบคุมความเครียด (Tension Control) ความเครียดที่มากเกินไปจะส่งผลเสียต่อการทำงานและร่างกาย ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้การควบคุมความเครียด ซึ่งสามารถทำได้โดย

- ลดภาวะจากสิ่งเร้าภายนอกให้ลดน้อยลง จัดบรรยากาศให้เงียบสงบ อย่าให้มีสิ่งเร้าจากภายนอกมารบกวน
- ให้บุคคลนั้น ๆ พังความสนใจไปที่จุด ๆ เดียว เช่น ลมหายใจ ร่างกาย วัตถุ สิ่งของเป็นระยะเวลาหนึ่ง
- ให้บุคคลนั้น ๆ อยู่ในอาการนิ่งสงบ เงียบ สงบ จัดบรรยากาศให้เขาได้อยู่ในภาวะที่ปราศจากความกดดันต่าง ๆ ความคิดจะหลุดจากสิ่งเร้าที่เป็นต้นเหตุของความเครียด ทำให้สภาพจิตใจเกิดความสงบ ปราศจากความเครียดไปได้ในที่สุด
- ให้ผู้รับบริการอยู่ในท่าที่สะดวกสบาย ผ่อนคลายให้ได้มากที่สุด

3. การให้ความสนใจกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (Externalization of Interest) วิธีนี้มุ่งให้ความช่วยเหลือผู้ที่ป่วยที่แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเอง แล้วอยู่แต่โลกของตนเองเท่านั้น คนที่มีปัญหาประเภทนี้มักจะมีความคิดและพฤติกรรมที่อยู่กับตนเองตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งรอบ ๆ ตัว ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความกลัว มีความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จึงไม่ต้องการเผชิญหน้ากับสิ่งรอบ ๆ ตัว การบำบัดรักษาด้วยวิธีการให้ความสนใจกับสิ่งแวดล้อมภายนอกนี้จะช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงได้ ซึ่งจิตบำบัดชนิดนี้มีการนำกิจกรรมต่าง ๆ มาบำบัดรักษาผู้ป่วย อันได้แก่ อาชีวะบำบัด (Occupational Therapy) การเต้นรำบำบัด (Dance Therapy) การเคลื่อนไหวต่าง ๆ (Movement Therapy) การประพันธ์และการบำบัดทางสังคม (Poetry and Social Therapy) เป็นต้น

4. การให้ความมั่นใจ (Reassurance) วิธีนี้เป็นการบำบัดรักษาที่จัดว่ามีความสำคัญและเป็นประโยชน์ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีอย่างมากในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ผู้ป่วยที่มีความเศร้า และต้องประสบกับความผิดหวังอย่างรุนแรง บุคคลที่ต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์แบบนี้มักจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาลำบากต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ แม้ว่าเขาจะมีความสามารถอย่างพร้อมเพรียงก็ตาม ผู้ให้การบำบัดจะต้องพูดให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น เพื่อให้เขาสามารถที่จะกลับมาเย็นหยัดต่ออุปสรรคได้อีกครั้ง

5. การให้คำแนะนำ (Suggestion) คำแนะนำนั้นจะต้องมาจากบุคคลที่เป็นที่ยอมรับและเป็นที่น่าเชื่อถือ ด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยจะยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยดี ทั้งนี้ Walberg จะนำวิธีการสะกดจิตไปใช้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งด้วยความเต็มใจในภาวะกึ่งหลับกึ่งตื่นได้ดีกว่าในภาวะที่เขาตื่นอยู่

6. การชักจูง (Persuasion) วิธีนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยเอาชนะความขัดแย้งที่เผชิญอยู่ โดยใช้พลังทางด้านจิตใจ (Will – Power) และการรู้จักควบคุมตนเอง (Self – Control) และการรู้จักใช้เหตุผลในการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเอง ผู้บำบัดจะชักจูงให้ผู้ป่วยได้ทบทวนค่านิยม ปรัชญา วิถีชีวิต และความเป็นอยู่ที่ตนดำเนินอยู่ โดยผู้บำบัดมีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยที่เคยต่อต้านให้กลับมายอมรับสิ่งที่ถูกต้อง

7. การสารภาพและการมีอิสระในการพูด (Confession and Ventilation) วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายและธรรมดาที่สุดใช้เพื่อช่วยลดความเครียดทางอารมณ์ วิธีการนี้เน้นให้ผู้ป่วยพูดระบายปัญหาของตนเองออกมา เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความคิดที่อยู่ในใจก็จะช่วยลดความกังวลใจลงไปได้ ความเครียดที่ได้สะสมมานานก็จะหมดไป ทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น

8. การระบายอารมณ์ (Catharsis) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เก็บกดอยู่ ออกมาทำให้สบายใจขึ้นโดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น

- 8.1 Giving recognizing เป็นการแสดงการรับรองว่าสมาชิกเป็นบุคคลหนึ่งที่รู้จักโดย การทักทายเรียกชื่อได้ถูกต้องจา เรื่องราวที่สมาชิกเคยพูดได้ถึง
- 8.2 Giving information เป็นการแจ้งเรื่องราวต่าง ๆ ให้สมาชิกทราบอาจเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่เป็นจริง
- 8.3 Offering self การพยายามในการเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือสมาชิก
- 8.4 Presenting reality คือ การบอกหรือเสนอข้อความหรือสิ่งที่เป็นจริงหรือ เหตุการณ์ สภาพการณ์ที่เป็นข้อเท็จจริงให้สมาชิกทราบ และพิจารณาตัดสินใจด้วยตัวเอง
- 8.5 Accepting reality เป็นการแสดงให้สมาชิกเห็นว่า พยาบาลยอมรับสมาชิกว่า เป็นบุคคลหนึ่ง และเข้าใจในความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออกมา
- 8.6 Acknowledge the patient's feeling เป็นการรับรู้ความรู้สึกของสมาชิก ที่มีภาวะซึมเศร้า และยอมรับว่าการที่สมาชิกมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นที่ยอมรับ และไม่ใช่อะไรผิดปกติ

9. เทคนิคที่กระตุ้นให้สมาชิกเป็นฝ่ายนำการสนทนา

- 9.1 Giving broad opening การให้คำถามปลายเปิด เป็นการนำ การสนทนาไปสู่ประเด็นสำคัญกระตุ้นให้สมาชิกเล่าเรื่องราวที่เขาต้องการจะเล่า นำไปสู่การระบายออก ซึ่งการคับข้องใจของสมาชิก
- 9.2 Giving general lead การพูดเพื่อการกระตุ้นให้สมาชิกพูดต่อไป เป็นการแสดงว่าพยาบาลสนใจสมาชิกที่พูดออกมา

10. เทคนิคที่ช่วยให้สมาชิกระบายความคิด ความรู้สึก

- 10.1 Making Observation คือ การบอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาล สังเกตเห็นในตัวของผู้สมาชิกซึ่งสมาชิกอาจมีพฤติกรรมถึงความวิตกกังวล หลาย ๆ อย่าง เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึง ความรู้สึกที่แท้จริงออกมา พยาบาลต้องแสดงท่าทียอมรับความรู้สึกที่แสดงออกมาไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านไม่ดีก็ตาม
- 10.2 Using silence เป็นการใช้ความเงียบในการสนทนา เพื่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้ คือ เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกได้เล่าเรื่องราวของตนเองต่อไปและแสดงความพร้อมของพยาบาลในการฟัง และเป็นการใช้เวลาแก่สมาชิกได้มีโอกาสย้อนหลังถึงสิ่งที่พูดไป รวมถึงคิดถึงสิ่งที่จะพูดต่อไปด้วย อีกทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลได้สังเกตกิริยาของสมาชิก
- 10.3 Encouraging evaluation เป็นการประเมินประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญของสมาชิก มาคิดพิจารณา เพื่อให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่า เช่น เหตุการณ์นี้ทำให้คุณรู้สึก อย่างไร กินยาแล้วคุณรู้สึกอย่างไร หรือสิ่งที่คุณพูด กระทำ ลงไปแล้วคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง
- 10.4 Listening เป็นการฟัง เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกระบายความรู้สึกว่า มีคนสนใจให้ความสำคัญ เกิดความไว้วางใจ โดยพยายามแสดงออกได้โดยมองสบตา สีหน้าสนใจตั้งใจฟัง

11. เทคนิคที่ช่วยให้สมาชิกไตร่ตรองเรื่องใหม่

- 11.1 Exploring คือ การแสดงออกเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น กระตุ้นให้ ทราบความคิดหรือเรื่องราวของสมาชิกมากขึ้น บางครั้งสมาชิกอาจเล่าเรื่องราวของเขาไม่ละเอียด
- 11.2 Reflecting การสะท้อนคำพูดของสมาชิกให้สมาชิกมีความคิด ความรู้สึกของตนเองรู้จักการตัดสินใจ
- 11.3 Restating การพูดซ้ำความหมายในสิ่งที่สมาชิกได้พูดออกมา เพื่อให้สมาชิกได้คิดและเข้าใจในสิ่งที่ตนพูดออกมา

12. เทคนิคในการส่งเสริมให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกัน

- 12.1 Seeking clarification คือ การขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่ชัดเจน หรือขอรับรองให้สมาชิกอธิบายความหมายของคำหรือของประโยคที่สมาชิกพูดแล้วเราไม่เข้าใจ
- 12.2 Validating เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้บำบัดว่า ตรงกับความต้องการและความรู้สึกของสมาชิกหรือไม่ เช่น คุณคงสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านี้ ความเข้าใจของคุณในเรื่องนี้ตรงกับของคุณหรือไม่ หรือคุณใช้คำ นี้เพื่อหมายถึง.....ใช่ไหม
- 12.3 Focusing เป็นการนำเสนอให้รวมจุดสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ในกรณีที่ผู้บำบัดรู้สึกยังจับใจความที่สมาชิกพูดไม่ได้ เช่น เรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก หรือจุดนี้เป็นจุดที่เราควรทำ ความเข้าใจกันให้กระจ่าง
- 12.4 Summarizing เป็นการสรุปข้อความเมื่อสมาชิกพูดจบ เป็นการตรวจสอบกับสมาชิกว่าเรื่องที่สมาชิกเล่า นั้นผู้บำบัดเข้าใจถูกต้องหรือไม่

ทฤษฎีในการทำ จิตบำบัดกลุ่ม

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

แก้ไขความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัด ต้องช่วยเอื้อให้สมาชิกตระหนักในปัญหาและปรับแก้ ความคับข้องใจนั้นทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงสัญชาตญาณไปในทางสร้างสรรค์

2. ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียลและเกสตัลท์ (Existential and gestalt theory)

เน้นความเป็นอิสระของบุคคลมีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัด จะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจ ตนเองเมื่อสมาชิกตระหนักรู้ในภาวะ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” รู้ว่าอะไรคือปัญหา ไม่ใช่ทำไมจึงเกิดปัญหา สมาชิกจะสนใจ ปัจจุบันและตระหนัก พร้อมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาได้

3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication theory)

มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกอาจเป็นภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับและการส่งสาร มีการแปลข่าวสาร ถ้าข่าวสารนั้นไม่ชัดเจน อาจมีการแปลความหมายของการสื่อสารไปคนละทิศทาง ทำให้เกิดการ เข้าใจผิดกันได้

ผู้บำบัด จะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสารที่สอดคล้องกับ ความคิด ความต้องการ ความรู้สึกของสมาชิก

4. ทฤษฎีพลวัตรและกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Group dynamic and group process theory)

กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มจะมุ่งเน้นประเด็น ปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคนผู้บำบัด ต้องชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาของกลุ่ม และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไข ปัญหาของกลุ่ม

5. ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavioral theory)

มีแนวคิดว่าการพฤติกรรมทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมของตนเองและพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้แรงเสริมทางลบและทางบวก นอกจากนั้น สมาชิกจะได้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทาง ที่เหมาะสม

6. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory)

มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิก ซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวลอันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ผู้บำบัด จะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) อาจทำเป็นกลุ่มบำบัดหรือการบำบัด รายบุคคลที่ใช้เทคนิค ทักษะและทฤษฎีต่างๆข้างต้นมาผสมผสานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยพยายามทำให้กลไกป้องกันทาง จิตหรือสภาพทางจิตเข้มแข็งขึ้น พยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้กลับมาสู่สภาวะเดิมได้ และหรือพยายามสร้าง กลไกใหม่ ๆ ที่ดีกว่าเพื่อผู้ป่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

งานกิจกรรมกลุ่มบำบัด คู่มือการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตตอนใต้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ รัชกร สุนทรเดชากิจ ปิยวรรณ กลางประพันธ์และสาวิตรี สุริยะฉาย
ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท
EFFECTS OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY PROGRAM ON DEPRESSION IN
PATIENTS รสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (2016): กันยายน –
ธันวาคม 2559.

สุนทรีย์ โบราณ ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตน และ ความ
ตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน วิทยานิพนธ์การศึกษา มหบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559

Lewis O. Culture of poverty. In: Moynihan DP, ed. On Understanding Poverty: Perspectives
From the Social Sciences. New York: Basic Books; 1969:187-220.

Pumariega A, Rothe EM, Mian A, et al. Practice parameters for cultural competence in child
psychiatric practice. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52:1101-1115.

The Counseling and Hypnotherapy Center (CHC)(2554)Supportive Psychotherapy.สืบค้น17ก.ค.
2564 จาก<http://thaihypnosis.blogspot.com/2011/04/supportive-psychotherapy.html>

5. โปรแกรมเมทริกซ์ (Matrix Program)

นางสาวกณณิกา สิริพิงษ์ : นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

โปรแกรมเมทริกซ์เป็นการบำบัดรักษาที่ประยุกต์จาก The Matrix Intensive Outpatient Program ที่พัฒนาตั้งแต่ปี 1994 ของสถาบันเมทริกซ์ มหาวิทยาลัย UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับบำบัดรักษาผู้ติดยาหลายประเภท โดยเฉพาะผู้ติดยาประเภทกระตุ้นประสาท เช่น โคเคน และสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS) โดยเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ให้ผลสัมฤทธิ์สูง สำหรับประเทศไทยได้นำโปรแกรมเมทริกซ์มาใช้ตั้งแต่พ.ศ.2543 จนถึงปัจจุบัน โปรแกรมเมทริกซ์เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Model) และเน้นให้องค์ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่เป็นวิธีการหลักของโปรแกรม การบำบัดรักษาใช้เวลา 1 ปี แบ่งเป็นระยะเข้มข้น (Intensive phase) 4 เดือน และระยะประคับประคอง (Supportive phase) 8 เดือน

ระยะที่ 1 ระยะเข้มข้น (Intensive phase) สัปดาห์ที่ 1-16

เป็นช่วงแรกของการบำบัดและเป็นช่วงที่สำคัญและวิกฤติที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ดังนี้

1) การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/ Conjoint session)

เป็นการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีสมาชิกคนสำคัญในครอบครัวเข้าร่วมการปรึกษาในบางครั้ง ในระยะแรกของการบำบัดรักษามักมีปัญหาหลายอย่างที่เกิดจากความไม่เข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นช่วงปรับตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่มีโครงสร้างการรักษาที่มีขั้นตอนชัดเจนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องปฏิบัติตาม เพื่อให้มีความเข้าใจและกระตุ้นความร่วมมือและแรงจูงใจในการบำบัด อีกทั้งเป็นการหาข้อตกลงร่วมกันถึงกระบวนการบำบัดและข้อปฏิบัติต่างๆ เพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัวในโปรแกรมเมทริกซ์ มี 10 หัวข้อ ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ข้อตกลงและคำยินยอมในการบำบัด (ญาติเข้าร่วม)
- ครั้งที่ 2 การหยุดใช้ยาและการจัดตารางเวลาประจำวัน
- ครั้งที่ 3 สารกระตุ้นประสาทและเพศสัมพันธ์
- ครั้งที่ 4 ฝันเกี่ยวกับการเสพยาระหว่างการเลิกยา
- ครั้งที่ 5 การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัด
- ครั้งที่ 6 ระยะฝ่อาอุปสรรค
- ครั้งที่ 7 การสนับสนุนจากครอบครัว
- ครั้งที่ 8 อารมณ์และการเลิกยาเสพติด
- ครั้งที่ 9 การประเมินภายหลังการบำบัด
- ครั้งที่ 10 การวิเคราะห์การกลับไปใช้ยาเสพติด

ครั้งที่ 1-8 ดำเนินการสัปดาห์ละครั้งในสองเดือนแรก ครั้งที่ 9 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 และครั้งที่ 10 ดำเนินการเมื่อเกิดกรณีผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การปรึกษารายบุคคลสามารถเพิ่มจำนวนครั้งได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการในผู้ป่วยแต่ละราย

2) กลุ่มฝึกทักษะเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้น (Early recovery skill group: ERS)

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการเลิกยาเสพติด รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับการตระหนักต่อตัวกระตุ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติด การจัดการอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ตลอดจนการแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง กลุ่มฝึกทักษะเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้นไม่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างสมาชิกกลุ่มแม้ว่าอาจเกิดปัจจัยบำบัดบ้างก็ตาม แต่เป็นเวทีสำหรับผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มทำงานร่วมกันเพื่อเรียนรู้ทักษะในการเลิกยาเสพติด กิจกรรมกลุ่มมีโครงสร้างและรูปแบบที่ชัดเจน กลุ่มควรมีขนาดเล็ก 6-8 คน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ช่วงแรกเป็นการให้ข้อมูลความรู้และอภิปรายตามหัวข้อของกลุ่มแต่ละครั้ง ช่วงท้ายเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการจัดตารางเวลาประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มฝึกทักษะเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้น มี 8 หัวข้อ ดังนี้

- ครั้งที่ 1 หยุดวงจรการใช้ยา
- ครั้งที่ 2 ตัวกระตุ้นภายนอก
- ครั้งที่ 3 ตัวกระตุ้นภายใน
- ครั้งที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยาเสพติด
- ครั้งที่ 5 ปัญหาต่าง ๆ ในการเลิกยาระยะเริ่มต้น
- ครั้งที่ 6 ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
- ครั้งที่ 7 แนะนำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
- ครั้งที่ 8 ข้อควรจำง่าย ๆ (เคล็ดลับจากหลักการ 12 ขั้นตอน)

ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้งใน 4 สัปดาห์แรกของการรักษา โดยสามารถเริ่มเข้ากลุ่มครั้งใดก่อนก็ได้ และร่วมกลุ่มต่อเนื่องไปจนครบทั้ง 8 หัวข้อ

3) กลุ่มป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (Relapse prevention group: RP)

เป็นกลุ่มบำบัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความช่วยเหลือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฟื้นสภาพ (recovery) กลุ่มนี้เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการกลับไปใช้ยาเสพติดและการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ การตระหนักต่อความยุ่งยากหรืออุปสรรคที่นำไปสู่การเสพยา หรือสัญญาณที่แสดงก่อนการเสพยา ขณะเดียวกันสมาชิกกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ดีระหว่างการรักษาจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม หัวข้อในกลุ่มนี้มีความหลากหลายตั้งแต่การจัดการภาวะอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนทัศนคติและแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตลอด 16 สัปดาห์ในระยะเข้มข้น รวม 32 ครั้ง โดยหัวข้อกลุ่มป้องกันการกลับไปติดซ้ำ มีดังนี้

- ครั้งที่ 1 สุรา ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย
- ครั้งที่ 2 ความเบื่อ
- ครั้งที่ 3 การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยา/ สิ่งยึดเหนี่ยว
- ครั้งที่ 4 งานและการเลิกยา
- ครั้งที่ 5 ความรู้สึกผิดและความละอายใจ
- ครั้งที่ 6 การทำตัวไม่ให้ว่าง
- ครั้งที่ 7 แรงจูงใจในการเลิกยา
- ครั้งที่ 8 การพูดความจริง
- ครั้งที่ 9 การหยุดยาและสารเสพติดทุกชนิด
- ครั้งที่ 10 เพศสัมพันธ์และการเลิกยา

- ครั้งที่ 11 การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ
- ครั้งที่ 12 ความไว้วางใจ
- ครั้งที่ 13 จงทำตนเป็นคนฉลาดแต่อย่าประมาท
- ครั้งที่ 14 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต
- ครั้งที่ 15 ความรับผิดชอบชีวิตประจำวันและการเงิน
- ครั้งที่ 16 การดูแลตนเอง
- ครั้งที่ 17 ความเจ็บป่วย
- ครั้งที่ 18 ภาวะอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยาและสารเสพติด
- ครั้งที่ 19 วิธีจัดการกับความโกรธ
- ครั้งที่ 20 การรับรู้ความเครียด
- ครั้งที่ 21 การลดภาวะตึงเครียด
- ครั้งที่ 22 การยอมรับ
- ครั้งที่ 23 การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา 1
- ครั้งที่ 24 การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา 2
- ครั้งที่ 25 การสร้างเพื่อนใหม่
- ครั้งที่ 26 การฟื้นฟูสัมพันธภาพ
- ครั้งที่ 27 การสวดมนต์ ทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขในชีวิต
- ครั้งที่ 28 พฤติกรรมร้ายและการป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศที่เกิดจากความใคร่
- ครั้งที่ 29 การจัดการกับความรู้สึกละแฉงและภาวะซึมเศร้า
- ครั้งที่ 30 การเรียนรู้โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน
- ครั้งที่ 31 มองไปข้างหน้า จัดการแก้ปัญหาช่วงเวลาหยุดพัก
- ครั้งที่ 32 หยุดเสพยาที่ละวัน

4) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family education group: FE)

เป็นกลุ่มที่เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยในแง่สาเหตุของการใช้ยาเสพติด การเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของสมองก่อนและหลังการใช้ยาเสพติด ภาวะอารมณ์ความคิดของผู้ใช้ยาเสพติด และบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 10 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ตัวกระตุ้นและอาการอยากยา
- ครั้งที่ 2 สุราและร่างกาย
- ครั้งที่ 3 ประสบการณ์การเลิกยาของสมาชิกและกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
- ครั้งที่ 4 ยาบ้า จากสวรรค์สู่นรก
- ครั้งที่ 5 เส้นทางสู่การเลิกยา
- ครั้งที่ 6 สายสัมพันธ์ในครอบครัว
- ครั้งที่ 7 การหลีกเลี่ยง การจัดการกับการกลับไปเสพยาซ้ำ
- ครั้งที่ 8 ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเลิกยา
- ครั้งที่ 9 บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา
- ครั้งที่ 10 การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยาเสพติด

ระยะที่ 2 ระยะปรับประคอง (Supportive phase) 8 เดือน (สัปดาห์ที่ 17–52) เป็นระยะปรับประคองให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรมที่เป็นลักษณะกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help group) ดังนี้

1) กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group: SS)

เป็นกลุ่มที่ดำเนินการสัปดาห์ละครั้งต่อจากกลุ่มครอบครัวศึกษาที่สิ้นสุดลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางของการเลิกยาเสพติด ได้เรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคม ผ่านการสนับสนุนกำลังใจจากกลุ่มเพื่อนที่เลิกยาเสพติดด้วยกัน ภายในกลุ่มผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้และแบ่งปันเทคนิคและประสบการณ์ต่างๆ ที่นำไปสู่การเลิกยาเสพติดอย่างได้ผล ก่อให้เกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติดอย่างถาวร ส่วนผู้ป่วยที่เป็น role model จะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่น และเป็นโอกาสให้แสดงความภูมิใจกับความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดและรักษาสถานภาพที่ไม่ใช้ยาเสพติดของตนต่อไป

กลุ่มสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างหลวมและสบายกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มฝึกทักษะเลิกยาระยะเริ่มต้น (ERS) และกลุ่มป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (RP) ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผู้ร่วมกลุ่มไม่ควรเกิน 10 คน ผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยกลุ่มในกลุ่ม ERS หรือ RP มาก่อน สามารถเป็นผู้ดำเนินกลุ่มนี้ได้ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้บำบัด กลุ่มสนับสนุนทางสังคมมีหัวข้อแนะนำ 36 หัวข้อ ดังนี้

1. ความแกล้ง	13. ความเศร้าโศก	25. การถูกปฏิเสธ
2. ความโกรธ	14. ความรู้สึกผิด	26. การผ่อนคลาย
3. คู่สมรสที่ใช้นาเสพติด	15. ความสุข	27. กฎเกณฑ์
4. ข้อผูกพันสัญญา	16. ความซื่อสัตย์	28. ตารางกิจกรรม
5. ความขี้ขลาด	17. ความใกล้ชิด	29. ความเห็นแก่ตัว
6. การควบคุม	18. การแยกตัว/โดดเดี่ยว	30. เพศ
7. ความอยากยา	19. ข้ออ้าง	31. ความฉลาด
8. ความซึมเศร้า	20. การสวมหน้ากาก	32. จิตวิญญาณ
9. อารมณ์ต่างๆ	21. ความรู้สึกท่วมท้น	33. การหยุดความคิด
10. ความกลัว	22. ความอดทน	34. ตัวกระตุ้น
11. มิตรภาพ	23. สรีระ/สุขภาพกาย	35. ความไว้วางใจ
12. ความสนุก	24. การฟื้นฟูสภาพ	36. การทำงาน

2) กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 step program)

เป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเองที่เป็นการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และมีเป้าหมายเดียวกันในการจัดการปัญหาการเสพติด โดยยึดแนวปฏิบัติ 12 ขั้นตอน กลุ่มช่วยเหลือกันเองที่เป็นที่รู้จัก คือ กลุ่ม AA (Alcoholics Anonymous) กลุ่ม NA (Narcotic Anonymous) และ กลุ่ม Ala-non family group มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือกันให้หยุดเสพยาเสพติดและหยุดดื่มสุรา

กลุ่ม 12 ขั้นตอน ไม่มีข้อผูกมัด ไม่มีค่าธรรมเนียม มีอิสระ ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง ไม่เกี่ยวข้องกับการศาสนา คุณสมบัติเดียวในการเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มคือ เป็นผู้ที่มีความประสงค์จะหยุดเสพยาและหยุดดื่มสุรา

กลุ่ม 12 ขั้นตอน ได้ผลด้วยความเชื่อว่า “คนที่มีปัญหาเช่นเดียวกันที่สามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว สามารถช่วยเหลืออีกคนหนึ่งได้ดีกว่า” นั้นหมายความว่า ความสำเร็จของสมาชิกแต่ละคนจะนำไปสู่การช่วยเหลือสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ในกลุ่มจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดที่อยู่ในระยะกลางของการเลิกยาเสพติดได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติด เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนสมาชิก สร้างความหวังและกำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

การตรวจปัสสาวะ

ในโปรแกรมเมทริกซ์ การตรวจปัสสาวะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดการใช้นิโคตินและเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพ ไม่ใช่เครื่องมือเฝ้าติดตามสำหรับลงโทษ ผู้บำบัดไม่ควรทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการตรวจปัสสาวะเป็นตัวชี้วัดความไม่น่าไว้วางใจหรือความซื่อสัตย์ของผู้ป่วย แต่ควรสร้างความเข้าใจว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหลายตัวเพื่อช่วยในการเลิกยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของการตรวจปัสสาวะเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้นิโคติน ช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการใช้นิโคตินของผู้ป่วย และใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บำบัดที่ปฏิเสธการใช้นิโคติน ด้วยข้อมูลที่มีหลักฐาน รวมทั้งใช้ระบุในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาการใช้นิโคตินรุนแรงที่อาจต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยใน

การตรวจปัสสาวะ กำหนดตรวจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสุ่มตรวจตามโอกาสที่เป็นวันหลังจากช่วงเสียงสูง เช่น วันหยุด วันเงินออก หรือตรวจเมื่อพบว่าผู้ป่วยผิดนัด มีพฤติกรรมที่ไม่ปกติในช่วงบำบัดหรือกลุ่ม หรือครอบครัว รายงานพฤติกรรมที่อาจบ่งชี้ว่าควรได้รับการตรวจปัสสาวะ ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องไวต่อความรู้สึกกายของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการพูดคุยในที่สาธารณะโดยไม่จำเป็นหรือพูดขบขันเกี่ยวกับการตรวจปัสสาวะ

ตัวอย่างตารางโปรแกรมเมทริกซ์

สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์-อาทิตย์
1-4	18.00-19.00 กลุ่ม ER 19.00-20.30 กลุ่ม RP	กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน	19.00-20.30 กลุ่ม FE	กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน	18.00-19.00 กลุ่ม ER 19.00-20.30 กลุ่ม RP	กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน หรือ กิจกรรมที่ส่งเสริม การเลิกยาเสพติด
5-10	19.00-20.30 กลุ่ม RP		19.00-20.30 กลุ่ม FE		19.00-20.30 กลุ่ม RP	
11-16	19.00-20.30 กลุ่ม RP		19.00-20.30 กลุ่ม SS		19.00-20.30 กลุ่ม RP	
17-52			19.00-20.30 กลุ่ม SS			
สุ่มตรวจปัสสาวะสัปดาห์ละครั้ง การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว อย่างน้อย 10 ครั้งตลอดการบำบัดรักษา						

อ้างอิง

คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม: Matrix Program. คู่มือผู้ปฏิบัติงาน. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. 2558.
The Matrix Individualized Intensive Outpatient Program. Therapist manual. Matrix Institute. 2000

6. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

นายสาธิต สมศรี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลัญญารักษ์ขอนแก่น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกาย และจิตใจที่เข้มแข็ง และมั่นคงโดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่นำมาให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปปฏิบัติ ดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข และทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและชุมชน โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

F: (Family) ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา และรับผิดชอบดูแลควบคุมไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นอยู่จริง

A: (Alternative Treatment Activities) กิจกรรมทางเลือกในการบำบัด เป็นการใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นอยู่จริง

S: (Self-help) ใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และบำบัดรักษาทางกาย จิตสังคม สามารถมีพลังจิตใจอย่างเข้มแข็งโดยปรับสภาพทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก และการสร้างสัมพันธภาพ จนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขและปลอดภัย

T: Therapeutic Community) ชุมชนบำบัด มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคมโดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยเพื่อช่วยตนเอง (Help to Self-help) อิทธิพลกลุ่มเพื่อน (Peer Pressure) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification) การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) คุณธรรม (Morality)

► การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการหยุดใช้ยาเสพติด
2. ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม

วิธีการดำเนินการ

1. การเตรียมครอบครัว
2. การให้ความรู้ครอบครัวในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว
3. การให้คำปรึกษา
4. ครอบครัวบำบัด
5. กิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว

กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความสามารถเฉพาะตนของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาชีพที่สุจริต สังคมยอมรับ
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกในสิ่งที่ตนสนใจ

วิธีการดำเนินการ

1. ตรวจสอบความสามารถหรือความสนใจของผู้ป่วย
2. จัดกิจกรรมทางเลือก
 - 2.1 ชมรมที่ฉันทสนใจ
 - 2.2 กิจกรรมกีฬา
 - 2.3 การศึกษา

► กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self-Help)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์
2. พัฒนาศักยภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี

วิธีดำเนินการ

1. สอนทักษะการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ทบทวนจิต คิด จัดการ สานเป้าหมาย สายใยรัก ทักสังคม
2. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกิจกรรม 9 กิจกรรม

2.1 การบันทึกและรายงาน	2.6 ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
2.2 การสำรวจตนเอง	2.7 ทักษะในการแก้ปัญหา
2.3 การตั้งเป้าหมายในชีวิต	2.8 ทักษะการสื่อสาร
2.4 ทักษะการปฏิเสธ	2.9 การสร้างวินัยให้ตนเอง
2.5 ทักษะการควบคุมตนเอง	

► ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ประกอบด้วย

กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ได้แก่ กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ กลุ่มชกประวัติ กลุ่มสัมมนา กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มทัศนศึกษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับตนเองและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

► งานบำบัด (Work Therapy) ได้แก่ งานเกษตร งานเบเกอร์ งานอาชีพบำบัด งานหัตถกรรมและตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ
2. เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ทั้งงานที่ชอบและงานที่ไม่ชอบ

► กิจกรรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

1. การให้รางวัล ได้แก่ การเลื่อนระดับ การให้ใช้เครื่องประดับ การลา เยี่ยมบ้าน
2. การให้การช่วยเหลือเมื่อทำผิด ได้แก่ การพูดคุยตักเตือน การบอกข้อบกพร่อง กลุ่มให้คำแนะนำ การเรียนรู้ประสบการณ์ การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด การทำงานใช้ความคิด และกลุ่มประชุมทั้งบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ไขตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

► การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามการพัฒนาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ
2. เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนบำบัด ขณะบำบัดและหลังบำบัด

วิธีการดำเนินการ

1. ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยแรกรับ
2. ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยขณะบำบัด
3. ประเมินพฤติกรรมก่อนจำหน่าย

► ติดตามการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามดูแลหลังรักษา
2. เพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาล

วิธีการดำเนินการ

1. นัดผู้ป่วย 7 ครั้ง (เมื่อครบ 2 สัปดาห์ / 4 สัปดาห์ / 1 เดือน / 2 เดือน / 3 เดือน / 6 เดือน / 9 เดือน และ 1 ปี)
2. ประเมินสภาพด้านร่างกาย พฤติกรรม และสังคม
3. ตรวจปัสสาวะ
4. ให้คำปรึกษาแนะนำ

อ้างอิง :

บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ และคณะ. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายไหม FAST Model.
กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2546

7. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

นางสุนันทา สุขสาครนาวรัตน์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดและเชื้อเอชไอวี มีผู้ที่ใช้ยาเสพติดทั่วโลกถึง 180 ล้านคน (ร้อยละ 4.2 ของจำนวนประชากรโลกในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 15 ปี) มีรายงานว่ามีการเสพยาเสพติดชนิดฉีดใน 135 ประเทศทั่วโลกจากจำนวนนี้มีการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดถึง 110 ประเทศ คาดว่ามีผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดทั่วโลกประมาณ 13 ล้านคน ในจำนวนผู้ใช้อ้างกล่าวคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่างร้อยละ 5-10

ผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือดอื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในอัตราสูงเช่นกัน ผู้ที่ใช้ยาเสพติดเสี่ยงต่อเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกัน หากไม่มีการดำเนินการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่ได้ผลแล้ว จะทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเอดส์และโรคติดต่อทางเลือดอื่นๆ แพร่กระจายออกไปในกลุ่มประชากรทั่วไป

แนวทางนโยบายยาเสพติด (Drug policy)

การลดอุปทาน : Supply Reduction ขั้นตอนต่าง ๆ ได้ถูกดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายเข้าถึงผู้บริโภค สามารถรวมถึงการปราบปรามพืชเสพติดที่ผิดกฎหมาย และการปลูกพืชทดแทน; การห้ามสารเคมีตั้งต้นในการผลิตสารเสพติด ; วิธีการขนส่งและจัดจำหน่าย; ออกกฎหมายห้ามและตรวจสอบการฟอกเงิน; แนวทางสงครามยาเสพติด ปัญหาการลดอุปทาน : สารเสพติดผิดกฎหมายบางอย่างสามารถหลีกเลี่ยงการจับกุมเข้ามาได้

การลดอุปสงค์ : Demand Reduction หมายถึงการป้องกันการบริโภคสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย; สามารถครอบคลุมถึงการให้ความรู้เรื่องการใช้สารเสพติดและข้อมูลแก่ชุมชน; โปรแกรมการบำบัดแก่ผู้ที่ใช้สารเสพติด (เช่น การถอนพิษยา, การบำบัดด้วยยา, การคืนสู่สังคมและอื่น ๆ) และการพัฒนาชุมชนและสังคม (เช่น โครงการบรรเทาปัญหาความยากจน, ประชากร) ปัญหาการลดอุปสงค์ : ไม่ใช่ทุกคนที่จะเลือกปฏิเสธสารเสพติด

การลดอันตรายที่เกี่ยวข้องจากสารเสพติด : HARM Reduction

ยอมรับว่าบางคนไม่อาจปฏิเสธสารเสพติด (หรือแม้แต่อยากจะทำ) ด้วยเหตุผลส่วนตัว เหตุผลทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพหรือด้วยเหตุผลอื่น ๆ อุปสรรคของการลดอันตรายจากยาเสพติด

ความหมาย

HARM Reduction: เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษา โดย ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐานเหตุผลและความจำเป็น ในมาตรการลดอันตรายจากการเสพติดเพื่อให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่ยังเลิกไม่ได้ ได้รับการดูแล โดยการป้องกันไม่ให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ต่อตนเองและผู้อื่นโดยได้รับการจนสามารถเลิกใช้ยา สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

หลักการของ Harm Reduction

Harm Reduction: ช่วยโดยไม่เลือกสถานที่ ช่วยให้ผู้ใช้ยา ผู้ที่ไม่พร้อมให้ได้รับการที่ต้องการพยายามทุกวิถีทางที่จะไม่ได้รับอันตราย อะไรที่เป็นไปได้ควรรับทำก่อน เปลี่ยนที่จุดเล็ก ๆ พุดซ้ำ ๆ หลายแนวทางให้ข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์สะอาด และ การมีส่วนร่วม

หลักการพื้นฐานของ Harm Reduction

หลักการพื้นฐานของ Harm Reduction เสนอแนวทางปฏิบัติ โดยเน้นที่ผลกระทบมากกว่าจะดูว่าพฤติกรรมนั้นถูกหรือผิด ยอมรับทางเลือกอื่น ๆ เช่นการบำบัดด้วยสารทดแทน การตระหนักถึงอุปกรณ์ที่สะอาด ในขณะที่ยังหยุดใช้ยาไม่ได้ เน้นที่ความต้องการของคน ซักจูงโน้มน้าวให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เน้นในแง่ปฏิบัติที่เหมาะสม

Harm Reduction:

ไม่ใช่ปล่อยให้ชุมชนต้องทนรับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดและผู้ใช้สารเสพติด ไม่ใช่การไว้เมตตาต่อผู้ใช้สารเสพติด ไม่ใช่ละเลยความจริงที่ว่า การใช้สารเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของทุกสังคม ไม่ใช่ละเลยความจริงที่ว่า การใช้สารเสพติดสามารถทำให้เกิดปัญหาต่อตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน ไม่ใช่ละเลยสุขภาพของผู้ใช้สารเสพติดแต่ละบุคคล หรือสาธารณสุขของคนในชาติ

HARM Reduction คือ การยอมรับความจริงที่ว่า การใช้สารเสพติดพบได้ในทุกสังคม การยอมรับความจริงที่ว่า โลกที่ปลอดสารเสพติด เป็นสิ่งที่ไม่สามารถเป็นไปได้ เป็นสิ่งในอุดมคติพยายามสร้างสังคมขัดสนสารเสพติด ('drug poor' society) ตรงกันข้ามกับสังคมปลอดสารเสพติด ('drug free' society) การยอมรับผู้ใช้สารเสพติด ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่มีสิทธิเท่าเทียม ความพยายามที่จะลดอันตรายต่อตัวบุคคล สังคม เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องจากการใช้สารเสพติด

HARM Reduction : ยอมรับว่า ไม่เคยมี ไม่มีในปัจจุบัน และ จะไม่มีทางมีสังคมปลอดสารเสพติด ค้นหาทางแก้ไขที่ปฏิบัติจริงได้ต่ออันตรายที่สารเสพติดก่อให้เกิดขึ้น เข้าใจว่าไม่มีทางแก้ปัญหาวិธีใดวิธีหนึ่งที่ดีที่สุดต่อปัญหาสารเสพติด เสนอว่ากิจกรรมควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ ต้องการการเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ใช้สารเสพติดที่ยังไม่ทราบ

ลำดับขั้นของเป้าหมาย HARM Reduction

ถ้าหากคุณต้องการหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดได้จากสารเสพติด อย่าใช้สารเสพติด หากคุณอยากจะใช้สารเสพติด ควรทราบข้อมูลของมันก่อน ถ้าคุณใช้สารเสพติด อย่าฉีด ถ้าคุณฉีด อย่าใช้อุปกรณ์การฉีดร่วมกับผู้อื่น ถ้าคุณใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น ให้ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อก่อนเสมอ

HARM Reduction “It is not what is nice – it is what works” “ไม่ใช่สิ่งที่ดูดีแต่เป็นสิ่งที่ใช้ได้ผล”

กิจกรรมของ HARM Reduction :

การเข้าถึงในพื้นที่ในกลุ่มประชากรที่ยังไม่ปรากฏตัว : Outreach การให้ความรู้ในกลุ่มเพื่อน เพื่อนช่วยเพื่อน : Peer education ศูนย์บริการลดอันตราย : Drop-In Centre (DIC) โครงการแลกเปลี่ยนเข็มสะอาด : Needle and Syringe Exchange Programs (NSEP) การให้เอกสารข้อมูล ความรู้ และการสื่อสาร : Information, Education, and Communication (IEC) materials การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อโดยสมัครใจ : Voluntary Counseling and Testing (VCT) การให้เมทาโดนต่อเนื่องระยะยาว MMT HARM Reduction สามารถรวม : การบำบัดด้วยยา Pharmacotherapy (เช่น การให้เมทาโดนต่อเนื่องระยะยาว MMT , buprenorphine) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด การถอนพิษยาและการฟื้นฟู Detoxification and Rehabilitation การให้ยาต้านไวรัส Anti-Retroviral treatment (ARV) และการปรับตัวคืนสู่สังคม Social reintegration การติดตามผลและการดูแล หลังการรักษา Follow-up and aftercare

ตัวอย่างงาน

HARM Reduction ในต่างประเทศ Harm Reduction Interventions - Outreach in Russia Harm Reduction Interventions - Drop-In Centre in India

Harm Reduction Interventions - NSEP in Iran Harm Reduction Interventions - NSEP in Vietnam Harm Reduction Interventions - Pharmacotherapy in Belgium Harm Reduction Interventions - Pharmacotherapy in Iran

ตัวอย่างงานลดอันตรายและผลกระทบ จากการใช้สารเสพติดของไทย:โครงการเมาไม่ขับ/ดื่มไม่ขับ การขึ้นภาษีสุรา และบุหรี่ (เพื่อลดการใช้สารเสพติด) การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ(ปกป้องผู้คน)

โครงการพัฒนาทางเลือก (Alternative Development - AD) มาตรการการให้การศึกษา (Information, Education, Communication - IEC) เรื่องยาเสพติด HIV/AIDSเพศสัมพันธ์ การปราบปรามยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)

ประเทศไทยมีบทบาทและได้รับการยอมรับระหว่างประเทศ สังคมไทย ปลอดภัยยาเสพติดผู้คนมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เด็กเยาวชนไทยมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดี มีอนาคตขบวนการค้ายาเสพติด องค์การอาชญากรรม ถูกดำเนินการด้วยมาตรการกฎหมาย ผู้เสพผู้ติดสามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นโดยไม่ก่อผลกระทบ ยกระดับความร่วมมือการแก้ปัญหาแหล่งผลิตภูมิภาค โดยความเป็นหุ้นส่วนในภูมิภาค สร้างภูมิคุ้มกัน ปลุกฝังค่านิยม เด็กเยาวชน สร้างหมู่บ้านชุมชนมั่นคง ปลอดภัยยาเสพติด บังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพบรรลุ ตามเจตนารมณ์ พัฒนากลไก ประชาธิปไตย ให้ รับรู้ ร่วมรับผิดชอบ การแก้ปัญหา

เป้าหมาย ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้เสพผู้ติดสามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น โดยไม่ก่อผลกระทบ (ลดความรุนแรง/การเสพติดซ้ำ)

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission rate) (ร้อยละ 75,80,85,90 ในแต่ละช่วง 5 ปี) ร้อยละของผู้ติดและติดยาเสพติดคงอยู่ในการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี (Retention rate) (ร้อยละ 80,85,90,95 ในแต่ละช่วง 5 ปี)

มาตรการสำคัญ สร้างเจตคติของสังคมในการป้องกันและตระหนักรู้กับปัญหายาเสพติดและสารเสพติด พัฒนา ศักยภาพบุคลากรเฉพาะด้านการบำบัดรักษายาเสพติด พัฒนาสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงพอและมี คุณภาพมาตรฐาน สร้างระบบ/มาตรการและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ประสานความร่วมมือด้านบริการและวิชาการในภูมิภาคอาเซียนและองค์กรนานาชาติ

คำสั่ง ค.อ.ปส.ชาติ ที่ 2/2560 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจาก ยาเสพติด (Harm Reduction) พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เนื่องในวันต่อต้านยาเสพติดโลก 26 มิถุนายน 2560 (ออกอากาศทางโทรทัศน์รวมการเฉพาะกิจแห่งประเทศไทย)

ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก ค.ศ.2016 / ทุกประเทศมีแนวทาง เดียวกันในการเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด / โดยการใช้สารลดสุขนา เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แบบบูรณาการ คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม / นำรูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ เพื่อควบคุมให้ดำเนินชีวิตอยู่โดยไม่สร้างความเดือดร้อนให้สังคม

เหตุผลและความจำเป็น ในการใช้มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด

ลดความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเลือดอื่น ๆ ของผู้เสพยาเสพติดด้วย วิธีฉีด ที่ยังเลิกไม่ได้ ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ลดการใช้ยาเกินขนาด และเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด ลดความเสี่ยงที่มีต่อผู้ขายจากสิ่งแวดล้อมและจากสังคม และช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดมีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดเพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ในด้านการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้เสพยาเสพติด

การจัดกระบวนการรองรับ เช่น การมีโครงการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ ยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค

การพัฒนาระบบบริการ Harm Reduction

ผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลดอันตรายที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ระบบบริการ (Service delivery) ระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย** Drop in center มีคุณภาพมาตรฐาน** คลินิก MMT 36+ 1 มีคุณภาพมาตรฐาน

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) *มีองค์ความรู้ด้าน Harm reduction ในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่นำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรคจิตเวชที่จำเป็น Methadone Naloxone

การเงินการคลัง (Financing) งบประมาณ การลดอันตราย ตามชุดบริการ งบประมาณพัฒนาบุคลากร งบประมาณการช่วยเหลือในชุมชนและ NGO

ระบบสารสนเทศ ระบบรายงานข้อมูล บสต.ที่มีข้อมูลด้านการลดอันตราย
ฐานข้อมูลผู้ป่วย ในชุมชน/NGO การสร้างชุดความรู้ /ปรับเจตคติเพื่อสื่อสารสู่ประชาชน

ธรรมาภิบาล Leadership & Governance แต่งตั้งคณะกรรมการ Harm reduction ระดับจังหวัดวิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการลดอันตราย ผลักดันเชิงนโยบายให้เกิดการการทำงานตามแนวทาง Harm reduction อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ บริการ ทางจิต และบริการทางสังคม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด
2. เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด
3. เพื่อให้สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดมากยิ่งขึ้น
4. เพื่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดใน การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่สามารถขยายการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

เป้าหมายการดำเนินการ

1. เป้าหมายการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ
 - 1) เป้าหมายเบื้องต้น : ให้ความรู้ ความเข้าใจอันตรายที่เกิดจากยาเสพติด เพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดที่เกิดกับผู้ใช้ยาเสพติด
 - 2) เป้าหมายระยะสั้น :
 - 2.1 มีการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด
 - 2.2 มีการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการอื่นๆ
 - 2.3 มีการบูรณาการการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดด้วยงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่
 - 2.4 มีการกำหนดกลไกการดำเนินงานในระดับชาติและในระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร
 - 3) เป้าหมายระยะยาว : สาธารณชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติด
 - 4) เป้าหมายสูงสุด : มีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด

เป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2561 กลุ่มผู้ป่วย: IDU ทุกประเภทยาเสพติด Non - IDU เน้นกลุ่มฝิ่น เฮโรอีน และเมทาโดน กลุ่มผู้ติดที่มีอาการรุนแรง หรือเรื้อรังจากยาเสพติด พื้นที่ 36 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน HARM Reduction

1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด / พื้นที่
2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น : เป้าหมาย ร้อยละ 10 (ปี 2561) และ ร้อยละ 50 (ปี 2562) ผู้ใช้ฝิ่น/เฮโรอีนด้วยวิธีฉีด ผู้ใช้ฝิ่น/เฮโรอีนด้วยวิธีการอื่น ๆ ผู้ใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ด้วยวิธีฉีด ในปี 2563 ฝ้าระวังป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ให้มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ปี 2564 การลดอันตรายในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากยาเสพติด การบริการฉุกเฉิน (Acute Care) ในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากสุรายาเสพติด อยู่ระหว่างการจัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายรอง: ผู้ติดที่มีอาการรุนแรง หรือเรื้อรังจากยาเสพติด (V2=27 ขึ้นไป)

3. ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบ (Retention rate) : เป้าหมายบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 80

4. มี Drop in center ที่มีคุณภาพ

5. มี MMT Clinic คุณภาพ

6. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Harm Reduction กับหน่วยงานอื่น เช่น ฝ่ายปกครอง ท้องถิ่น ตำรวจ ภาคประชาสังคม

การจัดชุดบริการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบรอบด้าน

1. การให้บริการด้านยาเสพติด

- 1) การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติด
- 2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาและสารทดแทนระยะยาว เช่น การบำบัดรักษาโดยใช้เมทาโดน ทดแทนระยะยาว (MMT) ตามมาตรฐานทางการแพทย์
- 3) การจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเกินขนาดในพื้นที่ดำเนินการ เช่น การให้บริการ Naloxone เป็นต้น
- 4) การส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายสมัครใจเข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

กรณีที่กลุ่มเป้าหมายสมัครใจและพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาให้ส่งกลุ่มเป้าหมายไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขและให้บริการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต

- 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี
- 2) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 3) การให้คำปรึกษา ตรวจหาและส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบีและซี
- 4) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
- 5) การแจกถุงยางอนามัย
- 6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 7) การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค
- 8) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช

3. การให้บริการด้านสังคม

- 1) การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- 2) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมบริการสังคม
- 3) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 4) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการ

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction Center)

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีภาระหน้าที่ในการดำเนินงานดังต่อไปนี้คือ

1. ดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างครบวงจร
2. ดำเนินการวิเคราะห์ วิจัย ศึกษา แนวทาง การลดอันตรายจากการใช้ยา ที่เป็นสากล และเหมาะสมในการดำเนินการในประเทศไทย
3. จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี ของการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาสู่ บุคลากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
4. กำหนดกรอบ และทิศทางในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ที่เป็นแหล่งอ้างอิงในระดับชาติ
5. ให้การสนับสนุนการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ในพื้นที่เขตสุขภาพ
6. ติดตามการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาให้ สอดคล้องตาม นโยบาย กฎหมาย และบริบทของประเทศ
7. เป็นสถาบันตียุทธในการรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
8. ประสานการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยากับองค์กรเอกชน (NGO) ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ
9. พัฒนากลไกการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ประสานกับทุกหน่วยงาน เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสนับสนุนกัน
10. ดำเนินการอื่นใด ภายใต้การบังคับบัญชา หรือนโยบายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการโดยสถาบันบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง

1. ดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างครบวงจร
2. ดำเนินการวิเคราะห์ วิจัย ศึกษา แนวทาง การลดอันตรายจากการใช้ยา ที่เป็นสากล และเหมาะสมในการดำเนินการในประเทศ

2.1 สร้างการจัดการความรู้ (Knowledge Management (KM))ของการลดอันตรายจากการใช้ยา และตีพิมพ์เอกสารดังกล่าวเผยแพร่ทางสื่อต่างๆ และประกอบการอบรมหรือถ่ายทอดองค์ความรู้ต่างๆ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปด้านยาและสารเสพติด ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติด Harm reduction concept MMT clinic การใช้ Naloxone ความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อนทางร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ HIV Hepatitis B Hepatitis C STD TB Drop In Center Outreach program Peer activities โรคแทรกซ้อนทางจิตเวชในผู้ป่วยยา และสารเสพติด รวมทั้งการลดอันตรายจากสารกระตุ้นซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกัน (Prevention) การช่วยเหลือตนเองเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด (Self-help and harm reduction) การริเริ่มให้กิจกรรมลดอันตราย (Early Intervention) การเริ่มรักษาโดยเร็ว (Early Treatment), การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Therapy and Rehabilitation) และการบำบัดแบบเข้มข้น (Comprehensive approaches) เป็นต้น

2.2 สร้างกลไกการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ การปรับทัศนคติ การเผยแพร่การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เรื่องของแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา แก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ดังนี้ ผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด ครอบครัวและประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง องค์กรเอกชน (NGO)

3. จัดให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ของการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาสู่ บุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยยาและสารเสพติด ครอบครัวและประชาชนทั่วไป องค์กรเอกชน (NGO) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข บุคลากรภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

4. กำหนดกรอบ และทิศทางในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ที่เป็นแหล่งอ้างอิงในระดับชาติ

4.1 สร้างและพัฒนาตัวชี้วัด ที่เหมาะสม เพื่อควบคุมการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาตามนโยบายชาติ

4.2 สบยช. และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เป็นแหล่งอ้างอิง ในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา เป็นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงาน ที่ในระดับชาติ และระดับสากล

5. ให้การสนับสนุนการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ในพื้นที่เขตสุขภาพ

5.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ตามเขตตรวจราชการ

5.2 ชี้แจงแนวทางการดำเนินการฯ พัฒนาการดำเนินงานตามบริบทและศักยภาพของพื้นที่ฯ

5.3 ร่วมพัฒนาบุคลากรฯ

5.4 ร่วมนิเทศ กำกับกับการดำเนินการฯ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

5.5 การสนับสนุนการพัฒนารับรองคุณภาพสถานบริการ

5.6 สร้างระบบการลดอันตรายฯ และการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ

6. ติดตามการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาให้ สอดคล้องตาม นโยบาย กฎหมาย และบริบทของประเทศ

6.1. การกำหนดตัวชี้วัดที่ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยา

6.2. พัฒนาแนวทางการดำเนินการ ตัวชี้วัด ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

6.3 ปรับแนวทางการดำเนินการให้สอดคล้องกับการกำกับทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

7. เป็นสถานพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ ที่รับส่งต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ตามเขตพื้นที่สุขภาพ

8. ประสานการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยากับองค์กรเอกชน (NGO) ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

8.1 สนับสนุนการดำเนินที่เกี่ยวข้องกับองค์กรเอกชนสากล ได้แก่ Global fund เป็นต้น

8.2 ค้นหา รวบรวม สนับสนุนการก่อตั้งองค์กรเอกชน ที่ดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาให้ยั่งยืน

8.3 สนับสนุนบทบาทที่สำคัญขององค์กรเอกชนให้เป็นไปตามแนวทางที่จำเป็นและเหมาะสม ได้แก่ การช่วยเหลือทางกฎหมาย สังคม outreach program และกระบวนการ peer activities เป็นต้น

8.4 สนับสนุนการดำเนินการ และการพัฒนาบุคลากรในองค์กรเอกชน ได้แก่การจัดการสัมมนา และการฝึกอบรม เป็นต้น

8.5 กำกับกับการดำเนินงานของเอกชนให้อยู่ในกรอบของการบริการที่ถูกต้องตามกฎหมาย ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย การบริการทางด้านสาธารณสุข และ ถูกต้องตามกฎหมาย

9. พัฒนากลไกการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ประสานกับทุกหน่วยงาน เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสนับสนุนกัน

9.1 จัดตั้งคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาในระดับชาติ (สบยช. ธนุร.ภูมิภาค และหน่วยงานภายนอก) และระดับปฏิบัติการ (สบยช.และธนุร.ภูมิภาค)เพื่อกำหนดการดำเนินการฯ

9.2 ศึกษาแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา จากสากลสู่แนวทางปฏิบัติ

9.3 กำหนดกรอบการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาในแต่ละบริบททางสังคม หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้แก่

9.3.1 พัฒนาทางนโยบาย ร่วมกับ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

9.3.2 การปรับปรุง ระบบรายงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต)

9.3.3 การพัฒนา โครงสร้างการทำงานของ การบำบัดรักษา ร่วมกับ ศอ.ปส.สร.

9.3.4 การพัฒนาการทำงานในพื้นที่ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ การลงวินิจฉัยใน 43 แพ้ม การลง ICD-10 ร่วมกับ สน.งานปลัดกระทรวงฯ

9.3.5 การร่วมประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย สนง.ตำรวจแห่งชาติและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการดังกล่าว ทั้งสมัยสามัญประจำปี และ สมัยวิสามัญเพื่อนำผลการดำเนินงานต่างๆเข้า ในวาระที่ประชุม คณะปฏิบัติการ และอำนวยความสะดวกตามลำดับเพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนการดำเนินงานต่อไป

10. ดำเนินการอื่นใด ภายใต้การบังคับบัญชา หรือนโยบายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ในการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานระหว่างภาครัฐ และภาคประชาสังคม เช่นจังหวัดขอนแก่นโดยกลุ่ม ACTTEAM ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกในการ ดำเนินโครงการยุติปัญหาโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ RRTTPR : R = Reach R : recruit T: Test T= treat P = Prevention R = Retain ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (People Who Injecting Drug : PWID) พ.ศ. 2564–2566 ผู้เขียนได้ร่วมเป็นหนึ่งในที่ปรึกษาของกลุ่ม ACTTEAM ในการดำเนินโครงการดังกล่าว เพื่อค้นหา PWID เข้าสู่บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และโรค หากกลุ่ม PWID มีความพร้อมก็นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถหยุดเสพยา เสพติดได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติดยา (พรส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (๒๕๕๖) “การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพยา สารกระตุ้น ประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน”

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานลดอันตราย จากยาเสพติด (Harm Reduction) แผนกแบบท้ายคำสั่ง ศอ.ปส. ที่ ๒/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการยุติปัญหาโรค และเอดส์ ด้วยชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR (Stop TB and AIDS through RTTR : STAR). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์, ๒๕๕๘.

Dr. Albert Kern, Federal Ministry of Health, Germany Harm Reduction for Stimulants and Overview of Projects on Methamphetamine financed by the Federal Government of Germany Sharing Experiences on Drug Policies: Thailand and Germany Part I: Harm Reduction 13 – 15 November 2017, Bangkok, Thailand

Paediatr Child Health. 2008 Jan; 13(1): 53–56 Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents สืบค้น 17 ก.ค. 64 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528824>

<http://nht.org.au/wp-content/uploads/2015/06/List-of-harm-reduction-strategies-for-methamphetamines-users.pdf> สืบค้น 17 ก.ค. 2564

8. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และสารเสพติดในชุมชน

นางโสภิตา ดาวสดใส : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

หัวข้อสอน

- การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
- ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยปกป้องที่มีผลต่อการใช้ยาและสารเสพติด
- การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาและสารเสพติด
- การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน Community Based Treatment
- การบูรณาการความรู้ด้านรูปแบบการบำบัดรักษา เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

และสารเสพติดในชุมชน

บทนำ

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

- ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์
- ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย
- ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม
- ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้รับบริการของเรา ได้ให้ความสำคัญกับทุกด้านของร่างกาย ดูแลคนแบบคนทั้งคน เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดี มีความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถปรับตัวต่อการรักษา และ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญคือสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดสารเสพติด

1. **อิทธิพลจากเพื่อน** โดยกลุ่มเพื่อนชักชวนหรือบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ใช้สารเสพติด เช่น ถ้าไม่ใช้ก็ไม่ยอมรับเป็นพวกหรือกลุ่มเดียวกัน รวมทั้งเยาะเย้ยว่าเซย์หรือไม่ทันสมัยหรือเป็นลูกแห่งไม่รู้จักโต (โดยเฉพาะวัยรุ่นชาย) ถ้าไม่เคยทดลองใช้สารเสพติดบางชนิด เช่น บุหรี่ เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งต่อไปก็นำไปสู่การใช้สารเสพติดที่ร้ายแรงขึ้น เช่น ฝิ่น กัญชา ยาบ้า และเฮโรอีน

2. **อิทธิพลจากครอบครัว** ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ซึ่งเป็นอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น พ่อแม่สูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า แล้วใช้ลูกไปซื้อบุหรี่ ซื้อเหล้า หรือใช้ให้ลูกจุดบุหรี่ให้สูบ ผสมเหล้าหรือรินเหล้าให้ดื่ม หรือพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ก็จะเป็นการปลูกฝังให้ลูกเห็น ว่าสิ่งเหล่านี้

เป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องที่ผิดร้ายแรงอะไรจนเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น พวกเขาเด็ก ๆ ในครอบครัวเหล่านี้ก็จะใช้บุหรี่ เหล้า รวมทั้งสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วยตนเอง นอกจากนั้นในครอบครัวที่พ่อแม่ทะเลาะกันเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง ลูกวัยรุ่นต้องการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นจึงหันเข้าหาสารเสพติดได้ง่าย และในทำนองเดียวกันครอบครัวที่เข้มงวดกับลูกวัยรุ่นมาก ๆ การไม่ให้เหตุผล บรรยากาศที่ไม่เป็นประชาธิปไตยภายในครอบครัว การที่แม่ลูกพ่อข่มเหงหรือสถานการณ์อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดแรงกดดันต่อลูกวัยรุ่นก็จะทำให้ลูกวัยรุ่นหันเข้าหาสารเสพติดได้ง่ายเช่นกัน

3. อิทธิพลจากปัญหาของตัววัยรุ่นเอง ได้แก่ การที่วัยรุ่นไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีผลการเรียนต่ำ มีปัญหากับเพื่อนหรือคนรัก รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เป็นคนที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองขาดความนับถือตนเอง ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง มีปมด้อยในเรื่องรูปร่างหน้าตา หรือปัญหาด้านจิตใจในลักษณะอื่น ๆ ทำให้วัยรุ่นหันเข้าหา ยาเสพติด

4. ช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ช่วงใกล้สอบ ช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจเลือกเรียนต่อ หรือสถานการณ์อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งช่วงเวลาที่วัยรุ่นต้องการดูหนังสืออย่างหนักเพื่อเตรียมสอบก็มักจะใช้สารเสพติด เพื่อกระตุ้นให้ตนเองดูหนังสือได้มากขึ้นและนานขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องเพราะในความจริงแล้วการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะพวกสารกระตุ้นประสาทไม่ได้ช่วยให้สามารถเรียนหรือทำงานได้นานขึ้นหรือมากขึ้น และยังส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจอีกด้วย

5. ค่านิยมที่ผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา จะเกิดความเท่ หรือสามารถดึงดูดความสนใจของเพื่อนต่างเพศได้

6. สื่อต่าง ๆ ในปัจจุบัน เช่น ละคร ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ต่าง ๆ ที่มีการนำสารเสพติดมาใช้ประกอบในการแสดง

การป้องกันการติดยาเสพติดในโรงเรียน หรือสถานศึกษา

ภัยอันน่ากลัวของยาเสพติดได้ขยายตัวลุกลามเข้าไป ในรั้วโรงเรียนเพิ่มมากขึ้นทุกที จนเป็นที่น่าห่วงเกรงว่าหากไม่ดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน อาจสายเกินไปสำหรับเยาวชนและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต ในการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหา โดยได้แบ่งการแนวทางการดำเนินงานออกเป็นกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ดังนี้

1. กลุ่มนักเรียนที่ไม่เคยใช้หรือไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นการดำเนินงานป้องกันยาเสพติด แก่กลุ่มนักเรียนที่ไม่มีประสบการณ์ ในการใช้ยาเสพติดเป็นการดำเนินการในด้านการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในระยะยาว โดยมีมาตรการดำเนินงานต่างๆ เช่น

- การให้ความรู้หรือผนวกเนื้อหาเกี่ยวกับยาเสพติดเข้าไป ในวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การจัดนิทรรศการ การจัดเสียงตามสายในโรงเรียน
- การจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดในโรงเรียน
- การฝึกทักษะชีวิตเพื่อให้รู้จักปฏิเสธยาเสพติด
- การใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อน

2. กลุ่มนักเรียนที่มีประสบการณ์ในการใช้ หรือเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดบางชนิด แต่ยังไม่ถึงขั้นเสพติดการดำเนินงานในกลุ่มนี้เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการก่อนที่นักเรียนจะใช้ยาเสพติดที่รุนแรงขึ้น ซึ่งการหยุดพฤติกรรมดังกล่าวควรให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียน ดังนี้

- จัดให้มีมุมบริการปรึกษาแนะแนวหรือให้การปรึกษาปัญหาต่างๆ แก่นักเรียนที่มีปัญหา
- ใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อนเพื่อปรับพฤติกรรมให้อยู่ในกรอบที่เหมาะสม

- จัดค่ายกิจกรรมในโรงเรียนโดยมีครูอาจารย์คอยดูแลอย่างใกล้ชิด
- ประสานงานกับผู้ปกครองอย่างใกล้ชิดเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

3. กลุ่มนักเรียนที่ติดยาเสพติดกลุ่มนี้โรงเรียนควรประสานให้ผู้ปกครองส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยควรทำความเข้าใจทั้งกับตัวผู้ ปกครองและตัวเด็กเอง ให้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ ซึ่งเมื่อรักษาหายแล้วเด็กสามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมค้ายาเสพติดสำหรับกลุ่มนี้ ทางโรงเรียนควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในการดำเนินการปราบปราม ก่อนที่การแพร่ระบาดจะขยายตัวมากขึ้น หากเป็นนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสพติดด้วยและค้าด้วย ควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การบำบัดรักษาและดำเนินการไปตามกฎหมาย

วิธีการหลีกเลี่ยงยาเสพติด

1. ไม่พูดคุยกับผู้เสพยาในที่ลับตาหรือร่วมวงสนทนากับกลุ่มผู้ขายยาเสพติด
2. ไม่กระทำตนเป็นผู้รับฝาก นำส่งหรือหีบยื่นยาเสพติดให้กับผู้อื่น
3. เลือกคบเพื่อนที่ดี หากิจกรรมที่มีประโยชน์ทำในเวลาว่าง แนะนำเพื่อนให้เลิกยาเสพติด ถ้าหากเพื่อนหลงผิดควรแจ้งให้ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ทราบ
4. อย่าคิดว่าตนเองเลิกยาเสพติดได้แล้ว หากจะใช้นิดหน่อยคงไม่ติดอีก
5. ไม่เข้าไปในแหล่งที่มีการซื้อขายยาเสพติด พยายามนึกถึงผลเสียของการใช้ยาเสพติด
6. หมั่นให้กำลังใจตนเองในการทำความดีที่ทำมาอย่างสม่ำเสมอ
7. มองโลกในแง่ดี มีความหวังในชีวิต ไม่ท้อถอย
8. เมื่อมีปัญหาควรปรึกษาพ่อ แม่ ผู้ปกครองหรือบุคคลที่ไว้วางใจ

การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ปัจจุบันปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาที่กำลังทำลายเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แม้ว่าทุกฝ่ายจะพยายามป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด จากการสำรวจของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ในปี 2536 ประมาณว่ามีผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ 1.26 ล้านคน โดยแพร่กระจายไปถึงระดับหมู่บ้านชุมชนซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของสังคมและแพร่กระจายเข้าไปในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาและเยาวชนซึ่งเป็นพลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต

สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา

จากการศึกษาผลการดำเนินการที่ผ่านมา สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาพิจารณาปัจจัยภายในชุมชน วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของชุมชน พิจารณาปัจจัยภายนอกชุมชนวิเคราะห์โอกาส ข้อจำกัดและศักยภาพความสามารถนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

จุดแข็ง

1. ชุมชนสังคมรวมทั้งสื่อมวลชนตระหนักในความรุนแรงของปัญหายาเสพติดและผลกระทบ จึงให้มีการแก้ไขปัญหายาอย่างเร่งด่วนและจริงจังโดยได้มีการรวมตัวกันเพื่อหาทางป้องกัน ซึ่งปรากฏว่ามีหลายแห่งประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ
2. หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสถาบันธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดประจำภูมิภาคมีการพัฒนาศักยภาพ ให้มีความพร้อมครอบคลุมและเพียงพอต่อการแก้ปัญหา และประสานงานพร้อมถึงระดับชุมชน
3. มีการกระจายอำนาจโดยให้องค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ท้องถิ่นและชุมชนมีขีดความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดอ่อน

1. โครงสร้างของปัญหายาเสพติดเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากตัวปัญหาเองมีความสลับซับซ้อนนับวันจะขยายตัวเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ยากแก่การแก้ไขเพราะรากเหง้าของปัญหาเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและความไร้จิตสำนึก
2. ปัญหาสังคมไทยในเชิงโครงสร้างยังขยายตัวและส่งผลทำให้ปัญหายาเสพติดเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนประสบปัญหาด้านจิตใจ ด้านอาชีพและรายได้บางส่วนหันไปใช้ยาเสพติดและค้ายาเสพติดรวมทั้งปัญหาค่านิยมเรื่องวัตถุนิยม บริโภคนิยม และอิทธิพลในระดับต่าง ๆ
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องขาดความถูกต้องและความน่าเชื่อถือทำให้ไม่สามารถวางแผนและปรับเปลี่ยนการดำเนินงานได้อย่างทันเหตุการณ์

“การบำบัดรักษา” โดยมีส่วนร่วมของชุมชน Community Based Treatment คือ อะไร

- ตั้งอยู่ในชุมชน
- การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน : การระดมทรัพยากรของชุมชนและการมีส่วนร่วม
- วิธีการด้วย ชีวิตวิทยา จิตวิทยาและสังคมศาสตร์
- เป็นศูนย์รักษาผู้ป่วยนอก
- การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- การบริการแบบบูรณาการการรักษาฟื้นฟูเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชนด้วยความสมัครใจและรองรับค่าใช้จ่ายได้
- ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาตนจากการติดยาเสพติด และติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน
- หยุดหรือลดการใช้ยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคลให้มากที่สุด และให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- มีส่วนร่วมในองค์กรท้องถิ่น สมาชิกในชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างแข็งขัน เพื่อสร้างเครือข่ายแบบบูรณาการ ในการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนใน รูปแบบของการเสริมสร้างพลังในตนเอง
- ลดความต้องการส่งผู้ป่วยเข้าสู่สถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดความต้องการกักขังผู้ป่วยในศูนย์กักขังหรือเรือนจำ

ลักษณะที่สำคัญของการบริการที่ดี คือ การบริการที่จะบูรณาการการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน มีความยั่งยืน และที่ชุมชนตรวจสอบได้

ประโยชน์ของการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการรักษาผู้ที่ใช้ยาและติดยาเสพติด โดยจากเอกสารอ้างอิงจากทั่วโลกระบุว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือ ห้องฉุกเฉินหรือ ประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ผลประโยชน์อื่น ๆ ของการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (เมื่อเทียบกับการรักษาในศูนย์เฉพาะผู้ติดยาเสพติดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องเข้าอยู่ทั้งวันทั้งคืนหลายวันต่อเนื่อง เช่นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด ศูนย์ในเรือนจำ) รวมถึง

- ความสะดวกของผู้ป่วยในการรักษา
- เป็นการรักษาที่ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วย
- ราคาไม่แพงสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

หลักการของการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลักการสำคัญอยู่ 9 ประการในการรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามที่ระบุไว้ในเอกสารของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime–UNODC) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำปี 2008 กล่าวถึง “หลักการของการรักษาผู้ติดยาเสพติด” โดยมีข้อแนะนำในการเพิ่มการรักษาที่มีคุณภาพที่ละเล็กละน้อย

หลักการที่ 1 : การหาการให้บริการรักษาได้ง่าย ๆ และการเข้าถึงการบริการรักษา

การให้บริการรักษาจะต้องหาได้ง่าย ๆ สามารถเข้าถึงได้ ราคาไม่แพง และได้รับการพิสูจน์โดยการศึกษาวิจัยแล้วว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร สำหรับทุกคนที่ต้องการได้รับการสนับสนุน

หลักการที่ 2 : การตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัยและ การวางแผนการรักษา

การประเมินผล การตรวจวินิจฉัย และ การวางแผนการรักษา เป็นพื้นฐานการรักษารายบุคคลที่จะทำให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาได้

หลักการที่ 3 : การรักษาผู้ติดยาเสพติดจากแหล่งฐานข้อมูลที่ได้รับแจ้ง

ควรศึกษาข้อมูลแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์โดยการศึกษาและความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการรักษาผู้ติดยาเสพติด อย่างละเอียด เพื่อเลือกวิธีการรักษา

หลักการที่ 4 : การรักษาผู้ติดยาเสพติด สิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

กระบวนการรักษาแก้ไขปัญหาดิตดยาเสพติด โดยค่อย ๆ แทรกแซงให้คำปรึกษาให้กับผู้ติดยาเสพติด ควรสอดคล้องกับข้อปฏิบัติตามพันธกรณีสิทธิมนุษยชน ให้ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการรักษา และรักษาให้ผู้ป่วยเข้าถึงมาตรฐานสุขภาพสูงสุดที่ร่างกายจิตใจตนจะรับได้

หลักการที่ 5 : กลุ่มเป้าหมายกลุ่มย่อย

หลายกลุ่มภายในกลุ่มประชากรขนาดที่ติดยาต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิง (รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์) บุคคลที่มีโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม (อาจจะทางจิตหรือร่างกาย) กรรมกร ชนกลุ่มน้อยที่มีเชื้อชาติหรือประเพณีและวัฒนธรรมที่ต่างไปจากคนกลุ่มใหญ่ และผู้คนที่อยู่อาศัย

หลักการที่ 6 : การรักษาพฤติกรรมมการติดยาเสพติดและระบบความยุติธรรมทางอาญา

พฤติกรรมมการติดยาเสพติด ควรจะถือเป็นสถานะสุขภาพ และผู้ป่วยที่ติดยาแต่ละคน ควรจะได้รับการรักษาในระบบการดูแลสุขภาพ แทนนำไปดำเนินคดีตามระบบยุติธรรมทางอาญา โดยใช้การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นทางเลือกแทนการจำคุก เมื่อเป็นไปได้

หลักการที่ 7 : การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของชุมชน การมีส่วนร่วม และการปฐมนิเทศผู้ป่วย

การตอบสนองโดยการบำบัดรักษา โดยมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องการติดยาเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในท้องถิ่นที่เข้มแข็งมากขึ้น ตลอดจนการสนับสนุนการระดมทุนแบบชุมชน

หลักการที่ 8 : การให้บริการการรักษาผู้ติดยา โดยวิธีปรับปรุงคุณภาพของการบริการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

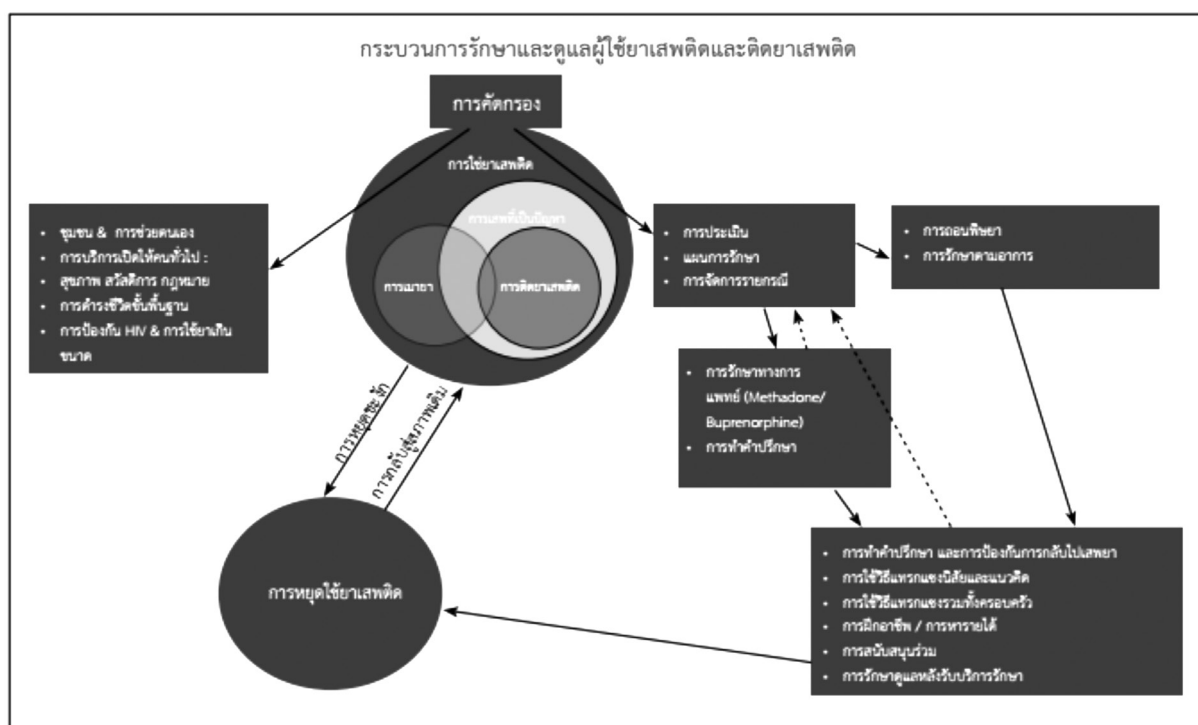
เป็นสิ่งสำคัญที่ การให้บริการการรักษาจะต้องมีการกำหนดข้อปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น นโยบาย วิธีการรักษา โครงการ กระบวนการ คำจำกัดความของบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ การกำกับดูแล และแหล่งการเงิน

หลักการที่ 9 : ระบบการรักษา: การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการประสานการบริการ

แนวทางปฏิบัติในเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงอย่างเป็นระบบ ในเรื่องการใช้สารเสพติด และต่อบุคคลที่ต้องการการรักษา จะมีประโยชน์สูงสุด แนวทางนี้รวมถึงขั้นตอนการ ดำเนินที่สมเหตุสมผล ตามลำดับ ขั้นตอน ที่สามารถแสดงความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับการประเมินความต้องการ การวางแผนการรักษา วิธีการดำเนินงานและการติดตามและการประเมินผล

ขั้นตอนหลักสำหรับการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการรักษาที่ปรากฏในภาพดังต่อไปนี้ ใช้ได้กับความผิดปกติทางจิตและร่างกายทุกชนิดที่เกิดจากการติดยาเสพติด ภาพดังกล่าวรวมทั้งการรักษาการติดยาเฮโรอีน(หรือยาเสพติดอื่นที่ผลิตมาจากฝิ่น) และยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท การติดยาเฮโรอีนรักษาได้โดยให้ใช้ยา methadone และ buprenorphine แต่สำหรับการติดยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ไม่มีผลการวิจัยเพียงพอที่จะสนับสนุนการใช้ยาใด ๆ เพื่อรักษาการติดยากระตุ้น ดังนั้นการรักษาการติดยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ต้องอาศัยในการใช้วิธีแทรกแซงให้คำปรึกษา และการบำบัดด้านจิตสังคมอย่างหนัก



การรักษาจะมีประสิทธิภาพและน่าสนใจต่อผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย สบายใจ ไม่มีเงื่อนไขใดๆ และไม่มีผลทางกฎหมายใดๆ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และเข้าใจถึงความแตกต่าง เพราะไม่มีการรักษาใดที่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทุกประเภทด้วยวิธีเดียวกัน นอกจากนี้ ยังมีวิธีการในระยะยาวที่จะให้ ฟ้นฟูจากการติดยาที่อาจจะใช้กระบวนการระยะยาว และมีขั้นตอนการรักษาในหลายช่วงเช่นเดียวกับการรักษาโรค เรื้อรังอื่นๆ การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน จะต้องมีการวิเคราะห์วิธีรักษาอยู่บ่อยๆ และจัดลำดับในการเข้าไป รักษาในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด และในกรณีที่ชุมชนไม่มีทรัพยากรเพียงพอ การได้รับการอำนวยความสะดวกจาก เครือข่ายการของเจ้าหน้าที่กับอาสาสมัครในการรับทราบโครงการขั้นตอนของชุมชนถือเป็นการตอบสนองที่สำคัญ

กลุ่มชุมชนช่วยต่อต้านการเสพติด

ใคร

- ⇒ ผู้มีอำนาจในชุมชน
- ⇒ ผู้นำชุมชน
- ⇒ สมาชิกในชุมชน
- ⇒ การบริการสุขภาพ
- ⇒ สวัสดิการสังคม
- ⇒ องค์กรพัฒนาเอกชน
- ⇒ ผู้นำทางศาสนา
- ⇒ ผู้นำทางธุรกิจ
- ⇒ ตำรวจผู้รับใช้ชุมชน / เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย

ทำอะไร

- ⇒ การระบุนำกังวล
- ⇒ การระบุทรัพยากร
- ⇒ การแก้ไขปัญหา
- ⇒ การรับส่งผู้ป่วย
- ⇒ การสนับสนุนโดยผู้เชี่ยวชาญ

การทำงานร่วมกัน

- การบูรณาการความรู้ด้านรูปแบบการบำบัดรักษา เพื่อการส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในชุมชน



เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา นันทบุตร. (2550) . สุขภาพชุมชนจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์เดือนตุลา
- ถวิลวดี บุรีกุล.(2551). การมีส่วนร่วม: แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ. เอกสารประกอบการศึกษาดูงานของคณะกรรมการการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา.
- นิตย ทศนิยม และ สมพนธ์ ทศนิยม. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- วันชัย วัฒนศัพท์.(2556). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการตัดสินใจของชุมชน พร้อมถอดบทเรียนจากประสบการณ์ในประเทศไทย. แปลและเรียบเรียงจาก Jame L.Creighton. คลังน่านวิทยา.ขอนแก่น
- วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชน: จากแนวคิดสู่การพัฒนาสุขภาพชุมชน. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา
- อังกูร ภัทรกร และคณะ. (2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community base treatment : CBTx) สำหรับชุดปฏิบัติการในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน”. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ออนป้า จำกัด

9. ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)

นางศศิธร เต็มอินทร์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

แนวคิดของ TC

เป็นรูปแบบหรือวิธีการที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติดอย่างหนึ่ง โดยใช้วิธีการช่วยเหลือตัวเอง (self - help) ในหมู่ผู้ติดยาและสารเสพติดด้วยกัน ในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นและปลอดภัย แต่ละบุคคลในชุมชนบำบัดจะเป็นเสมือนสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่ง การมาอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากนั้นจำเป็นต้องมีการสร้างกฎเกณฑ์และแนวคิดร่วมกัน มีอุดมการณ์ และปรัชญาเดียวกัน เพื่อให้การอยู่ร่วมกันนั้นดำเนินไปได้ด้วยดี ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของชุมชน และปฏิบัติหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้อื่นกระทำตาม ลักษณะของชุมชนบำบัดคล้ายกับการจำลองชุมชนใหม่หรือสร้างครอบครัวใหม่ให้กับผู้รับการบำบัด

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้กระบวนการของชุมชนบำบัดนั้นจะเน้นในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพ/ผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาโดยการไม่พึ่งพาการใช้สารเสพติดในระยะเวลาในการบำบัดรักษา ให้แนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคม สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลักดังนี้

1. กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1.1 กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ | 1.10 กลุ่มปฐมนิเทศ |
| 1.2 กลุ่มให้ความรู้เรื่องยาเสพติด | 1.11 กลุ่มสัมมนา |
| 1.3 กลุ่มจิตบำบัด | 1.12 กลุ่มปรับความเข้าใจ |
| 1.4 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม | 1.13 กลุ่มนันทนาการ |
| 1.5 การบำบัดทางจิตแนว Stair | 1.14 กลุ่มน้องใหม่ |
| 1.6 กลุ่มเสริมทักษะทางสังคม | 1.15 กลุ่มประชุมเช้า |
| 1.7 กลุ่มสติบำบัด | 1.16 กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ |
| 1.8 กลุ่มศิลปะบำบัด | 1.17 กลุ่มให้ความรู้และสุขศึกษา |
| 1.9 กลุ่มเตรียมความพร้อมกลับสู่สังคม | |

2. งานบำบัด ตัวอย่างเช่น

- 2.1 ทีมงานเกษตรผักปลอดสารพิษ
- 2.2 ทีมงานครัว
- 2.3 ทีมงานประชาสัมพันธ์
- 2.4 ทีมงานหัตถกรรม
- 2.5 ทีมงานธุรการ
- 2.6 ทีมงานภูมิทัศน์
- 2.7 ทีมงานบ้าน
- 2.8 ทีมงานอาชีวะ

3. เครื่องมือที่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Re-shape behavior)

3.1 เครื่องมือของบ้าน (Tools of the house) ประกอบไปด้วย

- Deal With : การเตือนสติและให้กำลังใจ สมาชิกทุกคนมีหน้าที่คอยตักเตือนแนะนำ
- Talking To : การพูดคุยหรือการแนะนำ ส่วนมากจะเป็นสมาชิกเก่าพฤติกรรมเหมาะสมเป็นผู้เตือน
- Pull Up : การว่ากล่าวตักเตือนหรือการแก้ไขตรงจุด กรณีสมาชิกทำพฤติกรรมที่ขัดต่อหลักปรัชญาบ้านหรือระเบียบของสถานฝึก
- Haircut : เป็นการลงโทษสมาชิกด้วยวาจาเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- Learning Experience : จริงๆเป็นการลงโทษแต่เลี่ยงการใช้คำว่าลงโทษ ประกอบด้วย
 1. การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด
 2. การลดระดับชั้น
- Bans/Containment : กรณีทำผิดกฎระเบียบหรือกฎเหล็กจะต้องมีการเผชิญหน้าหรือไต่สวน
- Haircut Bench/Chair : ในกรณีที่มีการไต่สวนหรือเผชิญหน้าแล้ว ผู้ถูกกล่าวหาทำผิดยังไม่ยอมรับจะจัดให้นั่งเก้าอี้ทัณฑ์บนเพื่อให้เกิดบทเรียน
- General /meeting : กรณีทำผิดกฎระเบียบหรือกฎเหล็กจะต้องมีการเผชิญหน้าแล้วต้องมีการนำเข้าสู่ประชุมใหญ่ทั้งบ้านเพื่อพิจารณาว่าจะยอมรับสมาชิกหรือไม่ แล้วนำมาพิจารณาตามมติที่ประชุมใหญ่
- Banishment : การขับออกจากศูนย์ เป็นมาตรการรุนแรงสุดกรณีทำผิดกฎรุนแรง

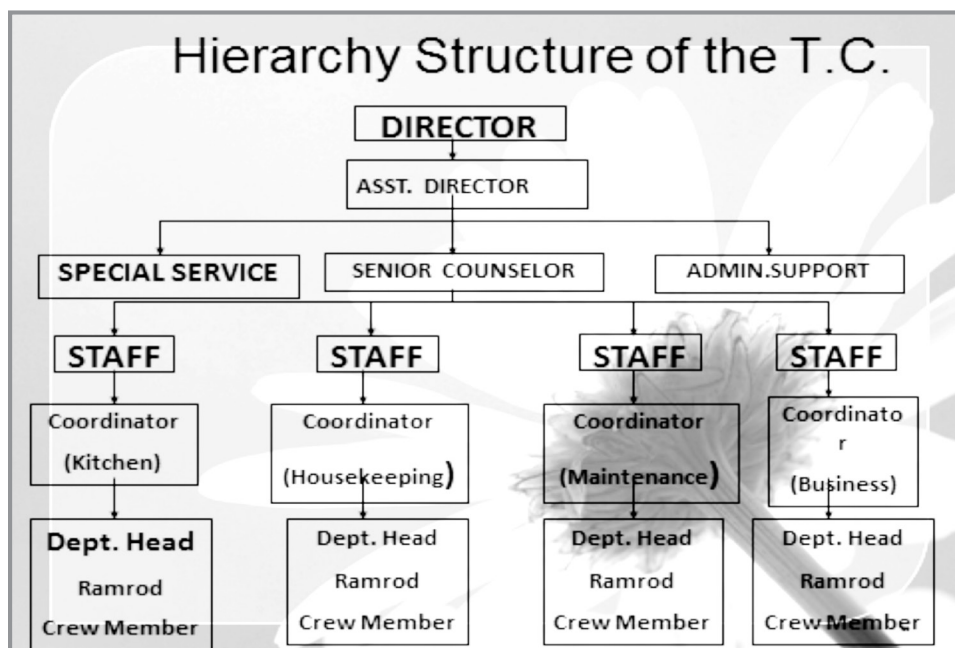
3.2 การให้รางวัล เช่น

- การเลื่อนระดับการดูแล เป็นหัวหน้า
- การให้เบิกขนมเพิ่ม
- การให้สิทธิเวลาในการรับโทรศัพท์ญาติ

3.3 การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากเหมือนครอบครัวเดียวกัน จำเป็นต้องมี กฎเกณฑ์ อุดมการณ์ และปรัชญา คำกับ เพื่อให้การอยู่ร่วมกันดำเนินไปด้วยดีปราศจากอุปสรรค

1. การห้ามใช้สารเสพติด
2. ห้ามทะเลาะวิวาท
3. ห้ามพูดเท็จ พูดหยาบคาย เพ้อเจ้อไร้สาระ
4. ห้ามลักขโมย
5. ห้ามมีเพศสัมพันธ์

การปกครองดูแลระหว่างสมาชิกด้วยกัน



หน้าที่ของผู้ควบคุมดูแล และประสานกิจกรรม (Co – Ordinator on Duty หรือ COD)

1. ควบคุมดูแลกิจกรรมให้เป็นไปตามรูปแบบ
2. ประสานงานและกิจกรรมระหว่างเจ้าหน้าที่กับสมาชิก
3. ดูแลและรายงานพฤติกรรมสมาชิก, เหตุการณ์ประจำวัน, กิจกรรมทั้งหมด
4. รับงานจากเจ้าหน้าที่ แล้วนำมาวางแผนปฏิบัติตามขั้นตอน
5. ตรวจสอบรายงานต่าง ๆ รวมทั้งใบเสนอ,ใบร้องขอของสมาชิกและรายงานต่อเจ้าหน้าที่
6. ดูแลและให้คำปรึกษาแก่สมาชิก
7. ดูแลความเรียบร้อยและความปลอดภัยในอาคารที่อยู่และพื้นที่โดยรอบ
8. ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย
9. รับรายงานและพิจารณาตรวจสอบการให้การช่วยเหลือ โดยใช้เครื่องมือของบ้าน

หน้าที่ของหัวหน้าผู้ดูแลและผู้ช่วยผู้ควบคุมกิจกรรม (Chief Expediter)

1. ประสานงานระหว่าง COD กับ Expediter
2. ตรวจสอบการปฏิบัติงานของ Expediter
3. ตรวจสอบใบเสนอต่าง ๆ จาก Expediter และส่งต่อ COD
4. ดูแลเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรมและพฤติกรรมสมาชิก และรายงาน COD ทราบทุกระยะอย่างต่อเนื่อง
5. จัดกิจกรรมและตารางปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกใน 1 สัปดาห์
6. ดูแลและให้คำปรึกษาแก่สมาชิก
7. รับผิดชอบดูแลการให้ความช่วยเหลือสมาชิกโดยใช้เครื่องมือบ้าน
8. ดูแลความเรียบร้อยความปลอดภัยในอาคารที่อยู่ และพื้นที่โดยรอบ
9. ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมายจาก COD

หน้าที่ของผู้ดูแลรับผิดชอบหัวหน้าทีมงาน (Expediter)

1. ประสานงานระหว่าง Chief Expediter ในการทำกิจกรรมต่างๆ
2. มอบหมายงาน ร่วมวางแผนและดูแลหัวหน้าทีมงาน
3. ตรวจสอบงาน ใบรายงานและใบเสนอต่าง ๆ ของสมาชิกของ work leader แล้วรายงาน Chief Expediter
4. เป็นผู้ช่วย Chief Expediter ในการทำกิจกรรมต่างๆเช่นกลุ่มให้คำแนะนำ เป็นต้น
5. รับผิดชอบดูแลเอกสารที่สมาชิกต้องใช้ให้เพียงพอ
6. ดูแลความสะอาด เรียบร้อย อาคารและพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย
7. ตรวจสอบร่างกายและสิ่งของที่สมาชิกออกนอกบริเวณตึก เมื่อกลับเข้ามา รวมทั้งเมื่อญาติเยี่ยม
8. ดูแลพฤติกรรมให้คำปรึกษา รวมทั้งความเจ็บป่วยของสมาชิกและรายบุคคล
9. ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย

หน้าที่ของหัวหน้าทีมงาน (Work Leader)

1. รับมอบหมายงานจาก Expediter หรือเจ้าหน้าที่ประจำทีมงาน และแจกจ่ายให้กับลูกทีม
2. ควบคุมพฤติกรรม และการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามเป้าหมาย
3. เขียนรายงานการปฏิบัติงานและพฤติกรรมและรายงานตามขั้นตอน
4. ดูแลความสะอาด เรียบร้อย อาคารและพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย
5. ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น กลุ่มออกกำลังกาย, กลุ่มสวดมนต์เย็น

6. ช่วยเหลือดูแล แนะนำด้านสวัสดิการต่าง ๆ ของลูกทีม เช่นการลาเยี่ยมบ้าน, การขอโทรศัพท์, ขออนุญาตตัดผม เป็นต้น
7. ตรวจรับใบเสนอ/ใบร้องขอของลูกทีมพร้อมพิจารณาถึงความเห็นและเสนอตามขั้นตอน
8. เขียนรายงานการได้รับกิจกรรมกลุ่มประจำวันของลูกทีม
9. รับและถ่ายทอดคำสั่ง ข้อมูลข่าวสารแก่ลูกทีม และนำเรื่องราวจากลูกทีมในเสนอ Expediter ตามลำดับ
10. ดูแลความเจ็บป่วยของลูกทีมและรายงานตามขั้นตอน

ชุมชนบำบัด แตกต่างจากวิธีการบำบัดฟื้นฟูแบบอื่น คือ

ชุมชนบำบัด (T.C.) ใช้สังคมจำลองที่สร้างขึ้นเป็นชุมชน มาเป็นพื้นฐานของการนำความต้องการทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาเข้ามาเปลี่ยนแปลงแต่ละคนในชุมชนทุก ๆ กิจกรรมในชุมชนบำบัดถูกออกแบบมาเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งในการเรียนรู้และการบำบัดฟื้นฟูสมาชิกทุกคน และผู้ที่เป็นหลักในการเปลี่ยนแปลงคือสมาชิกในชุมชน โดยชุมชนนั้นเป็นเสมือนทั้งครูและผู้บำบัดรักษา แนวคิดหลักของชุมชนบำบัด มี 8 ข้อ (Eight Essential Concepts of Community as Methods)

1) การมีส่วนร่วม (Use of Participant Roles)

สมาชิกแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้มีกิจกรรมต่าง ๆ กันในแต่ละวัน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้เขาหรือเธอเหล่านั้นได้ทำบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันออกไป ทั้งการเป็นเพื่อนร่วมกลุ่ม การสร้างความเป็นเพื่อน การเป็นผู้ประสานงาน และการเป็นคนคอยชี้แนะคนอื่น ซึ่งการทำสิ่งเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมที่อยู่ในกระบวนการที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

2) ปฏิกริยาสะท้อนกลับของสมาชิก (Use of Membership Feedback)

สมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองจะเป็นจุดกำเนิดเบื้องต้นของการชี้แนะและการให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล จึงควรจัดให้มีการสังเกตปฏิกริยาของสมาชิกแต่ละคนเพื่อการแก้ไขปัญหารายบุคคลและเพื่อร่วมกันรับผิดชอบสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกันทั้งหมด

3) การเป็นแบบอย่างที่ดี (Use of Membership as Role Model)

สมาชิกแต่ละคนต้องมีความตั้งใจเต็มที่ที่จะเป็นตัวอย่างที่ดีในกระบวนการเปลี่ยนแปลงให้กับกลุ่ม ด้วยความรับผิดชอบนี้ สมาชิกแต่ละคนจึงต้องมีปฏิกริยาสะท้อนกลับ (Feedback) ต่อคนอื่นถึงสิ่งที่ควรมีการเปลี่ยนแปลง และสมาชิกของกลุ่มทุกคนต้องเป็นทำตนเองให้เป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นในการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วย

4) วิธีที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง (Use of Collective Formats for Guiding Individual Change)

สมาชิกในกลุ่มทุกคนจะมีข้อตกลงร่วมกันว่าจะต้องเป็นผู้ช่วยให้เพื่อนร่วมกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการให้ความรู้ การฝึกอบรม และกิจกรรมบำบัดที่จัดขึ้น เช่น การเข้าร่วมกลุ่ม การประชุม สัมมนา การมอบหมายหน้าที่ในการทำงาน และการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้สำคัญอย่างยิ่งต่อการบำบัดรักษาและการพัฒนาบุคลิกภาพที่จะปรากฏออกมาให้เห็นผ่านกิจกรรมทางสังคมที่ทำร่วมกันในชุมชน

5) การใช้กฎกติการ่วมกัน (Use of Shared Norms and Values)

บรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคมจะช่วยให้ทุกคนมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับการที่สมาชิกเข้ามาอยู่ร่วมกันในชุมชน บรรทัดฐานและค่านิยมจะช่วยชี้แนะให้สมาชิก ช่วยเหลือตนเองในการบำบัดรักษาและการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม

6) โครงสร้างและระบบ (Use of Structure and Systems)

การทำงานในชุมชนนั้นมีความหลากหลาย “การจัดการ” เป็นสิ่งที่จำเป็นในการอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เพราะการทำงานจะเป็นแรงขับเคลื่อนเบื้องต้นในการสอนเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากทักษะในการฝึกฝนอย่างเดียวเท่านั้น แต่รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ การให้การยอมรับนับถือคนที่เป็นผู้ดูแล และการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกที่มีความรับผิดชอบต่อชุมชน ซึ่งจะกลายเป็นคนที่สามารถให้คนอื่นพึ่งพิงได้

7) การสื่อสารแบบเปิด (Use of Open Communication)

วัตถุประสงค์หลักของชุมชนบำบัด คือ ประสพการณ์ในการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสาธารณะ ความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกของสมาชิกในชุมชน ถือเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการบำบัด โดยเฉพาะการแสดงออกของตนเองเท่านั้น แต่หมายถึงการมีส่วนร่วมต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในชุมชน ดังนั้น สิ่งจำเป็นคือการเปิดตัวเองเข้าสู่สังคม

8) การสร้างสัมพันธภาพ (Use of Relationships)

มิตรภาพระหว่างบุคคล เพื่อนร่วมกลุ่ม และนักบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดข้อผูกพันร่วมกัน ที่จะช่วยกันทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความสัมพันธ์ในการบำบัดนี้เป็นพื้นฐานในการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการช่วยให้การบำบัดประสบความสำเร็จ

ชุมชนบำบัด ใช้รูปแบบกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมแบบช่วยตนเอง

(Self-help Social Learning Treatment Program Model (SSLTM)

เป้าหมายของ SSLTM คือ

1. เลิกยาได้
2. เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (Life Style)
3. กำจัดพฤติกรรมต่อต้านสังคม
4. รู้จักทำงาน
5. มีทัศนคติที่ดีต่อสังคม และเพิ่มคุณค่าให้ตนเอง

แนวคิดหลักของชุมชนบำบัด มี 8 ข้อ

(Eight Essential Concepts of Community as Methods)

(รายละเอียด)

- 1) การมีส่วนร่วม (Use of Participant Roles)
- 2) ปฏิกริยาสะท้อนกลับของสมาชิก (Use of Membership Feedback)
- 3) การเป็นแบบอย่างที่ดี (Use of Membership as Role Model)
- 4) วิธีที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง (Use of Collective Formats for Guiding Individual Change)
- 5) การใช้กฎกติการ่วมกัน (Use of Shared Norms and Values)
- 6) โครงสร้างและระบบ (Use of Structure and Systems)
- 7) การสื่อสารแบบเปิด (Use of Open Communication)
- 8) การสร้างสัมพันธภาพ (Use of Relationships)

องค์ประกอบของกระบวนการชุมชนบำบัด (รายละเอียด)

- 1) การแยกชุมชนเป็นเอกเทศ (Community Separateness)
- 2) สภาพแวดล้อม (Community Environment)
- 3) กิจกรรม (Community Activities)
- 4) กลุ่มเพื่อน (Peers as Community Members)
- 5) นักบำบัด (Staff as Community Members)
- 6) ตารางกิจกรรมประจำวัน (A Structured Day)
- 7) แผนการบำบัด (Phase Format)
- 8) งาน (Work as Therapy and Education)
- 9) แนวคิดของชุมชนบำบัด (TC Concepts)
- 10) กลุ่มเผชิญหน้า (Peer Encounter Group)
- 11) การฝึกความตระหนัก (Awareness Training)
- 12) การฝึกความเจริญเติบโตทางด้านอารมณ์ (Emotional Growth Training)
- 13) ระยะเวลาในการบำบัด (Planned Duration of Treatment)
- 14) การติดตามผลบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง (Continuance of recovery)

หลักปฏิบัติสำคัญที่ต้องมีไว้เสมอ (The Enduring Principles)

- 1) เอาใจใส่ต่อจิตใจและร่างกาย
- 2) การค้นหาความหมายของพฤติกรรม
- 3) การท้าทายการดัดเดียนต้องทำด้วยความรัก
- 4) มีส่วนร่วมในชุมชนและยอมรับการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
- 5) เปิดเผยการกระทำ ความกลัว ความหวัง และความรู้สึกผิด ของตนเองต่อชุมชน
- 6) ให้อภัยผู้อื่นในสิ่งที่เขาทำผิด
- 7) การขับออกจากกลุ่มสามารถกระทำได้ แต่ต้องทำโดยการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน
- 8) เคารพระบบอาวุโส และลำดับชั้นในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

หนังสือโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

Thanyarak Institute. FAST Model. Bangkok: Veterans Organization Printing Factory; 2003. (in Thai)

Arpabusayaphun R. Rehabilitation Model Development for Female Drug Users in Thanyarak Institute. Thanyarak Institute, Department of Medical Services. Pathumthani: 2008. (In Thai)

10. การปรับความคิดและพฤติกรรม (COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY)

นางเปรมจิต ไชยลังกา : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ในปัจจุบันในการส่งจ่ายยารักษาจิตเวชมีความอันตรายมาก แพทย์และนักจิตวิทยาเล็งเห็นถึงอันตรายที่เกิดจากการให้ยาจิตเวช ซึ่งการเกิดโรคทางจิตเวชส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท ทางทางแพทย์จึงนำปฏิกิริยาภายในสมองจากการใช้รูปแบบความคิดมาใช้บำบัดเพราะมีการจัดการที่ปลอดภัยกว่าการใช้ยาใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวช ภาวะเครียดและอาการทางสมองอื่นๆ เรียกการบำบัดนั้นว่า CBT หรือนิยมเรียกว่า “การปรับความคิดและพฤติกรรม”

1. การปรับความคิดและพฤติกรรม คือ อะไร (What is CBT?)

CBT การบำบัดรักษานิตหนึ่งที่ใช้การบำบัดโดยใช้การพูด เน้นที่ความคิดอย่างไร มีความเชื่ออย่างไร มีทัศนคติที่มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม และสอนให้เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการจัดที่มีความแตกต่างกันแต่ละปัญหา โดยใช้การบำบัดด้านความคิด (Cognitive Therapy) และด้านพฤติกรรม (behavior therapy) ในการบำบัดคนใช้การบำบัดด้วย CBT มีแบบแผนมาจาก CBT ของ Beck's model, การบำบัดตามแผนที่วางไว้ตามที่กำหนดความคิดไว้ (cognitive formulation) ,ความเชื่อ (beliefs) และกลยุทธ์ทางพฤติกรรม (behavioral strategies) ที่มีความผิดปกติจำเพาะ(Alford & Beck, 997) การบำบัดรักษายึดหลักตามแนวความคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยรายบุคคล (รูปแบบทางพฤติกรรมมีความเชื่อที่ และมีความเฉพาะ โดยที่ผู้บำบัดเป็นผู้ที่สร้างให้เห็นความคิดและการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่อยู่ในระบบความคิดของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรม ความคิด และระบบความเชื่อที่ทำให้เกิดความคิดไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม เพื่อที่ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ยั่งยืน

การบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่ได้รับความนิยมมากในบรรดาการบำบัดทางจิตบำบัด ซึ่งมีความสำคัญในการตัดสินใจใช้การบำบัดแต่ละชนิด แสดงถึงความรู้สึกและการแสดงถึงความสำเร็จของการทำจิตบำบัด การใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมมีงานวิจัยกล่าวถึงร้อยละงานวิจัย (1) ที่ยืนยันว่ามีการใช้บำบัดค่อนข้างมีความก้าวหน้าในการบำบัดผู้ป่วย

CBT เป็นการบำบัดผู้ป่วยที่มีลักษณะการสืบสวนหาข้อมูลใช้ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการพิจารณาการตอบสนองด้านการรับรู้ และการกำหนดพฤติกรรมขึ้นใหม่ นักบำบัด CBT ใช้การบำบัดนี้ในการจัดการช่วยเหลือและปรับปรุงทัศนคติ คุณค่าในการใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหาจากสิ่งเร้าต่างๆ

CBT : มีหลักเกี่ยวกับการสื่อสารกับสิ่งเร้าภายนอก (เหตุการณ์ภายนอก, เหตุการณ์ด้านลบ) ซึ่งจะไม่คำนึงถึงผลที่เป็นปัญหาทางอารมณ์ การบำบัดจะแสดงเนื้อหาความเป็นจริงในการตอบสนองเหตุการณ์ การพูดถึงเหตุการณ์ ด้านความคิด ด้านการควบคุม และสิ่งที่กระทบต่อคุณภาพในการดำรงชีวิต

CBT : เป็นการบำบัดที่ความสำคัญที่มีพลังในการเปลี่ยนแปลงความคิด การเรียนรู้ช่องทางของความคิดในการเปลี่ยนความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงการจัดการต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล การแยกตัว การซึมเศร้า แนวโน้มที่แสดงถึงปัญหาทางด้านอารมณ์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ความคิดด้านลบที่ไปสู่ความเคยชิน เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดสามารถมองเห็นสิ่งเร้า ก็สามารถแยกสิ่งเร้าออกจากความบิดเบือนความเป็นจริงหรือช่วยเพิ่มการตัดสินใจ ในภาวะความกลัวสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่ความสุขที่ยาวนาน

Beck มีแหล่งข้อมูลที่หลากหลายที่ใช้พัฒนารูปแบบการบำบัดของจิตบำบัด รวมทั้งนักปรัชญายุคแรก ๆ เช่น Epicetus และนักทฤษฎี เช่น Karen Horney, Alfred, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus, Albert Bandura และงานของ Beck's มีความแพร่หลายถูกขยายออกไปด้วยนักวิจัยและนักทฤษฎีในสหรัฐอเมริกาและต่างประเทศ เกิดรูปแบบการบำบัดด้วย CBT ที่หลากหลาย มีลักษณะเหมือนการบำบัดของ Beck's therapy แต่เน้นแนวคิดและเน้นการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันประกอบด้วย Rational Emotional behavior Therapy (Ellis, 1962) Problem-Solving Therapy (D'Zurilla & Nezu, 2006) Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Follette, & Linehan, 2004) Exposure Therapy (Foa & Rothbaum, 1998), Cognitive Processing Therapy (Resick & Schnicke, 1993), Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (McCullough, 1999), Behavioral Activation (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980; Martell, Addis, & Jacobson, 2001), Cognitive Behavior Modification (Meichenbaum, 1977)

มีการพัฒนาการปรับความคิดและพฤติกรรม 3 ยุคด้วยกัน

- ยุคที่ 1 พัฒนามาจากการบำบัดดั้งเดิมของ Albert Ellis, PhD. Rational Emotive Therapy (REBT)
- ยุคที่ 2 เกิดขึ้นในปี 1960 โดย Aaron Beck, MD. เรียกว่า Cognitive Therapy (CT)
- ยุคที่ 3 เป็นการนำเทคนิคด้านบวกมาใช้โดย Judith Beck

หลักการพื้นฐานของการบำบัด CBT มีดังนี้

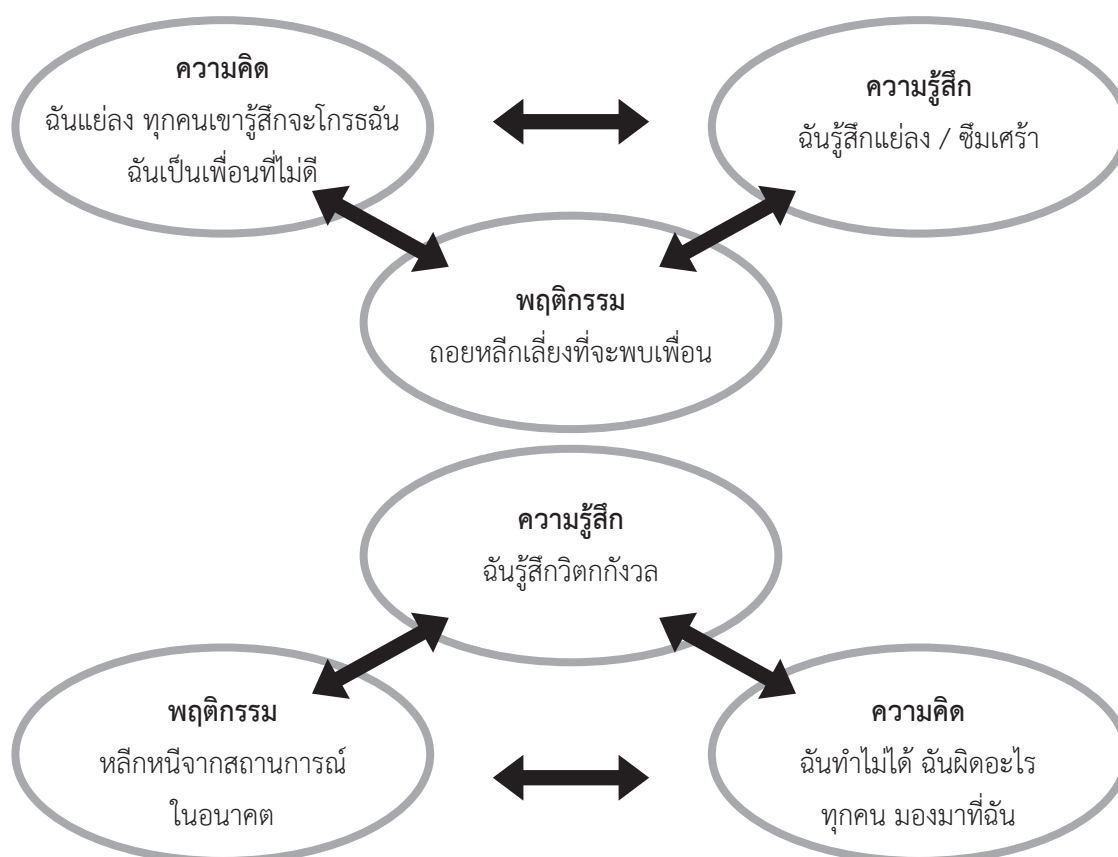
1. การบำบัด CBT มีการกำหนดปัญหาด้านความคิดของผู้ป่วยและแนวคิดรายบุคคล
2. การบำบัด CBT จำเป็นต้องมีพันธมิตรหรือมีสัมพันธภาพการรักษาที่ดี
3. การบำบัด CBT เน้นการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการบำบัด
4. การบำบัด CBT มีเป้าหมายเน้นการปัญหา
5. การบำบัด CBT เน้นการแก้ปัญหาที่เป็นปัจจุบัน
6. การบำบัด CBT เป็นการให้ความรู้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อสอนผู้ป่วยให้เป็นนักบำบัดโรคของตนเอง และเน้นการป้องกันการกำเริบของโรค.
7. การบำบัด CBT มีการกำหนดเวลาในการบำบัดที่ชัดเจน
8. การบำบัด CBT มีโครงสร้างชัดเจน
9. การบำบัด CBT สอนให้ผู้ป่วยระบุ ประเมิน และตอบสนองต่อความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ
10. การบำบัด CBT ใช้เทคนิคที่หลากหลายเพื่อเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

ทฤษฎีเบื้องหลัง CBT คืออะไร?

CBT ขึ้นอยู่กับแนวความคิดที่มีต่อวิธีที่การคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ก็ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของเราได้ เช่น หากตีความสถานการณ์ในแง่ลบ ส่งผลต่ออารมณ์ด้านลบตามมา และความรู้สึกแย่ ๆ เหล่านั้นก็อาจทำให้แสดงออกมาทางพฤติกรรม สรุปแล้วทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือความคิด และพฤติกรรม ความคิดเชิงลบเริ่มต้นอย่างไร

รูปแบบการคิดเชิงลบเริ่มต้นได้ตั้งแต่วัยเด็กเป็นต้นไป ตัวอย่างเช่น หากคุณไม่ได้รับความสนใจหรือคำชมจากพ่อแม่หรือครูของคุณที่โรงเรียนมากนัก คุณอาจคิดว่า “ฉันมันไร้ประโยชน์ ฉันไม่ดีพอ” เมื่อเวลาผ่านไป คุณอาจเชื่อสมมติฐานเหล่านี้ จนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ ความคิดเชิงลบเหล่านี้จะกลายเป็นความคิดอัตโนมัติ วิธีคิดนี้อาจส่งผลต่อความรู้สึกของคุณในที่ทำงานที่ มหาวิทยาลัย หรือในชีวิตทั่วไปของคุณ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

วงจรต่อเนื่อง : การตีความสถานการณ์เชิงลบ



- ในการบำบัด CBT ผู้บำบัดระบุและท้าทายรูปแบบความคิดลบและพฤติกรรมที่มีความยากลำบากของผู้ป่วย เพื่อให้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีต่อเหตุการณ์ในอนาคต
- ผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องการมุ่งเน้นการมองชีวิตในขณะนี้ แต่ผู้ป่วยก็ต้องมองอดีตและคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการมองโลกอย่างไร การบำบัด CBT เพื่อหยุดวงจรความคิดด้านลบ ป้องกันการกลับไปเสียและใช้ CBT เป็นเครื่องมือทำให้ออกจากความมืด(ปัญหา)

ชนิดของปัญหาที่ใช้การบำบัด CBT (What types of problems can CBT help with ?)

การบำบัด CBT เป็นการบำบัดที่ยืดหยุ่นสามารถปรับให้เข้ากับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยได้หลายโรค มีหลักฐานบ่งชี้ว่าสามารถรักษาปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โรควิตกกังวล (anxiety) และตื่นตระหนก (panic attacks), โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder), โรคซึมเศร้า (borderline personality disorder depression), ปัญหาการกิน (eating problems), โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder OCD), โรคกลัว (phobias), โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (post-traumatic stress disorder PTSD), โรคจิต (psychosis), โรคจิตเภท (schizophrenia)

ในปี 2012 จากงาน Meta-analysis ตีพิมพ์ของ Journal Cognitive Behavior Therapy and Research จำนวน 269 เรื่อง พบว่ามีการนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาดังนี้ (2) substance abuse disorder, schizophrenia, disorder, depress, dysthymia, manic depression, bipolar disorder, anxiety disorders, somatoform, sleep disorders, Insomnia personality disorders, anger, aggression, criminal behaviors, chronic fatigue syndrome Muscle pain, tension, pregnancy complication, female hormonal condition

งานวิจัยแสดงถึงจุดแข็งของ CBT ในการรักษา anxiety disorder ,somatoform disorders, bulimia, anger control problems,general stress และจากงานวิจัยที่เปรียบเทียบการบำบัดอื่น 11 เรื่องพบว่า CBT มีการตอบสนองที่สูงในการรักษาจำนวน 7 ใน 11 เรื่อง (60%) มีเพียง 1 เรื่องใน 11 เรื่องที่มีการตอบสนองที่ต่ำในการเปรียบเทียบการรักษา การวิจัยแสดงถึงการผลที่มีต่อการบำบัดมากที่สุด

สถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการดูแล ((The National Institute for Health and Care Excellence : NICE) แนะนำเป็นการนำ CBT ไปใช้ได้ดีสำหรับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล นอกจากนั้นยังมีการนำCBT ประยุกต์ใช้ในการบำบัด phobias, eating disorders, PTSD และ OCD ปัญหาความโกรธ (anger problems),ปัญหายาหรือสุรา (drug or alcohol problems), ปัญหาทางเพศ (sexual) และปัญหาสัมพันธภาพ (relationship problems),ปัญหาการนอนไม่หลับ (insomnia,inability to sleep)อีกด้วย

การจัดการบำบัด (How is CBT delivered ?)

การบำบัดCBT ไม่ควรบำบัดระยะยาวควรจัดเป็นการบำบัดระยะสั้น (short-term treatment) การบำบัด 12 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ 12 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลรัฐมีการประยุกต์ใช้การบำบัดในผู้ป่วยตก 4x จำนวนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ใน 28 วัน ในรายที่ทีมสหวิชาชีพมีปัญหที่ซับซ้อนต้องได้รับการบำบัดเพื่อให้การช่วยเหลือจะได้รับการบำบัดที่เพิ่มขึ้น จำนวนครั้งขึ้นอยู่กับปัญหาที่มีความยาก ซับซ้อน และการกำหนดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย จนกระทั่งสามารถจัดการกับสถานการณ์ภายนอกและภายในได้ด้วยตนเอง (Self Therapy) ภายในระยะเวลา 28 วัน

ลักษณะการบำบัด CBT (These sessions might be delivered)

- รายบุคคล (individually) การบำบัดผู้ป่วย 1 รายต่อผู้บำบัด 1 ท่าน (เป็นการบำบัดหน้าต่อหน้า การสนทนาโทรศัพท์ การคุยผ่านวิดีโอ ที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย
- รายกลุ่ม (in a group) กลุ่มผู้ป่วยรายที่มีปัญหาเหมือนกัน
- สมุดคู่มือในการช่วยเหลือตัวเอง (through a self-help book) การทำแบบฝึกหัดด้วยตนเอง
- คอมพิวเตอร์ออนไลน์ การพูดคุยกับผู้บำบัดทางออนไลน์

โครงสร้างการบำบัด (How are sessions structured?)

ในการบำบัดเบื้องต้นผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องค้นหาปัญหาที่ต้องการบำบัด ยอมรับปัญหา ผู้ป่วยต้องการมุ่งเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหและเริ่มต้นในการวางแผนแก้ไขปัญหามีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการปัญหานั้น ๆ ในการบำบัดมีการทำแบบฝึกหัด การสำรวจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของไดอะแกรมหรือแผนงาน การบำบัด CBT เป็นการให้ใบงาน(แบบฝึกหัด)ของผู้ป่วยเองในช่วงเวลาการบำบัดของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจมีแบบฝึกหัดบางอย่างให้ทำภายหลังการบำบัด ก่อนเริ่มต้นในการบำบัดครั้งต่อไปจะเริ่มต้นด้วยการทบทวนข้อสรุปการบำบัดก่อนหน้านี้ และซักถามกระบวนการการทำงานที่มอบหมาย (การบ้าน) อาจเป็นใบงานหรือรูปแบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกัปัญหาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับที่ยอมรับและความเข้าใจในงานที่ทำนั้น ๆ ที่ตกลงกับผู้บำบัด

การบำบัด CBT ต้องเรียนรู้อะไรบ้าง (What might I learn?)

CBT สอนทักษะการเผชิญปัญหาในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้วิธีรับมือกับสถานการณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ

ความรู้สึกวิตกกังวล : ผู้ป่วยรู้ว่าการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ อาจทำให้ความกลัวเพิ่มขึ้นได้ การเผชิญหน้ากับความกลัวอย่างค่อยเป็นค่อยไปและจัดการได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะรับมือการเผชิญปัญหาได้

รู้สึกเศร้า : ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้บันทึกความคิดและสำรวจการมองของผู้ป่วยที่ แตกต่างออกไปได้ว่าเป็นอย่างไรหลังจากได้เรียนรู้โครงสร้างการบำบัดจากไดอะแกรม ซึ่งช่วยหยุดขจัดอารมณ์ที่เศร้าลงได้

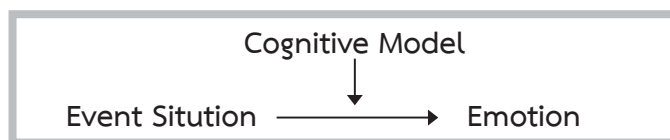
ปัญหาการนอนหลับ : ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับรู้ความคิดที่ทำให้นอนหลับยากขึ้นและเรียนรู้ที่จะท้าทายรับมือการรับรู้ความคิดนั้นได้

ระยะยาว : ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคนอื่น ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะออกจากการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับผู้อื่นด้านแรงจูงใจและความคิด หลังจากพบว่าเป็นการสมมุติฐานที่ไม่เหมาะสม

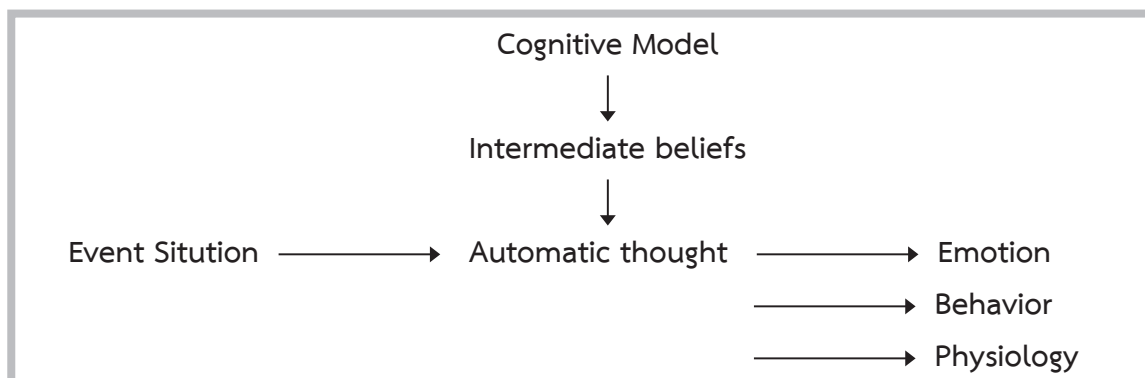
ความสัมพันธ์ด้านการบำบัดเป็นอย่างไร (What's the therapeutic relationship like?)

ความสัมพันธ์การบำบัดเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยอาจไม่เคยมีมาก่อน ใน CBT เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ตัดสินกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย การค้นหาและการตอบสนองต่อประสบ การณ์ที่จะกำหนดวิธีการและกระบวนการบำบัด ความเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยหมายความว่าผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันหรือเต็มที่ ในการบำบัด การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดจึงมีผลต่อการบำบัดและความร่วมมือในการบำบัดรูปแบบ CBT

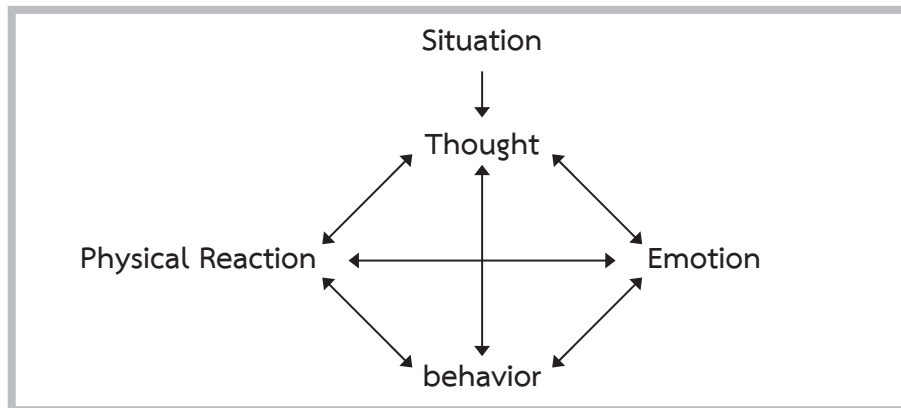
1. รูปแบบ CBT แบบดั้งเดิม (Cognitive Model) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ในระยะแรก ๆ ประกอบด้วย เหตุการณ์ (Event Situation) ส่งผลต่ออารมณ์ (Emotion) เช่น เหตุการณ์ก่อนการมาเรียนหนังสือได้รับข่าวจากหัวหน้าว่าจะได้มาเรียนพยาบาลเฉพาะทางที่ขอนแก่น ส่งผลให้อารมณ์ที่ดี หรือไม่ดี



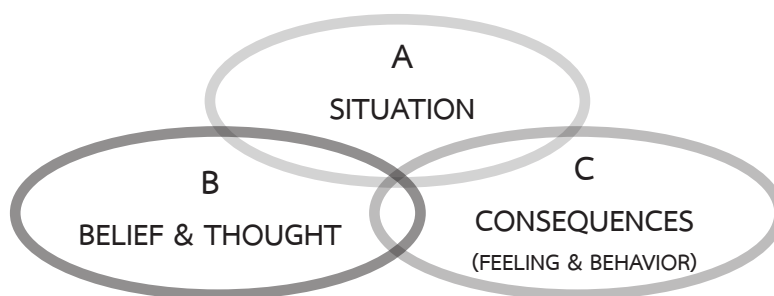
2. รูปแบบการ CBT แบบเบค (Beck's Cognitive Model) ประกอบด้วย เหตุการณ์มีผลต่อความคิดอัตโนมัติ ซึ่งมาจากประสบการณ์เรียนรู้ระดับลึก (core beliefs) ที่ได้รับในอดีตและการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่สะสมเกิดกระบวนการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนเป็นทัศนคติและกฎกติกา (intermediate beliefs) ในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มากกระทบ เมื่อเหตุการณ์กระทบความคิดอัตโนมัติจะแปลความและส่งผลต่ออารมณ์ สรีระร่างกาย พฤติกรรม เช่น เหตุการณ์ก่อนการมาเรียนหนังสือได้รับข่าวจากหัวหน้าว่าจะได้มาเรียนพยาบาลเฉพาะทางที่ขอนแก่น เชื่อมโยงกับ **ความคิดอัตโนมัติ** รอคอยการมาเรียนตั้งนานในที่สุดก็จะได้ไปเรียนที่ขอนแก่นแล้ว **ความคิดระดับลึก** เคยได้รับการคัดเลือกให้ได้เรียนต่อพยาบาล **ความคิดระดับกลาง** ฉันต้องได้รับเลือกส่งผลให้อารมณ์ดีใจ สรีระร่างกาย โล่งสบาย หัวใจเต้นแรง และมีผลต่อพฤติกรรม แสดงออกด้วยกระโดด ส่งเสียงไชโย



3. รูปแบบ CBT แบบความเชื่อมโยง (Interactional model (5 part model) ประกอบด้วยเหตุการณ์ มีผลต่อความคิด อารมณ์ สรีระร่างกาย และพฤติกรรม โดยที่มีการเชื่อมโยงกัน มีความสัมพันธ์กัน สะท้อนถึงกัน



4. รูปแบบ ABC Technique of Irrational Beliefs (Albert Ellis :1957) ประกอบด้วยเหตุการณ์ A = Activating Event or objective situation) B = (Belief and Thought) ความเชื่อและความคิด C = (Consequences)) ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ได้รับการกระทบ



การกำหนดการปรับความคิด (The cognitive case formulate)

การกำหนดเครส (case formulate) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Background information) เป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานะ สถานะภาพ การสมรส ศาสนา การศึกษา และระบุข้อมูลพื้นฐานอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิต พลวัตรของครอบครัวและความสัมพันธ์ (Family dynamic and relationship)

2. ปัญหาและการทำงานในปัจจุบัน (Presenting problem and current functioning) เป็นการนำข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วยที่พบมาพิจารณาในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีความยากลำบาก มีปัญหา การทำงาน ปัญหาจิตเวช ปัญหาการใช้ยา อาชญากรรม ปัญหาภายใน และปัญหาอื่นมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาแบบภาคตัดขวางในช่วงปัจจุบัน

3. การวินิจฉัยทางจิตเวช (Psychiatric diagnosis) ตามการวินิจฉัย DSM 5 ดังนี้ AXIS I ความผิดปกติทางจิตเวชคลินิกที่แสดงโรคในผู้ป่วย AXIS II ความผิดปกติทางบุคลิกภาพหรือปัญญาอ่อน AXIS III โรคที่เกี่ยวกับอาการทางกาย หรือการเจ็บป่วยไม่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวช AXIS IV ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือทางจิตสังคมที่ก่อให้เกิดโรคจิตเวช ส่วน AXIS V ใช้ Global Assessment of Functioning (GAF) Scale เพื่อประเมินความเจ็บป่วยทางจิตที่อาจร้ายแรง วัดว่าอาการส่งผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดในระดับ 0 ถึง 100 คะแนน หากคะแนนมากแสดงถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิต ข้อมูลทั้ง 5 ด้านเป็นส่วนที่อธิบายและพิจารณาวางแผนในการบำบัด

4. การพัฒนาและความคิด (Development profile and cognitive profile) เป็นข้อมูลที่ช่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการความคิด ชนิดของปัญหาจากเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมา การใช้ยาเสพติดตามความเชื่อที่อธิบายในการบำบัด

โครงสร้างของการบำบัด (Structure of the Therapy Session) ประกอบด้วย

1. **การเลือกหัวข้อ** (Setting agenda) เป็นการจัดลำดับก่อนหลังในการสอนและให้การบำบัดการติดสารเสพติด ทักษะที่ขาดหายไปจากความหุนหันพลันแล่นของการติดยาเสพติดรายบุคคลให้เหมาะสม แต่ละ session ต้องใช้เวลาในการมองหาทักษะนำมาใช้ในการบำบัดให้หายจากการติดยา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เวลาเพียงเล็กน้อยมีทักษะการแก้ปัญหาที่จึงมีกำหนดปัญหาที่ต้องแก้ไขตามลำดับ การเลือกปัญหาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยที่ดีขึ้น มุ่งเน้นเป้าหมายที่มีความเฉพาะและเน้นหัวข้อที่ความเฉพาะเจาะจงจะส่งผลต่อความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา

2. **การแลกเปลี่ยนหัวคิดที่กำหนดในวันนี้** (Discussion of today's agenda items) การบำบัดต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยแลกเปลี่ยนและซักถามตามกระบวนการบำบัดที่ตกลงกันและเรียงลำดับหัวข้อไว้แล้วในแต่ละการบำบัด ต้องคำนึงถึงลำดับความสำคัญกับหัวข้อที่กำหนดไว้หรือหัวข้อที่มีความจำเป็น เน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในหัวข้อที่ได้กำหนดไว้ การแลกเปลี่ยนให้อยู่ในหัวข้อนั้นไม่บิดเบือน การแลกเปลี่ยนมุ่งเป้าหมายไปที่หัวข้อที่ได้กำหนด หัวข้อส่วนใหญ่เป็นหัวข้อการใช้ยาเสพติด การฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวัง การพูดคุยระหว่างผู้บำบัดต้องมีข้อเสนอแนะความคิดที่มีความหมายต่อการบำบัดที่ดีที่สุดภายใต้หัวข้อที่กำหนด

3. **การตรวจสอบอารมณ์** (Mood check) อารมณ์ที่เกิดขึ้นประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวลและความสิ้นหวังในระยะที่มีตัวกระตุ้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การกลับเสพยาจึงมีความสำคัญในการติดตาม ผู้บำบัดต้องแสดงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่สิ้นหวังที่เรื้อรังและมีมุมมองที่เป็นลบในอนาคต ซึ่งอาจเป็นตัวชี้ถึงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย การตรวจสอบอารมณ์สามารถใช้เครื่องมือต่างๆในการประเมินได้ BDI BAI และ BHS ทุก session นำผลที่ได้มาแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย และทำการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้เมื่อพบว่ามีอารมณ์ในด้านที่ไม่ดี การเปลี่ยนแปลงอารมณ์มีความสำคัญในการใช้ยาและการกลับไปใช้ยาที่จะต้องมีการพูดคุยทุก session เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายด้วย

4. **การเชื่อมโยงแต่ละการบำบัด** (Bridge from last session) การเชื่อมโยงมีความสำคัญในการพูดคุยในการบำบัดมากเนื่องจากผู้ป่วยที่มีการใช้ยา สุราจะมีระเบียบความคิดที่ไม่เชื่อมโยงเนื่องจากพยาธิสภาพจำเป็นอย่างที่จะต้องมีการพูดคุย การบำบัดจะต้องมีการนำเสนอถึงการบำบัดครั้งที่ผ่านมาเชื่อมโยงกับการบำบัดครั้งนี้อย่างไร เกี่ยวโยงกับเป้าหมายของการเลิกยาเสพติดอย่างไร ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์ในการเชื่อมโยงการบำบัด ผู้ป่วยมีตอบสนองต่อเนื่องในการบำบัด โดยการถามและตอบพูดคุยในการบำบัดตั้งแต่เริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัด

5. **การใช้คำถามปลายเปิด** (Socratic questioning) เป็นวิธีการประเมินและการให้ข้อมูลเข้าด้วยกัน โดยใช้คำถามปลายเปิดเป็นตัวนำใช้ในการบำบัดตลอด session การใช้คำถามขึ้นอยู่กับกรอบคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูล ความถี่ ความรุนแรง ช่วงเวลาของปัญหาของการใช้ยาเสพติด คำถามเชื่อมโยงคำแนะนำทำให้เกิดความตระหนักเป็นการออกแบบให้เกิดความตระหนักภายในและการใช้เหตุและผลในการแสดงถึงการกระทำ คำถามจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความคิดและเพิ่มความตระหนักในการตอบคำถาม การถามคำถามปลายเปิดเป็นเทคนิคการพูดคุยในกำหนดการในการบำบัด ผู้บำบัดจะใช้คำถามช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อนำผู้ป่วยเข้าใกล้ปัญหาคัดเลือกความคิดมีเป็นปัญหาออกและเกิดแรงจูงใจเกิดความคิดและพฤติกรรมที่จะเลิกยาเสพติดเป็นกลยุทธ์ในการช่วยผู้ป่วยออกจากการใช้ยาเสพติด

6. **การสรุปความ** (Capsule Summaries) เป็นอีกขั้นตอนที่มีความสำคัญในการบำบัด การสรุปความของผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นการสรุปเมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยเสร็จ เป็นการเปิดโอกาสให้ปรับความเข้าใจให้ตรงกัน หลังการกำหนดหัวข้อการบำบัด ระหว่างการบำบัดและการสิ้นสุดการบำบัด

7. **การให้การบ้าน (Homework assignment)** การให้การบ้านเป็นการเชื่อมโยงความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดเป็นการให้คำแนะนำ และเป็นการทดสอบความเชื่อและการลงมือทำพฤติกรรมใหม่ การบ้านคือส่วนประกอบที่สำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย การบ้านที่มีการจำกัดเวลาดังนั้นการบ้านจึงมีความสำคัญเป็นพิเศษทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสนในการฝึกฝนทักษะในการบำบัดแต่ละ session การมอบหมายการบ้านเพื่อให้เกิดผลต่อการบำบัดมุ่งประเด็นที่ได้พบทวนในการบำบัดเกิดอะไรในการบำบัดมุ่งไปที่จุดนั้น ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการให้การบ้าน เช่น การให้บันทึกความคิด (Daily Thought Recorded : DTR) เป็นการทำให้เกิดความมั่นใจในการบ้านที่ได้รับมอบหมาย ผู้บำบัดยืนยันผู้ป่วยในการทำแบบฝึกหัดนั้นเกิดความคิดและพฤติกรรมใหม่ การไม่ทำการบ้านส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

8. **การสะท้อนการบำบัด (Feedback in the therapy)** การสะท้อนการบำบัดโดยผู้บำบัดเป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นในตลอดการบำบัดมีความจำเป็นในการถามผู้ป่วยถึงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้บำบัดพูด ในสิ่งที่ผู้ป่วยได้ยิน ในระยะสิ้นสุดของการบำบัดผู้บำบัดจะทดสอบถามถึงความเข้าใจของผู้ป่วยอะไรที่ได้เรียนรู้ รู้สึกอย่างไรขณะบำบัด การบำบัดเป็นอย่างไรบ้าง โดยสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยในการพูดและภาษากายที่เกิดขึ้นที่สะท้อนออกมา

กระบวนการบำบัด มี 3 ระยะ (Process of Therapy)

1. **การบำบัดเริ่มต้น (Initial sessions)** เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ มุ่งเน้นการค้นหาและให้ความหมายของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการบรรเทาอาการที่แสดง ผู้บำบัดทำหน้าที่ในการให้ความรู้ในช่วงแรก และการบำบัดทางพฤติกรรมบำบัดเพิ่ม

2. **ระยะกลาง (Middle sessions)** เป็นช่วงของการเชื่อมโยงอาการและบำบัดรูปแบบความคิดที่พบในผู้ป่วย

3. **ระยะสิ้นสุด (Termination)** เป็นช่วงปิดการบำบัดตามเวลาที่ถูกกำหนดให้สิ้นสุด

เทคนิคการบำบัดทางความคิด (COGNITIVE TECHNIQUES)

1. **การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย (Advantage-Disadvantage Analysis)** เป็นการเปรียบเทียบข้อได้เปรียบของการคงพฤติกรรมที่มีปัญหาไว้ และเปรียบเทียบข้อเสียที่ยังคงพฤติกรรมไว้ การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปัญหามีข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบอะไรบ้าง เช่น การเปรียบเทียบการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่มีข้อได้เปรียบ (ข้อดี) และข้อเสีย (ข้อเสีย) เปรียบอะไรบ้าง การหยุดสูบบุหรี่ข้อได้เปรียบ ทำให้หายใจสะดวกขึ้น กลิ่นดีขึ้น อยู่ได้นานขึ้น ประหยัด มีข้อเสียเปรียบมีอาการถอน ไม่มีวิธีจัดการกับความเครียดและความเบื่อหน่าย เสียเพื่อน การไม่หยุดสูบบุหรี่ข้อได้เปรียบ คลายเครียดกันต่อ ไม่ลำบากในการถอนยา ไม่ยุ่งยาก ข้อเสียเปรียบ การเห็นคุณค่าในตนเอง ในที่สุดจะสามารถควบคุมการตายจากการสูบบุหรี่ มีลักษณะสกปรกที่น่ารังเกียจ

2. **การระบุปัญหาและการแก้ไขปัญหาคความเชื่อยาเสพติด (Identifying and modifying drug - relate belief)** เป็นการใช้ cognitive model การอธิบายการใช้ยาเสพติด ตัวอย่าง ความเชื่อ ฉันทำงานหนักทำให้ ดังนั้นฉันต้องงานเลี้ยง (ฉลองให้หายเหนื่อย) ยาเสพติดทำให้ฉันมีความคิดที่สร้างสรรค์

3. **เทคนิคการถามแบบชี้ลูกศรลง (Downward Arrow technique)** การติดยาเสพติดทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง คิดด้านไม่ดี คิดแบบเกินความเป็นจริง ดังนั้นการตั้งคำถามเพื่อลดขนาดความคิดที่เป็นลบ ซึ่งมีขนาดใหญ่ให้มีขนาดเล็กลง การถามเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาความคิดแบบหายนะ (catastrophize) และลดความคิดนั้นจากใหญ่ให้เล็กลง

4. **บันทึกความคิดรายวัน (Daily thought Record)** เป็นเทคนิคที่เป็นรากฐานของการบำบัดทางความคิดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า วิตกกังวลและปัญหาด้านอารมณ์ เพื่อใช้ในการพิจารณาถึงความเชื่อของการใช้ยาเสพติด เช่น เมื่อผู้ป่วยบันทึกถึงอาการอยากยา ผู้บำบัดต้องช่วยผู้ป่วยจัดการกับอาการอยากเสฟและตัวกระตุ้นนั้น ๆ ด้วยการให้เหตุผลในการถามปลายเปิด ปลายปิด

5. การจินตนาการ (Imagery) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความคิด ด้วยการจินตนาการช่วยตนเองและหลีกเลี่ยงการใช้ยา การจินตนาการใช้ในผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีความคิดอัตโนมัติและอยากเสพยา

6. การติดตามกิจกรรมและการจัดตารางเวลา (Activity Monitoring and Scheduling) เป็นการบันทึกกิจกรรมและพฤติกรรมในการช่วยเหลือปัญหาการใช้ยาเสพติด ด้วยการบันทึกกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน ทำรวมกับการส่งเสริมเป้าหมายชีวิตเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาการใช้ยา สร้างพฤติกรรม งานอดิเรก การบริการชุมชน เกิดความมั่นคงทางสัมพันธภาพ การติดตามกิจกรรมและการจัดตารางเวลาเป็นกลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาและสร้างพฤติกรรมใหม่ โดยวิธีการบันทึกกิจกรรม 7 วัน ทำตารางละ 1 ชม. ใส่กิจกรรมที่ทำลงในตาราง และใส่คะแนน 0-10 0 = ไม่มี 10 = รุนแรงมากในกิจกรรมที่ทำเพื่อประเมินระดับความรุนแรง มีตัวชี้วัดด้านอารมณ์ และรางวัลในการกิจกรรม

7. การทดสอบพฤติกรรม (Behavior Experiment) เป็นการทดสอบพฤติกรรมผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างไร เช่น ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าหากไม่สูบบุหรี่จะไม่มีเพื่อน ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดแบบไม่ใช้ยาเสพติด การทดสอบพฤติกรรมถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยบอกตัวว่าไม่เสพยาบ้าแล้ว บอกคนรอบข้างว่าไม่เสพยาบ้า การจัดให้ผู้ป่วนั่งทานอาหารในร้านอาหารโดยไม่เสพยาบ้าในช่วงที่เคยเสพยาบ้า โดยเปลี่ยนความเชื่อที่ต้องการเสพยาเป็นพฤติกรรมที่ดีขึ้นไม่ต้องเสพยา

8. การสวมบทบาทและการสวมบทบาทแบบย้อนกลับ (Role play and reverse role play) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยแก้ไขการเสพติดโดยการจำลองสถานการณ์ฝึกการปฏิเสธหรือการจัดการที่ทำได้ยาก ผู้บำบัดต้องแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จเป็นตัวอย่างในการจัดการปัญหา

9. การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation training) ในผู้ป่วยยาบ้า และบุหรี่ยังจะทำให้มีอาการอยากเสพยา การฝึกผ่อนคลายจะช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการอยากยาด้วยการผ่อนคลาย เกิดความเชื่อใหม่ ผู้ป่วยผ่อนคลายสามารถจัดการสถานการณ์ที่มากระตุ้นควบคุมการเสพยาเสพติดได้

10. การแก้ปัญหา (Problem solving) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจัดการปัญหาการเสพติดให้มีการตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยมีการฝึกขั้นตอนการแก้ปัญหา มีดังนี้

1. การระบุถึงปัญหาให้ชัดเจน
2. การระดมสมองสิ่งที่เป็นไปได้
3. การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย แต่ละสถานการณ์
4. การตั้งสมมุติฐานที่ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น
5. การเตรียมการจัดการด้านพฤติกรรม การวางแผนและการฝึกปฏิบัติ
6. ประเมินการแก้ปัญหา ผู้บำบัดต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเกิดปัญหา ชีวิตเต็มไปด้วยปัญหาเป็นธรรมชาติ และสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา

11. ออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยต่อสู้กับร่างกายและสุขภาพ กระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย โดยการให้โปรแกรมออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการบำบัด และการควบคุมความโกรธและฝึกการควบคุมภายใน

12. การควบคุมสิ่งกระตุ้น (Stimulus control: trigger) เป็นการแยกตัวกระตุ้นภายใน ภายนอกและประเมินความรู้สึก และฝึกการควบคุมการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น

อ้างอิง

สุชาติ พหลภาคย์. (สิงหาคม2555). Cognitive Therapy,เอกสารประกอบการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม, กรุงเทพมหานคร:สมาคมนักจิตวิทยาไทย

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22

Beck A.T. Freeman, A., & Associates. (1990) Cognitive therapy of personality disorder. New York : Guilford

Beck A.T., Fred D.Wring, Cory F.Neman&Bruce S.Liese.(1993) Cognitive therapy of substance Abuse. New York : Guilford

Christian Otte. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence Dialogues Clin Neurosci. : 413–421.

Ellen Driessen.& Steven D. Hollon.(2010).Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators, sychiatric Clinics of North America : 537-555

<https://www.psychologytools.com/downloads/cbt-worksheets-and-therapy-resources/>

Judith S. Beck.(1995) Cognitive behavioral therapy, New York : Guilford

Nikolaos Kazantzis. (2018)The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses, Cognitive Therapy and Research.:349–357

11. แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับครอบครัวและการประเมินครอบครัว (Introduction to nature of family and family assessment)

นางอรรณู สาลี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ทำไม? เมื่อมีบุคคลติดสารเสพติด จึงต้องทำงานร่วมกับครอบครัว

- ▶ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและสมาชิกในครอบครัว
- ▶ ครอบครัวเป็นระบบรวม/หน่วยเดียวกัน เมื่อเกิดภาวะปัญหา วิกฤต หรือทำหน้าที่ไม่ได้จากภาวะการเจ็บป่วย บาดเจ็บพลัดพราก ฯลฯ ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคล/สมาชิกในครอบครัว
- ▶ ครอบครัวมีอิทธิพล/สัมพันธ์ใกล้ชิดยิ่งต่อภาวะสุขภาพ/ภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว
- ▶ การดูแลภาวะสุขภาพจะได้ผลดียิ่งเมื่อจุดเน้นอยู่ที่ครอบครัว
- ▶ การที่จะเข้าใจ “บุคคล” —————> “องค์กรวม” ต้องเข้าใจครอบครัวเพราะ ครอบครัวเป็นบริบทของบุคคล

ความหมาย/คำนิยาม ของครอบครัวและระบบครอบครัว

ครอบครัว จัดเป็นสถาบันทางสังคมที่เก่าแก่อันดับแรกของมนุษย์ เป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดในบรรดาสถาบันทางสังคมทั้งหลาย โดยมีความสำคัญและมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อมนุษย์ทุกคนนับตั้งแต่เกิดเจริญเติบโต จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ปัจจุบันได้มีการตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบริบท (Individual in his context) นอกเหนือจากการเคยมองเฉพาะบุคคล จึงช่วยให้เข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง เนื่องจากบริบทที่สำคัญของบุคคล คือ ครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2541:1) นอกจากนี้สำนักงานสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกา (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2541:2 อ้างจาก The U.S. Bureau of the Census, 1988) ได้ให้คำนิยามว่า

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องกัน โดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนหนึ่งรวมถึงผู้ที่ไม่แต่งงาน แต่งงานแล้วแต่ไม่มีลูก แต่งงานแล้วหย่าร้างหรือตายจากกันซึ่งเป็นครอบครัวที่มีลักษณะหลากหลาย

อีกนิยามของครอบครัวที่กินความหมายกว้างและเข้าใจได้ง่าย คือ นิยามของ Christie-Seely. ใน Working with the family in primary care. : A systems approach to health and illness, (1984)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มารวมตัวกัน อาจไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือ การแต่งงาน แต่ตกลงที่จะอยู่ร่วมกันและดูแลกันไปตลอด

สำหรับประเทศไทย คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ ได้จัดประชุมสมัชชาแห่งชาติเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2537 ให้คำนิยามของครอบครัวในเชิงองค์ประกอบที่บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมไว้ว่า หมายถึง การที่ชายและหญิงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับฉันท์สามีภรรยา มีความรับผิดชอบร่วมกัน แบ่งงานและหน้าที่กันตามความเหมาะสม มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งด้านการเงินอาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต มีกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ร่วมกัน และเมื่อมีบุตรธิดามากกว่าหนึ่งคน บิดามารดาก็ต้องอบรมสั่งสอนให้ลูกรู้บทบาทหน้าที่การเป็นพี่น้อง ให้รู้จักแบ่งปันดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวควรมีพื้นฐานแห่งความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน พึ่งพิงเปื้อนสายใยในการดำเนินชีวิตร่วมกัน

ประเภทของครอบครัว

แบ่งตามลักษณะองค์ประกอบของครอบครัว เป็นประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1. **ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family)** ประกอบด้วย สามี ภรรยาและลูก
2. **ครอบครัวขยาย (Extended Family)** ประกอบด้วยสามี ภรรยาและลูกรวมทั้งปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา และอาจมีญาติฝ่ายสามีและภรรยาอาศัยอยู่ร่วมกัน
3. **ครอบครัวผสม (Reconstituted Family)** ประกอบด้วยสามี ภรรยา และลูก ซึ่งเกิดจากการแต่งงานครั้งก่อนของสามีหรือของภรรยาหรือของทั้งสองฝ่าย
4. **ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (Single-Parent Family)** ประกอบด้วยพ่อหรือแม่ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวเพียงคนเดียวอาจจะเกิดจากสามีหรือภรรยาตายจากไปหรือหย่าร้างหรือถูกทอดทิ้งไป

ระบบครอบครัว (Family System)

ประกอบด้วยหลายระบบย่อย คือ ระบบย่อยแห่งบุคคล (Individual Subsystem) ระบบย่อยสามีภรรยา (Spousal Subsystem) ของพ่อแม่ (Parental Subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) ส่วนระบบใหญ่ที่ครอบคลุมระบบครอบครัวอีกทีนั้น ได้แก่ ชุมชน สังคม และประเทศชาติตามลำดับครอบครัวเป็นระบบที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน เกิดเป็นระบบใหม่ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะของบุคคล และลักษณะนี้ก็ไม่ใช้การรวมตัวของหลายบุคลิกภาพเข้าด้วยกันตัวอย่างของสิ่งที่เกิดเฉพาะครอบครัว เช่น การเข้าพวกกัน (Coalition) เมื่อบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวเกิดความขัดแย้งกันก็จะเกิดการเข้าพวกกันขึ้นมา แม่เข้ากับลูกเพื่อต้านพ่อ เป็นต้น เมื่อหน่วยหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้เกิดความเครียดในระบบขึ้นและมีผลทำให้หน่วยย่อยอื่น ๆ และระบบทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วยและการเปลี่ยนแปลงในระบบรวมก็จะมีผลต่อระบบหน่วยย่อยแต่ละหน่วยเช่นกัน ลักษณะที่สำคัญของระบบครอบครัว ได้แก่

1. **ครอบครัวมีความเป็นพลวัตร (Dynamic)** หมายถึง ครอบครัวมีคุณสมบัติมีชีวิตในฐานะที่เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต นั่นคือ มีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลง และการเคลื่อนไหวต่างๆ มีการเกิดการเติบโต การพัฒนาอย่างมีทิศทาง มีความทุกข์ ความสุข มีการเริ่มต้น การถดถอยและการสิ้นสุดแต่ละครอบครัวต่างก็มีรายละเอียดบนหน้าประวัติศาสตร์ของตนเองโดยเฉพาะซึ่งแตกต่างไปจากครอบครัวอื่น ๆ อย่างมากมาย

2. **ครอบครัวมีความเป็นระบบ (System)** หมายถึง ครอบครัวเกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน เกิดเป็นระบบใหม่ คือ ระบบครอบครัวซึ่งประกอบด้วยหลายระบบย่อย (subsystem) ได้แก่ระบบย่อยของบุคคลของสามี ภรรยา ของพ่อแม่และพี่น้อง ภายในระบบย่อยจะบ่งบอกถึงตำแหน่งของสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งอื่น ๆ และระบบทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของระบบรวมก็จะส่งผลกระทบต่อหน่วยย่อยแต่ละหน่วยเช่นกัน ดังนั้นการเข้าใจครอบครัวอย่างลึกซึ้ง ก็ต้องพิจารณาสมาชิกแต่ละคน และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกนั้นกับสมาชิกอื่นภายในครอบครัวด้วย ระบบครอบครัวจัดเป็นระบบกึ่งปิด ซึ่งให้เห็นว่าครอบครัวไม่ได้โดดเดี่ยว แต่จะมีการเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาครอบครัวจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บทบาทของสมาชิกครอบครัว จะได้รับผลกระทบจากระบบต่าง ๆ ภายในสังคม เช่น ระบบชุมชนระบบโรงเรียน ระบบสถาบันศาสนา และอื่น ๆ

3. **ครอบครัวเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction)** หมายถึง การมีสมาชิกมากกว่า 1 คน มาอยู่ร่วมกัน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงของสภาพต่าง ๆ ที่สมาชิกเป็นอยู่ และกำลังกระทำอยู่ ซึ่งแต่ละคนก็ยังถือว่ามีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง ครอบครัวจึงได้รับผลกระทบจากสมาชิกทั้งในปัจจุบันและอนาคต การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีลักษณะการโต้กลับไปกลับมา และมีกฎควบคุมชีวิตครอบครัว (Family rules) อยู่ ทั้งที่เป็นสากลและยอมรับกันทั่วไปในทุกสังคม

คุณสมบัติของระบบครอบครัว

เมื่อพิจารณาระบบครอบครัวจะพบว่า ครอบครัวมีคุณสมบัติของระบบทางชีวภาพ ดังที่กล่าวมาอย่างคร่าวๆ (กรมสุขภาพจิต, 2542 : 17 อ้างจาก Minuchin, 1974) นั่นคือ

(1) **ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม (Open Socio-Cultural System)** ระบบครอบครัวที่ปกติจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและสื่อสารกับระบบภายนอกอยู่เสมอ นอกจากนี้ระบบครอบครัวยังได้รับแรงกระทบจากภายนอกตลอดเวลา เช่น ค่านิยมจากโรงเรียน ที่ทำงาน และระบบ เศรษฐกิจ ของประเทศ เป็นต้น

(2) **ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง (Transformation)** ตลอดเวลาและจะมีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง ผ่านจากวงจรชีวิตตอนหนึ่งไปยังอีกตอนหนึ่ง เช่น จากครอบครัวที่เพิ่งแต่งงานไปสู่ครอบครัวที่มีลูกเล็ก ครอบครัวที่วัยรุ่น และครอบครัวที่ลูกเติบโตเป็นผู้ใหญ่ควรแยกเรือนออกไปในที่สุด

(3) **ครอบครัวมีการจัดระบบภายในเพื่อความสมดุล (Homeostasis)** เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีเสถียรภาพอย่างต่อเนื่อง

(4) **ครอบครัวมีการสื่อสาร (Communication)** ทั้งระหว่างระบบย่อยภายในครอบครัวเองและกับระบบภายนอก

(5) **ครอบครัวที่มีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ (Rules of family)** กฎจะควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อความคงอยู่ดังข้อที่ 3 นอกจากนี้ในวงจรชีวิตแต่ละตอน ครอบครัวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนกฎเหล่านี้ให้เหมาะสมอยู่เสมอ ผู้ที่มีอำนาจควบคุมสูงสุด (Highest hierarchy หรือ highest authority) มักจะเป็นผู้ออกกฎและควบคุมกฎของครอบครัว

(6) **ครอบครัวมีขอบเขตของตนเอง (Boundaries)** ทั้งระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันเองระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่น ๆ ถ้าขอบเขตไม่ชัดเจนหรือสับสน จะส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพและพัฒนารอบครอบครัวได้ ลักษณะของขอบเขตมีได้ 3 แบบ คือขอบเขตพร่าเลือน (diffuse boundaries), ขอบเขตเข้มงวด (rigid boundaries) และขอบเขตชัดเจน (clear boundaries)

การทำหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวจะดำรงหรือพัฒนาการได้อย่างเหมาะสมและปกติสุขมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด แนวคิดที่อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่นิยมใช้กันแพร่หลาย ที่จะกล่าวถึงในนี้คือ แนวคิดแบบ Mc Master Model ของ แอฟสแตนและคณะ (กรมสุขภาพจิต, 2542 : 19 อ้างจาก Epstein, et al, 1982) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว Mc Master Model of Family Functioning (MMFF) ตาม MMFF ครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open) System) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอัน ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (Individual Subsystem) คู่สมรส (Spousal Subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) ที่ไม่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหา MMFF แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. **การแก้ปัญหา (Problem Solving)** หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกัน บางครอบครัวจะแก้ปัญหาก็เกี่ยวกับวัตถุได้หมด แต่อาจแก้ปัญหาทางอารมณ์ ได้ลำบากครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จะแก้ปัญหาย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ปัญหาที่มีมักเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรังที่แก้ไม่ได้เสียทีในทางตรงข้าม ครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักแก้ปัญหาย่างไม่เป็นระบบ ไม่เสร็จสิ้นไปเป็นเรื่อง ๆ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน การสื่อสารมีสองแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารแบบแรกเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่าอย่างใดก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้น แม้เนื้อหาจะไม่เด่นชัด แต่เป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้สีหน้าแววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้นเนื้อหาของสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุและการดำเนินชีวิตประจำวัน และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุไม่ดีก็มักจะมีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสาร ได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อม จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อกลับมาแบบเดียวกันในครอบครัวปกติความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป บางครอบครัวการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมายแต่ก็จะเป็นอยู่ช่วงสั้น ๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

3. บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้านเช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาทพื้นฐานและบทบาทอื่น ๆ

3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข นั่นคือ การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การพุ่มพักเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรสการช่วยพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้สมาชิก

3.2 บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว จึงอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เช่น ลูกชายที่เรียนเก่งและได้รับทุนไปเรียนต่อต่างประเทศ บทบาทของลูกชายก็นำชื่อเสียงเกียรติยศมาสู่ครอบครัวการประเมินว่าบทบาทในครอบครัวเป็นไปได้ดีหรือไม่จะต้องพิจารณา 2 ด้าน คือ

(1) การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role Allocation) หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่ที่จำเป็นทุกด้านอย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหาจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม

(2) การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (Role Accountability) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิก รับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ที่ครบถ้วนหรือของตนนั้น คือ ครอบครัวต้องมีวิธีตรวจสอบว่าสมาชิกแต่ละคนทำหน้าที่ที่ครบถ้วนหรือไม่ เช่น พ่อตรวจสอบว่าลูกทำงานตามที่มอบหมายหรือไม่ และถ้าไม่ทำจะมีบทลงโทษอย่างไรบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่ง จะต้องสอดคล้องกับของผู้อื่นด้วยภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้อีกต่อเมื่อมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างครบถ้วน

4. การตอบสนองต่ออารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีทั้งอารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวกแต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ภรรยาไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อสามีได้ เพราะกลัวสามีจะไม่พอใจ หรือลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงพ่อที่เสียชีวิตไป เพราะเกรงจะสะเทือนใจแม่ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัดและมีปัญหาบุคลิกภาพ

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าซึ่งของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับคือ

5.1 ปราศจากความผูกพัน (Disengagement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

5.2 ผูกพันอย่างมีความเข้าอกเข้าใจความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง (Emphatic involvement) โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่งความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุดเพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์อีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

5.3 ผูกพันมากเกินไป (Over-involvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างป้องกันหรือจู้จี้จ้านเกินไปจนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัว

5.4 ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Enmeshment) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนกระทั่งเหมือนกับทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคน (Personal Boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกการควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่นพฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

6.1 พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน นอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว เป็นต้น

6.2 พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูงหรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น

6.3 พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน

6.4 การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

กฎแห่งระบบครอบครัว (Family rules)

ระบบจะดำรงอยู่ได้ต้องมีวิถีปฏิบัติที่เป็นรูปแบบแน่นอน หรือที่เรียกว่า “กฎ” คอยควบคุมอยู่ โดยเฉพาะกฎแห่งโครงสร้างและกฎแห่งหน้าที่ ครอบครัวก็เช่นกัน เมื่อบุคคลมาอยู่ร่วมกันก็ต้องมีการกำหนดกฎขึ้นมา อาจเป็นการกำหนดโดยชัดเจน (Explicit Rule) มีการปรึกษาพูดคุยกันว่าในบ้านควรมีกฎอะไรบ้าง เช่น พ่อแม่วางกฎว่า ลูกจะต้องกลับบ้านทันทีหลังเลิกเรียน เป็นต้น แต่กฎส่วนใหญ่ในครอบครัวไม่มีการกำหนดชัดเจน (Implicit Rule) คือไม่มีการพูดคุยตกลงกัน แต่เป็นที่เข้าใจและยอมรับกันโดยปริยาย เช่น กฎที่ว่า ลูกต้องเชื่อฟังพ่อแม่หรือความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างพ่อกับลูกเป็นสิ่งที่ต้องห้าม ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีวิถีปฏิบัติที่เป็นรูปแบบแน่นอน แม้ในครอบครัวที่มีปัญหายุ่งเหยิงก็จะมีวิถีปฏิบัติที่เป็นลักษณะเฉพาะวิถีปฏิบัติหรือกฎเหล่านี้มีขึ้นเพื่อควบคุมให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปในขอบเขตหนึ่งและไม่ให้เกินเลยไปกว่านั้น จนทำให้ครอบครัวเสียสมดุลได้ กฎต่าง ๆ ภายในครอบครัวจะต้องมีความยืดหยุ่น และเปลี่ยนไปตามพัฒนาการแต่ละระยะ ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อครอบครัวไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอ ไม่ยอมปรับเปลี่ยนกฎให้เหมาะสมกับสถานะและกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

ระดับความมีประสิทธิภาพของครอบครัว (Family Functioning)

โกลเดินเบิร์กและโกลเดอเบิร์ก (เมธินันท์ ทัศนุชน, 2539 : 8 อ้างจาก Goldenberg & Golderberg, 1980) ได้จำแนกระดับความมีประสิทธิภาพของครอบครัว (Family Functioning) ออกเป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ครอบครัวที่หน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับสูงมาก (Optimally Functional Families) บางครั้งอาจจะเรียกให้อีกอย่างหนึ่งว่าครอบครัวที่สมบูรณ์ (Healthy Family) จะมีลักษณะเด่น ๆ หลายประการ

- การแสดงออกถึงความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน เปิดเผยเห็นอกเห็นใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจะรู้สึกว่าคุณค่าความคิดเห็นของตนเองมีความสำคัญ และในทำนองเดียวกันก็เห็นคุณค่าและความสำคัญของสมาชิกของคนอื่น ๆ ดังนั้นจึงไม่มีลักษณะที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวมีอำนาจทางความคิดเห็นผู้อื่น หรือเผด็จการ สมาชิกครอบครัวมีความเป็นอิสระ ที่จะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของคนอื่น ๆ แม้กระทั่งบางครั้งอาจนำมาซึ่งความขัดแย้งก็ตามทุกคนในครอบครัวสามารถ ที่จะริเริ่มและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทของพ่อแม่ในครอบครัวแบบนี้จะไม่เป็นแบบเผด็จการ การแสดงความคิดเห็น และการต่อรองของลูก ๆ ถือเป็นเรื่องปกติ ดังนั้น จึงไม่เกิดบรรยากาศในลักษณะของการเอาชนะกันระหว่างพ่อแม่และลูก ๆ ในครอบครัว

- สมาชิกในครอบครัวจะมีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เคารพในความแตกต่างของผู้อื่นและขอบเขต (Boundary) ของความเป็นบุคคลมีความชัดเจนหากมีการสูญเสียหรือต้องแยกย้ายจากกัน
- สมาชิกในครอบครัวก็สามารถปรับตัวได้อย่างสมเหตุสมผล สามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการต่าง ๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น การแก่ชรา การตายที่เกิดขึ้น
- มีการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา เปิดเผย มีอารมณ์ขัน มีบรรยากาศที่อ่อนโยน อบอุ่น และเต็มไปด้วยความหวัง และครอบครัวที่มีลักษณะเช่นนี้จะพัฒนาหล่อหลอมเด็กให้เป็นคนมีความสามารถ และปรับตัวได้ดี เมื่อเขาเหล่านั้นโตขึ้น และมีสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอกกว้างขวางขึ้น เขาก็สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพกับสังคมภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

กลุ่ม 2 ครอบครัวที่หน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับปานกลาง (Moderately Dysfunctional Families)

ครอบครัวลักษณะที่ 2 นี้ หน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าครอบครัวแบบแรก ครอบครัวแบบนี้มักจะพบกับปัญหาและความลำบากในการทำหน้าที่โดยปกติของครอบครัว เด็กที่มาจากครอบครัวแบบนี้มีปัญหาไม่รุนแรงมากนัก เมื่อเทียบกับเด็กที่มาจากครอบครัวแบบที่ 3 ซึ่งปีเวอร์ส กล่าวว่า มักจะพบครอบครัวลักษณะนี้จำนวนมากที่สุดในสังคมเมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดกับต่ำสุด ปีเวอร์ส อธิบายถึงครอบครัวที่มีหน้าที่ของครอบครัวในระดับปานกลางว่า

- ส่วนใหญ่มีลักษณะที่บทบาทและขอบข่ายของพ่อแม่และลูกไม่ชัดเจน ไม่คงที่ การปกครองและการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัวคลุมเครือ ซึ่งเกิดจากการใช้คำว่า ควรจะ (should) และน่าจะ (ought) จึงทำให้เป็นการยากที่จะปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัวได้อย่างถูกต้องทุกประการ
- การปกครองมักใช้การขู่ให้กลัวแทนที่จะเป็นการต่อรองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- แต่ละคนพยายามหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อความรู้สึกความคิดและการกระทำ
- ไม่ยอมรับกับพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว ตัวอย่างเช่น แม่ทำตัวแข่งกับลูกสาววัยรุ่นเพื่อจะดูว่าใครมีเสน่ห์มากกว่ากัน การแข่งขันและความขัดแย้งที่มีอยู่เป็นนัย ๆ และความขัดข้องใจถือเป็นเรื่องปกติละเกิดขึ้นประจำในการเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว

เด็กที่เจริญเติบโตมาจากครอบครัวแบบนี้ มักจะมีทัศนคติและความคิดเห็นแคบและจำกัดตัวอย่างเช่น จะมีความเห็นว่าผู้ชายต้องเข้มแข็ง แข็งแรง เป็นฝ่ายรุกเป็นฝ่ายกระทำ เป็นที่พึ่งและประสบความสำเร็จในเรื่องการหาเงิน ไม่ต้องสนใจเรื่องความรู้สึกและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันผู้หญิง คือ เพศที่อ่อนแอ มีอารมณ์อ่อนไหวเอื้ออาทรผู้อื่น และเป็นฝ่ายที่พึ่งพาบุคคลอื่นทัศนคติเกี่ยวกับบทบาท ของเพศลักษณะนี้ผนวกกับความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัวที่ผิด ๆ ไม่ช่วยให้สมาชิกของครอบครัวพัฒนาและปรับตัวที่จะเกี่ยวข้องกับสังคมภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เมธินันท์ ภิณญชน, 2539 : 10 อ้างอิงจากBeavers, 1977)

เมื่อถึงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวลักษณะที่ 2 นี้เข้าสู่วัยรุ่น และจะต้องแยกออกจากครอบครัวไปเพื่อการศึกษาหรือการทำงาน จะเกิดปัญหาใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเรียกว่า การยึดติดกับครอบครัวมากเกินไป (Centripetal Style) วัยรุ่นจะประสบความตึงเครียดที่จะต้องแยกจากครอบครัวที่เรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเองเพราะความคุ้นเคยที่ตนเองได้รับจากครอบครัว ครอบครัวเคยเป็นแหล่งที่ให้อุปการะที่ตนเองต้องการ การแยกออกมาเป็นอิสระมาติดต่อกับโลกภายนอกลำพังตัวเองเป็นความน่ากลัวและยากลำบาก ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอาการทางประสาท (Neurotic) ในบุคลิกภาพของวัยรุ่นที่อยู่ในสภาพอย่างนี้ได้ ลักษณะที่ 2 เรียกว่าการยึดติดกับสังคมภายนอกมากเกินไป (Centrifugal Style) วัยรุ่นที่อยู่ในสภาพการณ์นี้จะพบว่าแหล่งที่มาชดเชยสิ่งที่ตนเองไม่ได้รับในครอบครัว คือ สังคมภายนอก ดังนั้น สมาชิกครอบครัวลักษณะนี้จะห่างเหินจากครอบครัว ไม่รับรู้ความขัดแย้งของครอบครัว มองหาเพื่อนเป็นแหล่งบรรเทาทุกข์แทนที่จะเป็นการเหนียวรั้ง ผู้รักเด็กเอาไว้กับครอบครัวแบบครอบครัวลักษณะแรก ครอบครัวลักษณะที่ 2 นี้จะดูเหมือนกับขับไล่เด็กให้ออกจากบ้านไปก่อนที่จะถึงวัยอันสมควร หรือมีวุฒิภาวะพอที่จะดูแลตัวเองได้สัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นกับคนภายนอกก็อาจมีลักษณะผิวเผินและนำไปซึ่งการมีปัญหาด้านพฤติกรรมได้

กลุ่มที่ 3 ครอบครัวที่มีหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับต่ำมาก (Severely Dysfunctional Families)

ในทฤษฎีระบบครอบครัวที่มีหน้าที่บกพร่องมากที่สุดหรือประสิทธิภาพต่ำที่สุดว่าเป็นระบบปิด (Closed Systems) เพราะมีการติดต่อกับโลกภายนอกน้อยมาก ขอบข่าย และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวก็ยุ่งเหยิง ไม่เป็นระเบียบ บรรยากาศของครอบครัวก็ขาดความยืดหยุ่นครอบครัวประเภทนี้ผนวกกับสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว 2 ลักษณะที่กล่าวแล้วคือลักษณะการยึดติดกับครอบครัวมากเกินไป (Centripetal Style) และลักษณะการยึดติดกับสังคมภายนอกมากเกินไป (Centrifugal Style) จะส่งผลทางลบของสมาชิกในครอบครัวอย่างมากดังต่อไปนี้

(1) ครอบครัวที่มีหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับต่ำที่สุด (Severely Dysfunctional Families) และลักษณะการยึดติดกับครอบครัวมากเกินไป (Centripetal Style) จะทำให้เด็กที่เติบโตมาในสภาพเช่นนี้ มีแนวโน้มที่จะเป็นจิตเภทแบบ Process Schizophrenia สูงมากซึ่งจะมีการแยกตัวจากสังคม ขาดการรับรู้และตอบสนองทางอารมณ์กับผู้อื่นตั้งแต่ยังเป็นเด็ก และเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการติดต่อกับสังคม ขอบข่ายและบทบาทของพ่อแม่มีน้อยมาก การเรียนรู้เกี่ยวกับการ เป็นผู้นำจึงขาดหายไป ไม่รู้ว่าใครปกครองใคร ไม่รู้ว่าใครเป็นพ่อแม่ ใครเป็นลูก บรรยากาศภายในครอบครัวเช่นนี้ไม่ช่วยให้เด็กเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง (Autonomous) ครอบครัวลักษณะนี้ นิยามความใกล้ชิดภายในครอบครัว (Family Closeness) ว่าเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวคิดเหมือนกันและรู้สึกเหมือนกัน จึงไม่มีการส่งเสริมให้แต่ละคนมีความเป็นตัวของตัวเอง ดังนั้น เด็กจึงไม่สามารถพัฒนาเอกลักษณ์เฉพาะตัว และไม่สามารถเข้าใจว่า บทบาทและขอบข่ายของตนเองแตกต่างไปจากสมาชิกครอบครัวอื่นๆ อย่างไรในขณะเดียวกันการที่ครอบครัวมีลักษณะที่เป็นระบบที่ปิด (Closed Systems) ก็ยิ่งทำให้ครอบครัวไม่มีสัมพันธ์ภาพกับสังคมภายนอก การสื่อสารภายในครอบครัวก็ไม่ดี สับสน การต่อรองระหว่างสมาชิกในครอบครัวก็ไม่มีขาดความอบอุ่นในครอบครัว ไม่มีการยอมรับว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง เพราะเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างและทุกคนในครอบครัวคงที่เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

(2) ครอบครัวที่มีหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับต่ำที่สุด (Severely Dysfunctional Families) และมีลักษณะการยึดติดกับสังคมภายนอกมากเกินไป (Centrifugal Style) จะทำหน้าที่เติบโตมาจากการเลี้ยงดูแบบนี้มีแนวโน้มที่จะพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ใจดำขาดความรับผิดชอบ เข้าข้างตัวเอง หุนหันพลันแล่น ถึงจะได้รับการลงโทษก็มักไม่ดีขึ้น โหดเหี้ยมและไม่ละอายอาชญากรรมส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีลักษณะนี้ บรรยากาศในครอบครัวประเภทนี้มักจะมีการ ไม่ลงรอยกันบาดหมางใจกันอย่างเปิดเผยและทำร้ายกัน เพราะความไม่มั่นคงของครอบครัว ไม่มีใครในครอบครัว รับบทบาท ขอบข่าย และหน้าที่ของตัวเองอย่างชัดเจนแม้กระทั่ง พ่อแม่ การเป็นผู้นำเปลี่ยนได้ทุกนาที่การทะเลาะวิวาท การตำหนิตติเตียน การขู่ ทำให้เกิดความสับสน ยุ่งเหยิงและความไม่เป็นอันหนึ่ง อันเดียวกัน ในการสื่อสาร มักพูดจากันคนละเรื่อง เด็กในครอบครัวแบบนี้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ทำผิดกฎหมาย

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่มีความเกี่ยวข้องกันด้านจิตวิทยา ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ กับลูก ซึ่งบาร์มรินด์ (Baumrind Cited in Mussen, 1990 :147-152 อ้างถึงในศุภาศิริ การิกายุจน์, 2541: 47-48) ได้แบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูลูก ออกเป็น 3 แบบ คือ

1. **การอบรมเลี้ยงดูแบบอัตตาริปไตย (Authoritarian)** เป็นการอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบที่พ่อแม่ใช้เหตุผลกับลูกน้อย มักใช้อำนาจในการอบรมลูก (Power Assertive Discipline) รวมทั้งให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจกับลูกน้อย และมักไม่กระตุ้นให้ลูกได้พูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจ หรือกฎเกณฑ์ใด ๆ ของตนเอง พ่อแม่กลุ่มนี้มักใช้อำนาจอย่างอิสระ พยายามให้ลูกเชื่อฟังตนเสมอ มักวางกฎเกณฑ์ให้ลูก และคาดหวังว่าลูกจะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์นั้น โดยไม่มีข้อโต้แย้งใด ๆ ลูกจะต้องเชื่อฟัง และให้ความเคารพนับถือพ่อแม่

2. **การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจอย่างมีเหตุผล (Authoritative)** เป็นการอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบที่พ่อแม่มีการควบคุมลูกและเรียกร้องให้ลูกมีวุฒิภาวะ เช่นเดียวกับแบบแรกแต่การควบคุมจะมีความยุติธรรมมากกว่า โดยที่พ่อแม่จะมีการสื่อสารที่ดี และมีการสื่อสารที่ชัดเจนกับลูก พ่อแม่จะมีการกระตุ้นให้ลูกได้พูดคุยอย่างยุติธรรมในการตัดสินใจใด ๆ ของตนเองรวมทั้งให้เหตุผล ให้คำอธิบายเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้วางไว้ และเปิดโอกาสให้ลูกได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง โดยพ่อแม่พยายามตอบสนองความต้องการ และความปรารถนาของลูกเท่าที่จะเป็นไปได้ และอย่างเหมาะสม เคารพในสิทธิและความคิดเห็นของลูก ทำให้ลูกมีความมั่นคงในความคิดของตนเอง

3. **การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยตามใจ (Indulgent - Permissive)** เป็นการอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบที่พ่อแม่ให้อิสระกับลูก และมักไม่เรียกร้องให้ลูกมีวุฒิภาวะ หรือควบคุมลูก พ่อแม่จะให้ความรักความอบอุ่น และตามใจลูกมาก รวมทั้งการไม่ใช้การควบคุมลูก พ่อแม่จะขาดการอบรมลูก ยอมให้ลูกควบคุมตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พ่อแม่จะมีความอดทนต่อพฤติกรรมของลูกอย่างมาก และไม่คอยลงโทษลูก

การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหา (Coping Stances)

การปรับตัว คือ รูปแบบการแสดงออกของบุคคลยามที่เขาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เขา มองว่าเป็นปัญหา เป็นกลไกการป้องกันตนเองตามแบบของ Satir มีจุดประสงค์เพื่อให้ตนสามารถพ้นจากความรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า เป็นการปกป้องคุณค่าของตนเองเอาไว้ เพื่อสร้างความภูมิใจให้กับตนเอง รวมไปถึงเพื่อเป็นการสร้างคุณค่าให้กับตนเอง โดยการต่อต้านทั้งทางคำพูดและทางท่าทาง แบ่งเป็น 4 ประเภทได้แก่

1. **ผู้ตำหนิ (Blaming)** เอาแต่ใจตัวเอง (self) ตำหนิคนอื่น (others) บงการคนอื่น มีบุคลิกภาพเป็นแบบพวกที่ชอบสั่งคนอื่น คิดว่าทุกอย่างเป็นหน้าที่ของตน โทษคนอื่น มีความคาดหวังทั้งต่อตนเองและผู้อื่นสูง ชอบแนะนำ ชอบตัดสิน ให้ความสำคัญกับตนเองมากกว่าสิ่งอื่นใด มักจะเสียงดัง ตะคอก ตะโกน ชู ไม่รับฟังความเห็นของคนอื่น วิจารณ์คนอื่นเป็นประจำ ข้อดีคือ เป็นคนที่กล้าแสดงออก มีความเป็นผู้นำสูง มีพลัง และมีความคิดสร้างสรรค์ จะเข้าถึงได้ง่ายโดยผ่านทางเรื่องความคาดหวังทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และที่ผู้อื่นมีต่อตน

2. **ผู้ยอม (Placating)** ละเลยตัวเอง (self) ให้ความสำคัญต่อบริบท (context) และผู้อื่น (others) มีบุคลิกภาพที่อ่อนไหว มักแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการยอมตามใจผู้อื่น ต้องการคนเข้าใจสูงใจดี ไวต่อความรู้สึก คิดถึงคนอื่น และบริบทรอบข้างจนลืมความรู้สึกของตัวเองทำให้เก็บกดในที่สุด มักจะไม่กล้าตัดสินใจ ฟังฟังมากเกินไป ขอร้อง อ่อนวอน และโทษตนเอง ข้อดีคือเป็นคนที่ยืดหยุ่น มักดูแลผู้อื่นได้ดี จะเข้าถึงได้ง่ายโดยผ่านทางเรื่องอารมณ์และความรู้สึกของเขา

3. **จอมหลักการ (Super-Reasonable) ให้ความสำคัญกับบริบท (context)** ความถูกต้อง ความสมเหตุสมผล ละเลยความรู้สึกและความต้องการของตนเอง (self) และผู้อื่น (others) มีบุคลิกภาพเป็นแบบคนฉลาด มีหลักการ มีเหตุและผลเสมอ ยึดหลักของเหตุและผลจนลืมนึกถึงอารมณ์ความรู้สึกทั้งของตนเองและของผู้อื่น ไม่ยืดหยุ่น ชอบชี้แนะ เจ้ากี้เจ้าการ จริงจังกับชีวิต ข้อดีคือ เป็นคนฉลาด ลงรายละเอียด แก้ปัญหาได้เก่ง มีเหตุมีผล จะเข้าถึงได้ง่ายโดยผ่านทางคำถามเกี่ยวกับความคิดการรับรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ที่ตนสัมผัส

4. **นักเฉไฉ (Irrelevant) อารมณ์อ่อนไหว ไม่มีความแน่นอน ไม่สนใจทั้งตนเอง (self) ผู้อื่น (others) และเรื่องราวที่เกิดขึ้น (context)** เพราะไม่ต้องการรับรู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น มีบุคลิกภาพแบบหนีปัญหาอย่างชัดเจน เมื่อต้องเผชิญกับปัญหานักเฉไฉมักจะทำทุกวิถีทางที่จะไม่ต้องเผชิญกับปัญหา ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนเรื่องคุย ออกไปจากบ้าน ทำเป็นไม่สนใจ นักเฉไฉจะ มักมีบุคลิกภาพแบบกระตือรือร้นมากเกินไป เหลวไหล ดิ้นรน ไขว่คว้าความรู้สึกเล็ก ๆ จะรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เศร้า และวิตกกังวล ข้อดีคือ เป็นคนที่มีอารมณ์ขัน มีความคิดสร้างสรรค์ ตลก และยืดหยุ่น จะเข้าถึงได้ง่ายโดยผ่านทางความรู้สึกในร่างกาย การสัมผัสร่างกาย และการใช้กิจกรรมด้านกายภาพแต่ละคนอาจจะมีการปรับตัวทั้ง 4 แบบ ผลัดเปลี่ยนไปมาได้ แต่มักจะคุ้นชินกับแบบใดแบบหนึ่งและแสดงออกลักษณะแบบนั้นออกมาโดยไม่รู้ตัว แต่จะมีสถานะที่มีการปรับตัวแบบทำให้เกิดการแก้ปัญหาแบบ win-win คือ ได้ประโยชน์ทุกฝ่าย ไม่เกิดความขัดแย้ง หรือ อารมณ์โกรธเคืองต่อกันเรียกว่า **Congruence (ความลงรอยกัน)** ซึ่งหมายถึง **การเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจบริบทหรือสถานการณ์รอบข้าง เลือกคิด/ทำที่ให้เกิดประโยชน์เหมาะสมที่สุด ณ เวลานั้น** การเลือกกระทำในสิ่งที่เหมาะสมจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี ความรู้สึกที่ดี เกิดคุณค่าแก่จิตใจ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการแก้ไขปัญหา ความเข้าใจอกเข้าใจเหตุผล อารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ในปัจจุบันขณะ มีสติและปัญญาในการจัดการปัญหา เลือกทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ทุกฝ่ายยอมรับเป็นอย่างดี

เครื่องมืออย่างง่ายในการประเมินครอบครัว

1. แผนผังครอบครัว (Family Genogram)

แผนผังครอบครัวเป็นเครื่องมือที่แพทย์และบุคลากรการแพทย์ใช้ เพื่อสรุปข้อมูลครอบครัวของผู้ป่วย ให้เหลือเพียงหนึ่งหน้ากระดาษ โดยแผนผังครอบครัวมีข้อมูลด้านพันธุกรรมและข้อมูลความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในภาษาไทย มีคำเรียกแผนผังครอบครัวหลายคำได้แก่ แผนผังครอบครัว ผังเครือญาติสำหรับภาษาอังกฤษได้แก่ family tree, family pedigree และ genealogic chart

แผนผังครอบครัวจะต้องสามารถบอกความเสี่ยงทางพันธุกรรมได้ชัดเจน และสามารถบอกแนวโน้มการเจ็บป่วยซึ่งพบได้บ่อยในสมาชิกของครอบครัว นอกจากปัญหาทางด้านพันธุกรรมแล้วแผนผังครอบครัวยังสามารถเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมลักษณะและพฤติกรรมของครอบครัว ที่จะสามารถทำนายปัญหาในอนาคตของครอบครัวได้ ตัวอย่างโรคที่เห็นแนวโน้มความเสี่ยงได้ชัดจากการเขียนแผนผังครอบครัว ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด

แพทย์ที่พบกับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการทำความเข้าใจหรือรู้จักระบบครอบครัว (Family system) ของผู้ป่วย อาจจะเริ่มโครงสร้าง genogram ง่าย ๆ กับผู้ป่วยใหม่ เช่น ถามจำนวนสมาชิกของครอบครัว มีใครอาศัยภายในบ้านเดียวกัน ชนิดของความเจ็บป่วยในครอบครัวมีอะไรบ้าง เป็นต้น ระหว่างที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก แพทย์อาจเขียนผัง genogram 2 generations หรือสมาชิกของครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ ข้อมูลที่ขาดอาจเพิ่มทีหลังได้เมื่อจำเป็น การเขียนผัง genogram และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ประกอบด้วย 3 generations มักใช้เวลา 20-30 นาที

วัตถุประสงค์ของการเขียนแผนผังครอบครัว คือ

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างครอบครัว (family structure)
2. เพื่อระบุวงจรชีวิตของครอบครัว (family life cycle stage)
3. เพื่อรูปแบบที่ซ้ำซ้อนที่ผ่านมายังรุ่นต่างๆ (pattern repetition across generation)
4. เพื่อศึกษาเหตุการณ์ชีวิตและหน้าที่ครอบครัว (life events and family functioning)
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ภาพและความขัดแย้ง (relationship patterns and triangles ความสมดุลย์และไม่สมดุลของครอบครัว (family balance and imbalance)
6. เพื่อแสดงการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในครอบครัว (genetic purpose)

ข้อดีของแผนผังครอบครัว

- ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการ
- ช่วยทบทวนความจำของทีมสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลครอบครัว
- ช่วยให้ทีมสุขภาพค้นหาความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว
- ช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจชีวิตของผู้รับบริการมากขึ้น
- ช่วยให้ทีมสุขภาพค้นหาศักยภาพของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวที่จะมาช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อให้ผลการดูแลรักษาดีขึ้น

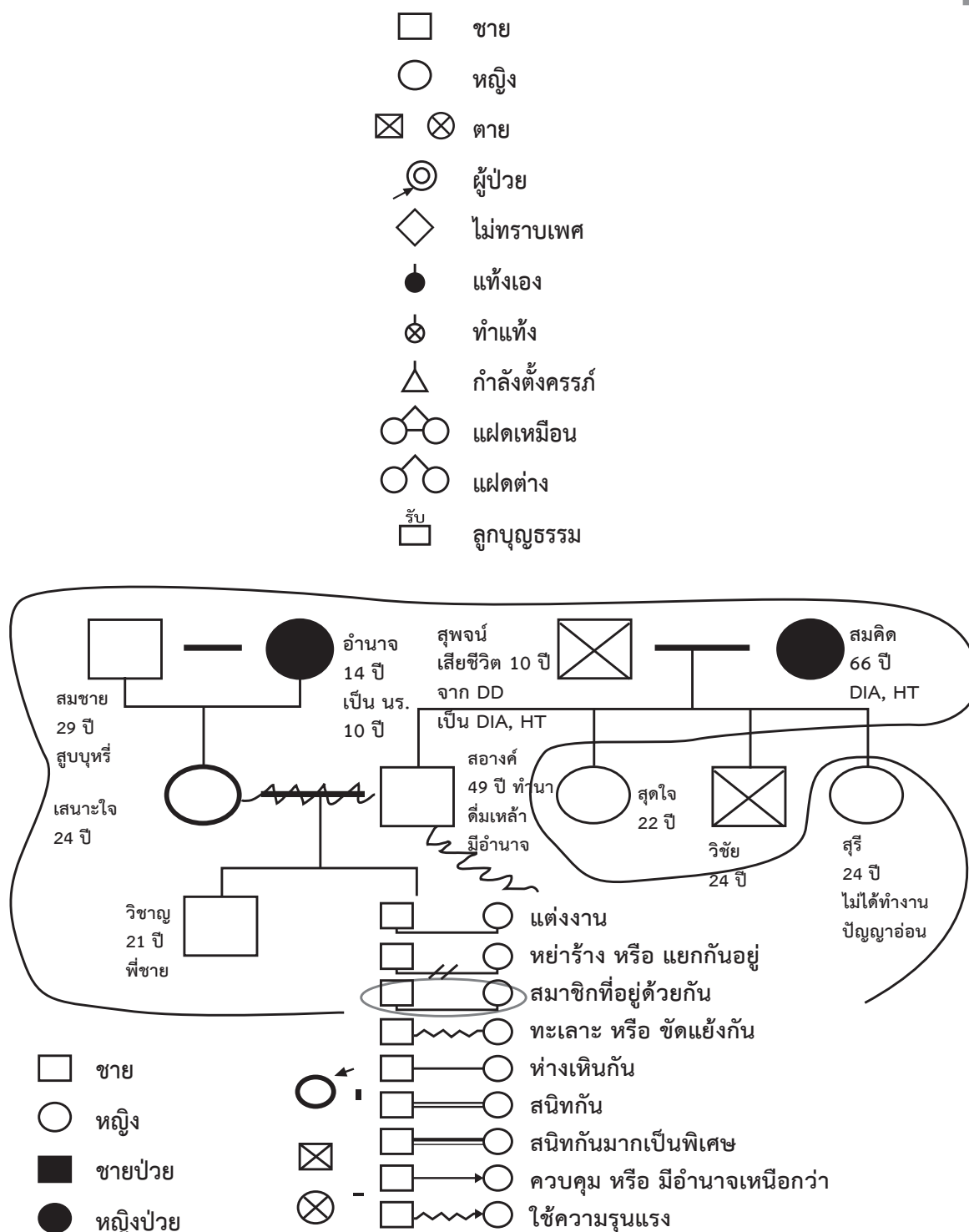
ข้อเสียของแผนผังครอบครัว

- เสียเวลา ดังนั้นไม่จำเป็นต้องวาดให้เสร็จในครั้งเดียว แต่ควรหาโอกาสกลับมาซักถามข้อมูลเพิ่มเติม
- ต้องเลือกโอกาสในการใช้ให้เหมาะสม ไม่สามารถใช้ได้กับผู้รับบริการทุกคนในทุกเวลา
- ข้อมูลในแผนผังครอบครัวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้
- ข้อมูลในแผนผังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ต้องมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ขั้นตอนการเขียนแผนผังครอบครัว

1. วาดข้อมูลสัญลักษณ์แทนสมาชิกในครอบครัว และลากเส้นเชื่อมโยงกัน แสดงข้อมูลอย่างน้อย 3 ชั่วอายุคน
2. ใส่ชื่อของสมาชิกทุกคนในครอบครัว
3. ใส่อายุหรือปีเกิดของสมาชิกทุกคนในครอบครัว
4. ใส่อายุและสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัวถ้ามี
5. ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว
6. วาดวงล้อมรอบสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน พร้อมชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ที่ตำแหน่งใดของแผนผัง
7. ระบุวันที่ของการแต่งงานหรือหย่าร้างของสมาชิกในครอบครัว
8. เรียงสมาชิกที่เกิดตามลำดับก่อนหลังจากซ้ายไปขวา
9. วาดสัญลักษณ์แสดงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
10. ระบุวันเดือนปีที่เขียนหรือปรับปรุงแผนผังครอบครัว

สัญลักษณ์ที่ใช้ใน genogram ได้รับการทำเป็นมาตรฐานทำให้แพทย์วาดโครงสร้างครอบครัว (family structure) ได้รวดเร็วและรู้ว่ามีผลอย่างไรกับการแก้ไขความเจ็บป่วยหรือความเครียด genogram 3 ชั่วคน (generations)



ตัวอย่างการเขียนแผนผังครอบครัว

สรุป

แผนผังครอบครัว เป็นเครื่องมือทางเวชปฏิบัติชนิดหนึ่งที่ทำให้แพทย์เข้าใจระบบครอบครัว (family system approach) เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย การเขียนแผนผังครอบครัวทำให้ได้ประวัติที่ผสมผสานข้อมูลของประวัติความเจ็บป่วย ข้อมูลทางจิตสังคมและครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถวินิจฉัยและดูแลปัญหาที่ซับซ้อนซับซ้อนของผู้ป่วยได้ดีขึ้น แพทย์จะเข้าใจสภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว และทั้งยังทำให้มีความเห็นอกเห็นใจสถานะของผู้ป่วยได้อีกด้วย

วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle)

วงจรชีวิตครอบครัวไม่ใช่แค่วงจรของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายตามอายุ แต่ทุกระยะในวงจรมีความเป็นธรรมชาติและลักษณะเฉพาะของภารกิจและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปวงจรชีวิตครอบครัวจะดำเนินไปสอดคล้องกับวงจรชีวิตของคน จะมีข้อยกเว้นบ้างในกรณีสำหรับคนที่ไม่มีการสร้างชีวิตคู่ในระยะเวลาหรืออายุที่เหมาะสม วงจรชีวิตครอบครัวจะเริ่มตั้งแต่คู่ชายหญิงตกลงใจเป็นคู่สมรสกัน อยู่ร่วมกัน มีบุตร จนบุตรโตแยกไปสร้างครอบครัวใหม่ และคู่ชายหญิงคงอยู่ร่วมกันจนสิ้นอายุขัย ดังรายละเอียดตามตารางด้านล่าง

วงจรชีวิตครอบครัว	วงจรชีวิต	ภารกิจและวิธีการปฏิบัติ
ระยะที่ 1 เริ่มสร้างครอบครัว	วัยผู้ใหญ่ ตอนต้น	ภารกิจ : แยกตัวจากครอบครัวเดิม อุทิศตนให้กับครอบครัวใหม่ <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. เป็นตัวของตัวเองและเป็นอิสระจากครอบครัวเดิม 2. สร้างความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับบุคคลอื่น (สามี/ภรรยา) 3. ปรับความสัมพันธ์กับครอบครัวเดิม 4. ทำงานสร้างฐานะ
ระยะที่ 2 ครอบครัวเริ่มมีบุตร	วัยผู้ใหญ่ ตอนต้น	ภารกิจ : ดónรับสมาชิกใหม่ (ลูก) เข้าสู่ครอบครัว <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. ปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ (ลูก) 2. ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในฐานะพ่อแม่อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติกับลูกของตน
ระยะที่ 3 ครอบครัวที่มีบุตรเล็ก	วัยผู้ใหญ่ ตอนต้น	ภารกิจ : ให้ความอบอุ่น ส่งเสริมพัฒนาการ <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. เตรียมพื้นที่เป็นสัดส่วนให้ลูกที่เริ่มโต 2. เตรียมพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนให้คู่ของตน 3. ปรับตัวอยู่ระหว่างความเป็นส่วนตัวของชีวิตคู่ และความเป็นครอบครัวเดียวกันกับลูก
ระยะที่ 4 ครอบครัว ที่มีบุตรวัยเรียน	วัยผู้ใหญ่ ตอนต้น	ภารกิจ : สร้างวินัยและความรับผิดชอบแก่ลูก <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. สร้างกฎระเบียบใหม่สำหรับบุตรที่โตขึ้นและเริ่มรู้จักสังคม 2. เริ่มแบ่งงานภายในบ้านให้ลูกรับผิดชอบ
ระยะที่ 5 ครอบครัว ที่มีบุตรวัยรุ่น	วัยเข้าสู่ วัยกลางคน	ภารกิจ : ส่งเสริมให้ลูกมีความเป็นตัวของตัวเอง <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. กำหนดขอบเขตและภาระหน้าที่ที่วัยรุ่นควรมีในบ้าน 2. สร้างความสัมพันธ์กับลูกวัยรุ่น 3. เตรียมใจกับการแยกตัวของวัยรุ่นรวมถึงการแยกออกจากบ้านในอนาคต

วงจรชีวิตครอบครัว	วงจรชีวิต	ภารกิจและวิธีการปฏิบัติ
ระยะที่ 6 ครอบครัวที่บุตรแยก ย้ายออกจากบ้าน	วัยกลางคน	ภารกิจ : ยอมรับการแยกจากไปของลูก และการเข้ามา <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. ปรับตัวกับการหมดบทบาทความรับผิดชอบของ “พ่อ-แม่” 2. ลูกแยกออกจากบ้าน รับผิดชอบตนเองมีแฟน มีคู่ครอง 3. พ่อแม่ พี่น้องของตนเองเริ่มเข้าสู่วัยชรา และเริ่มเจ็บป่วย 4. มีอาชีพมั่นคงและประสบผลสำเร็จ 5. ปรับตัวกับความสัมพันธ์กับคู่ครองของตนที่มีมายาวนาน และเริ่มชินชา
ระยะที่ 7 ครอบครัว ที่อยู่ในวัยเกษียณ	เริ่มเข้าวัยชรา	ภารกิจ : ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเนื่องจากเข้าสู่วัยชรา <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. ปรับตัวกับภาวะที่ไม่มีงานทำ 2. สร้างความสัมพันธ์และมีบทบาทใหม่กับลูกหลานและคู่ชีวิต 3. ปรับตัวกับความเสื่อมโทรมของสังขารตนเองและคู่ครอง
ระยะที่ 8 ครอบครัว ที่มีบุตรวัยเรียน	วัยชรา	ภารกิจ : เตรียมตัวเตรียมใจสำหรับวาระสุดท้ายตนเอง <u>วิธีปฏิบัติ</u> 1. ปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสังขาร ความเจ็บป่วยของตนและคู่ครอง 2. ปรับตัวกับการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองโดยต้องพึ่งพา ลูกหลานมากขึ้น 3. ปรับตัวกับการสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อนและสังคมที่ตนเอง เคยคุ้นเคยมาตลอดชีวิตเหมือนถูกทิ้งให้อยู่ในโลกใหม่ 4. แสวงหาบทบาทที่เหมาะสมของวัยชรา และเตรียมสำหรับ วาระสุดท้าย

ขั้นตอนการใช้เครื่องมือวงจรชีวิตครอบครัว

1. ทำความเข้าใจกับวงจรชีวิตครอบครัวแต่ละระยะ ในครอบครัวที่มีหลาย generations ให้พิจารณาระบุระยะของวงจรชีวิตครอบครัวโดยยึดอายุของลูกชายคนโตในครอบครัวหลัก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น generation ที่ 2
2. ประเมินว่า ครอบครัวปฏิบัติภารกิจที่สำคัญได้สำเร็จหรือไม่
3. ถ้าครอบครัวปฏิบัติภารกิจสำคัญสำเร็จ ครอบครัวนั้นจะสามารถก้าวไปสู่วงจรชีวิตครอบครัวระยะต่อไปได้ โดยไม่มีความเครียด
4. แต่ในครอบครัวที่ปฏิบัติภารกิจสำคัญไม่สำเร็จจะทำให้ครอบครัวนั้นเผชิญกับ ความเครียด นำไปสู่การเกิดปัญหาในครอบครัวได้

ขั้นตอนการใช้เครื่องมือวงจรชีวิตครอบครัว

1. คัดกรองความเครียดครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว
2. ประเมินว่าครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียด (Family Coping) ได้หรือไม่ และว่าความเครียดนั้นมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างไร
3. วางแผนการดูแลที่เฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละรายโดยการพยากรณ์จากธรรมชาติของวงจรชีวิตครอบครัวในระยะนั้นๆ
4. ติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. การวิเคราะห์ระบบครอบครัว (Family system assessment)

คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบ ความสัมพันธ์ และบทบาทหน้าที่ของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว ทำความเข้าใจเชิงลึก เพื่อหาปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนดูแลครอบครัว และแก้ไขปัญหาของครอบครัวต่อไป แนวทางการวิเคราะห์ระบบครอบครัว ได้แก่

1. **ครอบครัวเป็นครอบครัววัยใด (Family life cycle)** มีภารกิจ และ วิธีปฏิบัติให้บรรลุภารกิจอย่างไร สามารถทำได้ตามนั้นหรือไม่ การที่ครอบครัวมีเหตุอันใดก็ตามที่ทำให้ไม่ดำเนินไปตามวงจรที่เหมาะสม ไม่สามารถบรรลุภารกิจ จะทำให้เกิดเป็นความเครียดของครอบครัว

2. **ประเภทของครอบครัว และ มีใครอยู่บ้าง (Family as a system)** ครอบครัวเป็นครอบครัวประเภทใด เช่น ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวผสม เป็นต้น ซึ่งจะมีปัญหา และ ศักยภาพที่แตกต่างกัน ส่วนสมาชิกในครอบครัวมีใครบ้างโดยอาจแสดงข้อมูลเป็น Genogram

3. **ปกติอยู่กันอย่างไร มีใครทำอะไรกันบ้าง (Roles, Family stability or homeostasis)** ความสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวเป็นอย่างไร เช่น มีความผูกพันแน่นแฟ้นมากเกินไป (Enmeshment) มีความไม่ลงรอยกัน (Disengagement) มีความเข้าอกเข้าใจกัน (Empathic involvement) หรือมีความสัมพันธ์ผ่านตัวกลางเท่านั้น (Triangulation) รวมทั้งพิจารณาสมาชิกมีบทบาทอย่างไรต่อครอบครัว เช่น เป็นพ่อ แม่ สามีน ภรรยา พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย และแต่ละคนที่บาบาทอย่างไรที่ทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้เป็นปกติสุข เช่น ผู้หารายได้ ผู้นำครอบครัว ผู้ประสานไมตรี เป็นต้น

4. **ผู้อาวุโสตามลำดับเป็นใครบ้าง (Hierarchy) “ผู้อาวุโส (Highest hierarchy)”** โดยทั่วไปจะยึดตามวัยวุฒิ ผู้ที่อายุมากที่สุดในบ้านจะเป็นคนที่มีอำนาจ สั่งการ หรือโน้มนำให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน และชี้ขาดตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ แต่ในบางครอบครัวอาจเป็นสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อครอบครัวมากที่สุด เป็นผู้ประคับประคองครอบครัว เช่น ผู้หารายได้ในครอบครัว ผู้ที่เป็นหลักยึดเหนี่ยวของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

5. **มีมั่งเหล็กในมั่งใหญ่อย่างไร (Boundaries, Alliance, Coalition)** สมาชิกแต่ละคนจะมีขอบเขต (boundary) ความเป็นส่วนตัวของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็จะมีขอบเขตร่วมกับผู้อื่น (common boundary) ลักษณะของขอบเขตมีได้ 3 แบบ คือ ขอบเขตพร่าเลือน (diffuse boundaries) คือไม่มีความเป็นส่วนตัว ถูกรุกรานก้าวร้าว, ขอบเขตเข้มงวด (rigid boundaries) ไม่ยอมให้คนอื่นมารุกล้ำความเป็นส่วนตัว ไม่สนใจคนอื่น ๆ ในครอบครัว และขอบเขตชัดเจน (clear boundaries) รักษาระยะห่าง มีพื้นที่ส่วนตัว ขณะเดียวกันก็มีพื้นที่ร่วมกับผู้อื่นอย่างพอเหมาะ ส่วนการแบ่งฝักแบ่งฝ่าย หรือ การที่สมาชิกชอบพอกันมากเกินไป สนับสนุนกับสมาชิกบางคนมากกว่าอีกคน เป็นธรรมชาติของครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวเกิดความสมดุล และ เกิดการปรับตัวได้ ไม่ขัดแย้ง แต่หากมีการเป็นปรปักษ์ต่อกันมากเกินไป ก็อาจทำให้เกิดปัญหาได้ การอยู่ฝ่ายเดียวกันเรียกว่า Alliance หากการอยู่ฝ่ายเดียวกันนั้นเป็นไปเพื่อต่อต้านสมาชิกคนอื่น เรียกว่า Coalition

6. เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัว ครอบครัวมีการปรับตัวอย่างไร (Family coping) สมาชิกแต่ละคนจะมีการปรับตัวต่อปัญหา หรือ coping stance ที่แตกต่างกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน ความเหมือนและความต่างมีผลต่อพลวัตรของครอบครัว การปรับตัวต่อปัญหา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นรูปแบบเดียวกันเสมอไป การวิเคราะห์ coping stance ก็เพื่อเข้าใจในพลวัตร แนวทางการแก้ปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวว่าเป็นปัญหาหรือไม่ ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่

7. ครอบครัวมีรูปแบบการแก้ปัญหาที่ผ่านมาอย่างไร ถ่ายทอดข้ามรุ่นหรือไม่ (Family pattern) ภาพรวมของการแก้ไขปัญหในครอบครัว ว่ามีความร่วมมือร่วมใจกันในการแก้ปัญหาหรือไม่ วิธีการแก้ไขปัญหของครอบครัวอาจจะเป็นการโทษกันเอง โทษคนอื่น (Projection) การไม่สนใจปัญหา (Ignorance) หรือแก้ไขปัญหผ่านคนกลาง ไม่ว่าจะเป็นคนในหรือนอกครอบครัว (triangulation) หรือ การยอมรับเข้าใจในปัญหาและร่วมมือกันหาทางแก้ไข (acceptance and problem solving) รูปแบบการแก้ไขปัญห (family pattern) นี้สามารถทราบได้จากวิธีการแก้ไขปัญหที่ผ่าน ๆ มา และ มีการถ่ายทอดข้ามรุ่นได้

8. ใครคือผู้ที่อาจจะมีโอกาสเกิดปัญหาในอนาคตบ้าง (ผู้ปวยแอบแฝง หรือ Scapegoat) ในการดูแลครอบครัวเชิงป้องกันต้องมีการวิเคราะห์หาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาในครอบครัวเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเกิดเป็นปัญหาแล้วหรือไม่ ผู้ที่ได้รับผลกระทบนี้ เรียกว่า ผู้ปวยแอบแฝง หรือ แพะรับบาป (Scapegoat) โดยอาจจะเป็นผู้ที่ไม่มีปากมีเสียงในครอบครัว ผู้ที่รองรับอารมณ์ความกดดันจากคนอื่น ๆ ในครอบครัว หรือผู้ที่คอยโอบอุ้ม คอยแก้ไขปัญหาล้วนแล้วเข้าไปในครอบครัวหรือ อาจจะเป็นคนที่ในครอบครัวทุกคนกล่าวโทษอยู่เสมอว่าเป็นคนทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว

เอกสารอ้างอิงและแนะนำศึกษาเพิ่มเติม

อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว Family therapy and family counseling. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้า พรินติ้ง; 2540.

สายพิน หัตถิรัตน์ และคณะ ; บรรณาธิการ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์ = Family medicine handbook, กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2549, พิมพ์ครั้งที่ 2, 330 หน้า.

1. เทคนิคที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด

นางเลอลักษณ์ แทนเกษม : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

หัวข้อสอน

- 1.3 แนวคิดทฤษฎีระบาดวิทยา
- 1.4 ระบาดวิทยาของปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด
- 1.5 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาและสารเสพติด

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีระบาดวิทยา
2. ผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับระบาดวิทยาของปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด
3. ผู้เรียนสามารถอธิบายการนำความรู้ระบาดวิทยาไปใช้ในงานป้องกันยาเสพติดได้
4. ผู้เรียนสามารถอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาและสารเสพติดได้

1. แนวคิดทฤษฎีระบาดวิทยา

คำจำกัดความของ “ระบาดวิทยา” คำว่า “ระบาดวิทยา” เป็นคำดั้งเดิมที่มีมาก่อนที่จะมีการบัญญัติคำว่า “วิทยาการระบาด” ตามหลักภาษาศาสตร์ใน พ.ศ. 2519 อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปก็ยังมีการใช้อยู่ทั้งสองคำในปัจจุบัน “ระบาดวิทยา” หรือ epidemiology มาจากรากศัพท์ภาษากรีก 3 คำ (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2553)

epi = on, upon = เกี่ยวกับ

demos = people = ประชาชน

logos = the study of = การศึกษา

หนังสือหรือตำราทางด้านระบาดวิทยาได้ให้ คำจำกัดความหรือนิยามของคำว่า “ระบาดวิทยา” ไว้หลากหลายด้วยกัน คำจำกัดความในที่นี้ เป็นของ Last (2001: 62) ที่ยังคงได้รับการใช้อยู่โดยองค์การอนามัยโลก (Bonita et al, 2006: 2) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC, 2012: 1-2) และผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบาดวิทยาบางท่านกล่าวว่า เป็นคำจำกัดความที่

นักวิชาการโดยทั่วไปยอมรับกันมากที่สุด คำนิยามดังกล่าวแปลเป็นภาษาไทย ได้ดังนี้

ระบาดวิทยา หมายถึง “การศึกษาเกี่ยวกับการกระจายและปัจจัยของภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ และการนำผลของการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมปัญหาสุขภาพ”

“The study of the occurrence and distribution of health-related states or events in specified populations, including the study of the DETERMINANTS influencing such states, and the application of this knowledge to control the health problems

การศึกษา: ระบาดวิทยาเป็น “รูปแบบ” หรือ “กระบวนการ” อย่างหนึ่งของการทำ “การศึกษา” ที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และผลการศึกษาที่ได้ก็จะเป็น “การสร้างองค์ความรู้ใหม่” เพิ่มเติมขึ้นมา

ระบาดวิทยาจึงเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุด เพื่อสร้างองค์ความรู้ให้ทันสมัยตลอดเวลา ดังนั้น ไม่ว่าการศึกษานั้นจะทำโดยใช้รูปแบบพื้นฐานหรือขั้นสูง หากได้องค์ความรู้ใหม่ก็ถือว่าเป็น “การศึกษา” ทั้งหมดภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ: จะเห็นได้ว่า คำจำกัดความนี้ได้กล่าวอย่างเป็นกลาง ๆ ไว้โดยระบุว่า “ภาวะ” หรือ “เหตุการณ์” โดยไม่กล่าวตรง ๆ ว่า “ปัญหา” เพราะถ้ากล่าวว่า “ปัญหา” ก็อาจมีขอบเขตจำกัดเพียงเมื่อเกิด “ปัญหา” ขึ้นมาแล้ว แต่ “ระบาดวิทยา” นั้นมีขอบเขตกว้างขวางมากกว่า “ปัญหา” กล่าวคือ อาจไม่มีความจำเป็นต้องรอให้เกิด “ปัญหา” ขึ้นมาก่อนแล้วค่อยลงมือแก้ไข เพราะนั่นเป็นการวิ่งไล่ “ปัญหา” และอาจไม่มีความคุ้มค่า อีกทั้งความเสียหายต่อสุขภาพก็ได้เกิดขึ้นแล้ว โดยความเสียหายด้านสุขภาพบางอย่างอาจไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยซ้ำไป การลงมือทำตั้งแต่ยังไม่เกิด “ปัญหา” ก็คือ “การป้องกัน” (prevention) นั่นเอง ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าถึง “การป้องกัน” จึงกระทำตั้งแต่ยังไม่เกิด “ปัญหา” เพียงแต่ควรพยายามเข้าไปศึกษาหาปัจจัย/สาเหตุที่เกี่ยวข้องขณะที่เพิ่งเป็นเพียง “ภาวะ” หรือ “เหตุการณ์” ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นเพื่อหาหนทางปรับเปลี่ยนปัจจัย/สาเหตุเหล่านั้นๆ ก่อนจะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา อันอาจเป็นหนทางที่คุ้มค่าและผลเสียด้านสุขภาพยังไม่เกิดขึ้น “ระบาดวิทยา” จึงมีขอบเขตความครอบคลุมไปถึงมิติ “ก่อน” ที่จะเกิดปัญหาขึ้นมา ตัวอย่างได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหาการติดเชื้อ HIV การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร การเฝ้าระวังด้านความครอบคลุมของวัคซีน การศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม “ภาวะ” หรือ “เหตุการณ์” ก็มีความครอบคลุมไปถึง “ปัญหา” ที่เกิดขึ้นมาแล้วด้วย เพื่อหาหนทาง “แก้ไข” ให้บรรเทาเบาบางหรือหมดไปในที่สุดด้วย โดยทั่วไป การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อเกิดโรคแล้ว ก็คือ “การรักษา” (treatment) นั่นเอง ซึ่งอยู่ในบริบททางด้านการแพทย์เป็นหลัก แม้การพัฒนางานองค์ความรู้ทางด้าน “การรักษา” โรคต่าง ๆ ทางด้านการแพทย์จะมีความสำคัญมาก แต่การพัฒนางานองค์ความรู้ด้าน “การป้องกัน” ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เพราะหากมีแต่พัฒนาแต่ด้านการรักษา ก็เป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ และแพทย์รวมถึงทีมงานด้านการรักษาก็จะมีภาระงานที่หนักมากขึ้นอย่างไม่รู้สิ้นสุด แต่หากมุ่งเน้นการป้องกันควบคู่ไปด้วย ภาระงานด้านการรักษาก็จะลดน้อยลงไปได้ แพทย์และทีมงานการรักษาก็ไม่ต้องเหน็ดเหนื่อยเกินความจำเป็น และอาจมีความคุ้มค่ามากกว่าด้วยการพัฒนางานด้านสุขภาพของประชาชนจึงต้องทำคู่ขนานกันไปพร้อมกันทั้ง “การป้องกัน” และ “การรักษา” ตัวอย่างง่าย ๆ คือ การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร หากไม่ได้ให้ความสนใจการป้องกัน แพทย์และทีมงานการรักษาที่โรงพยาบาลก็จะมีภาระงานด้านการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ๆ จนอาจเกินกำลังบุคลากรและงบประมาณที่มีอยู่ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวๆ ผู้ป่วยจำนวนมากคงไหลบ่าเข้ามาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและอาจต้องรอคิวเข้าห้องผ่าตัดกันยาวเหยียดในแต่ละวัน แต่หากเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุทางการจราจรไปด้วย จำนวนผู้ป่วยที่จะไปที่ห้องฉุกเฉินน่าจะน้อยลงไปตาม แพทย์และทีมงานการรักษาก็ไม่ต้องเหน็ดเหนื่อยและจะไม่สิ้นเปลืองงบประมาณส่วนนี้โดยไม่จำเป็น ประชาชนก็มีสุขภาพดีไม่ต้องเสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้น ในปัจจุบันมีแพทย์หลายท่านจึงหันมาให้ความสนใจกับ “การป้องกัน” มากขึ้นเพื่อลดภาระของ “การรักษา” ที่ไม่จำเป็นลงให้ได้

ภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนี้ ไม่ได้ระบุจำกัดลงไปเฉพาะด้าน “โรค” แต่ระบุไว้ว่า “สุขภาพ” อันหมายถึงบรรดาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุก ๆ อย่าง ทั้งที่เป็น “โรค” และ “ไม่ใช่โรค” ดังนั้นขอบเขตของ “ระบาดวิทยา” จึงมีครอบคลุมไม่เพียงเฉพาะ “โรค” เท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงภาวะที่ “ไม่ใช่โรค” ด้วย อันได้แก่ พฤติกรรมต่างๆ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน เป็นต้น ดังกล่าวแล้วข้างต้น เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพนั่นเอง ในส่วนของ “โรค” ก็มีความครอบคลุมไปทั้ง “โรคติดต่อ/ติดเชื้อ” และ “โรคไม่ติดต่อ/ไร้เชื้อ” กล่าวคือ “ระบาดวิทยา” มิได้จำกัดอยู่เฉพาะ “โรคระบาด” หรือ “โรคติดต่อ” ดังเช่นในอดีต แต่มีความครอบคลุมถึงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพทุกๆ ด้าน

กลุ่มประชากรเฉพาะ : “กลุ่มประชากรเฉพาะ” หรืออาจเรียกว่า “กลุ่มประชากรที่กำหนด” ก็ได้ “ระบาดวิทยา” จึงไม่ใช่การดำเนินการกับปัจเจกบุคคล (individual) แต่ดำเนินการกับทั้งกลุ่มประชากรหรือทั้งชุมชน มิติหรือบริบทจึงมีความกว้างขวางกว่าการรักษาทางการแพทย์หรืองานบริการทางคลินิก โดยแพทย์หรือทีมงานการรักษา จำเป็นต้องมองทะลุมิติของการรักษาออกไปให้ถึงชุมชนและประชาชนส่วนรวมด้วย บริบทของ “ระบาดวิทยา” จึงใกล้เคียงหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นบริบทเดียวกับ “ชุมชน” (community) ไม่ว่าจะเป็น “เวชศาสตร์ชุมชน” (Community Medicine) หรือ “อนามัยชุมชน” (Community Health) หรืออาจกล่าวได้ว่าระบาดวิทยามีใช่เป็นเฉพาะบริบทของ “การตั้งรับ” อยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาเท่านั้น หากแต่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ชุมชน” ซึ่งต้องอาศัยการทำงาน “เชิงรุก” ด้วย

การกระจาย : การกระจายในทางระบาดวิทยา มักหมายถึง การกระจายที่สัมพันธ์บุคคล (person) สถานที่ (place) และเวลา (time) หรือ ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology) นั่นเอง เหตุที่ต้องศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของภาวะ/เหตุการณ์ด้านสุขภาพเนื่องจากภาวะ/เหตุการณ์ด้านสุขภาพเหล่านี้ไม่ได้เกิดแบบสุ่มหรือเกิดขึ้นทั่ว ๆ ไป แต่มักจะสัมพันธ์กับปัจจัยบางอย่างทางด้านบุคคล-สถานที่-เวลาด้านใดด้านหนึ่งเสมอ จึงจำเป็นต้องศึกษาค้นหาให้พบความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาให้ได้ต่อไป

ปัจจัย : นิยามนี้กล่าวกว้าง ๆ โดยใช้คำว่า “ปัจจัย” ไม่ได้ใช้คำว่า “สาเหตุ” แม้ว่า “สาเหตุ” จะเป็นสิ่งที่ต้องการได้มากที่สุดจากการศึกษาทางระบาดวิทยาก็ตาม แต่การระบุว่าสิ่งใดเป็น “สาเหตุ” ของสิ่งใด ไม่ใช่เป็นเรื่องง่ายนัก ในทางระบาดวิทยามีกระบวนการในการพิสูจน์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ว่าสิ่งที่พบนั้นเป็น “สาเหตุ” หรือไม่ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากตำราทางด้านระบาดวิทยาได้ในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ causal association หรือ causal relationship ดังนั้น หากยังไม่สามารถพิสูจน์ทางระบาดวิทยาได้ว่าปัจจัยที่พบนั้นมีน้ำหนักพอที่จะเป็น “สาเหตุ” จริงๆ หรือไม่ ก็ควรกล่าวว่าสิ่งที่พบนั้นว่าเป็นเพียง “ปัจจัย” ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นเอง ไม่ควรใช้คำว่า “สาเหตุ” นิยามนี้จึงได้กล่าวเพียงกว้างๆ เป็นกลางไว้ว่าสิ่งที่ได้ศึกษานั้นเป็นเพียง “ปัจจัย” ที่เกี่ยวข้องนั่นเอง

การควบคุมปัญหาสุขภาพ : ปัญหาในชีวิตของคนเรามีมากมายหลายหลายอย่าง การแก้ไขปัญหาก็ต้องอาศัย “กระบวนการ” แก้ไขปัญหา โดยต้องเป็นกระบวนการที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่สามารถอธิบายเหตุและผลได้ ปัญหาสุขภาพก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ทุกคนประสบอยู่ในชีวิตประจำวันจนกว่าจะตาย ระบาดวิทยาเป็นกระบวนการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ไข “ปัญหา” เกี่ยวข้องกับ “สุขภาพ” ดังกล่าวแล้ว ผลการศึกษาที่ได้แม้ว่าจะยังไม่ได้เกิดเป็น “โรค” ขึ้นมา ได้แก่ ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมบางอย่าง หรือความคลอเคลียวัคซีน หากนำมาใช้หรือดำเนินการตามผลการศึกษา ก็จะสามารถ “ป้องกัน” และ “ควบคุม” ปัญหาสุขภาพที่สนใจหรือคาดหวังได้นั่นเอง ได้แก่ ลดการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร ลดโรคโปลิโอ ลดปัญหาโรคเอดส์ในอนาคต เป็นต้น ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าผลการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาที่ได้ แม้บางอย่างจะเป็นเพียงปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะที่ไม่ใช่ “โรค” แต่เมื่อนำมาใช้ ก็จะช่วยในเรื่องการควบคุมปัญหาสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงการลดการเกิด “โรค” ที่สามารถคาดหวังได้ด้วยการนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์: เหตุผลที่ความหมายของ “ระบาดวิทยา” นี้ได้รับการยอมรับมากที่สุดดังกล่าวแล้วข้างต้น น่าจะเนื่องจากความหมายนี้กล่าวครอบคลุมทั้งส่วนของการดำเนินการ คือการทำ “การศึกษา” และกล่าวถึงส่วนของ “การนำผลของการศึกษาไปประยุกต์ใช้ประโยชน์” เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ด้วย ในปัจจุบันข้อจำกัดสำคัญที่สุดของวงการวิจัยหรือวงการระบาดวิทยา คือการไม่สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง ๆ (application) ถ้าหากเพียงศึกษาได้ผลงานและเพียงได้ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติ แต่มิได้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ได้จริง การศึกษานั้นก็ไร้ประโยชน์แลสิ้นเปลืองงบประมาณ เวลา และกำลังที่ทุ่มเทไป การนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้จริงจึงเป็นประเด็นที่นักวิจัยและนักระบาดวิทยาควรต้องตระหนักอย่างยิ่ง เพื่อมิให้ต้องเกิดความสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์นั่นเอง ความหมาย/นิยามนี้จึงถือได้ว่าเป็นความหมายที่ดีมากเพราะกล่าวครอบคลุมไปถึงการนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ด้วยนั่นเอง

การดำเนินงานทางระบาดวิทยา

การดำเนินงานทางระบาดวิทยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 5) มี 3 กิจกรรม คือ

1. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (epidemiological surveillance) เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานทางระบาดวิทยา การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจะช่วยให้ทราบถึงการกระจาย สถานการณ์และแนวโน้ม การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ อันเป็นพื้นฐานที่มาของการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นต่อไป

2. การสอบสวนทางระบาดวิทยา (epidemiological investigation) เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการลงพื้นที่เพื่อค้นหาข้อมูลหรือข้อเท็จจริงของการเกิดโรคสำคัญ ๆ หรือโรคระบาดต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อควบคุมโรคให้ได้ผล และป้องกันการเกิดโรคนั้นๆ ขึ้นมาอีก

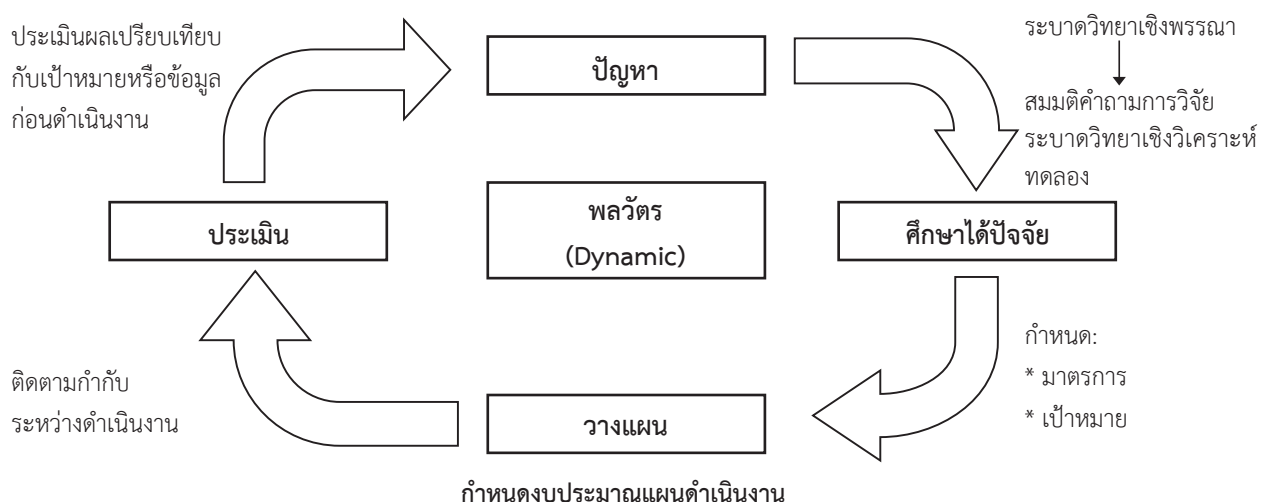
3. การศึกษาทางระบาดวิทยา (epidemiological study) เป็นการค้นหาคำตอบใหม่ โดยเน้นที่การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ รูปแบบการศึกษาทางระบาดวิทยามีหลายรูปแบบ ทั้งรูปแบบพื้นฐานและรูปแบบขั้นสูง

ประโยชน์ของระบาดวิทยา ประโยชน์ของระบาดวิทยา จากกิจกรรมการดำเนินงานทางระบาดวิทยา มีดังนี้

1. ทำให้ทราบการกระจาย สถานการณ์และแนวโน้มของโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น
2. ทำให้ทราบปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพที่สนใจ
3. เพื่อตรวจจับการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ (emerging disease) และโรคอุบัติซ้ำ (reemerging disease)
4. นำไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพต่อไป

การนำผลการศึกษาหรือข้อมูลที่ได้ทางระบาดวิทยาไปใช้ประโยชน์ที่สำคัญที่สุด ก็คือ เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งอาจมีหลายวิธี ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายดำเนินการ การวางแผนดำเนินการระยะยาว การจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีหรือประจำเดือนทุกระดับ การกำหนดมาตรการ/กิจกรรมดำเนินการที่สำคัญ การกำหนดงบประมาณตามมาตรการ/กิจกรรม การควบคุมกำกับกิจกรรมระหว่างดำเนินการ จนกระทั่งเมื่อได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพตามมาตรการและงบประมาณที่กำหนดเสร็จสิ้นแล้ว ก็ยังต้องทำการประเมินผลในสิ่งที่ได้ทำไปด้วย ซึ่งต้องใช้การดำเนินงานทางระบาดวิทยาเช่นเดียวกัน ในการประเมินผล มักจะเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนดำเนินการหรือเป้าหมายที่กำหนดว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ หากสำเร็จหรือไม่สำเร็จแล้วจะดำเนินการต่อไปอย่างไร จะคงมาตรการ (กรณีสำเร็จตามเป้าหมาย) หรือปรับ/เปลี่ยนมาตรการ (กรณีไม่สำเร็จตามเป้าหมาย) หรือไม่ อันเป็น “วงจรทางระบาดวิทยา” ต่อไปเป็นพลวัตไม่สิ้นสุดและไม่หยุดนิ่ง (dynamic)

ดงภาพที่ 1 วงจรระบาดวิทยา



คำถามพื้นฐานเมื่อศึกษาโรค / ปัญหาสุขภาพ

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| 1. ปัญหาอะไร? (What) | โรค |
| 2. ปัญหาเกิดกับผู้ใด? (Who) | บุคคล |
| 3. ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? (Where) | สถานที่ |
| 4. ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด? (When) | เวลา |
| 5. ปัญหาเกิดได้อย่างไร? (Why/How) | ปัจจัย/สาเหตุ |

การจำแนกรายละเอียดของปัจจัยสามทางระบาดวิทยา

1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) หมายถึง ปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อาจเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ ซึ่งถ้าพบมีมากเกินไปหรือน้อยเกินไป จะทำให้เกิดโรคได้คุณสมบัติของเชื้อโรค ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคในประชากรได้แก่

- ความสามารถของเชื้อโรคในการดำรงชีวิตอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อม
- ความสามารถของเชื้อโรคในการเพิ่มจำนวนเมื่ออยู่ภายนอกร่างกายมนุษย์
- ความสามารถของเชื้อโรคในการทำให้เกิดโรคในร่างกายมนุษย์

สิ่งที่ทำให้เกิดโรค แบ่งออกเป็น 4 พวกใหญ่ คือ

1) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางชีวภาพ หมายถึง สิ่งมีชีวิตที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคในร่างกายมนุษย์ ทั้งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าและมองเห็นด้วยตาเปล่า ได้แก่แบคทีเรีย ไวรัส ริกเคเชีย ปาราสิต และเชื้อราต่าง ๆ

2) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางเคมี (Chemical agents) หมายถึง สารเคมีต่าง ๆ ที่อาจเป็นพิษต่อร่างกายของมนุษย์ หรือทำให้เกิดโรคได้ เช่น การให้ออกซิเจนในเด็กเกิดใหม่ที่คลอดไม่ครบกำหนดด้วยจำนวนความเข้มข้นที่สูง และในระยะเวลาานจะทำให้เด็กตาบอดได้โดยทำให้เกิดโรคพังผืดหลังเลนส์ตา (Retrolental fibroplasias) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางเคมีอาจจำแนกได้ออกเป็น 4 พวก คือ

- พวกสารละลายเคมี เช่น กรดเข้มข้น เบนซีน ยาฆ่าแมลง สารเสพติด
- พวกฝุ่น (Dust) เช่น ฝุ่นซิลิกา ฝุ่นปรอท
- พวกแก๊ส (Gases) เช่นคาร์บอนมอนนอกไซด์ ไฮโดรเจนไดซัลไฟด์
- พวกไอระเหย (Vapours) เช่น คาร์บอนเตตระคลอไรด์ (CCl₄) เบนซอล (Benzol)

3) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางกายภาพ (Physical agents) หมายถึง สิ่งต่างๆ ทางด้านกายภาพที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคได้ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสีต่างๆ

4) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางด้านจิตใจ และสังคม (Psychosocial agent) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคเนื่องมาจากปัจจัยด้านจิตใจและสังคม สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน เงินเดือนหรือรายได้จากการประกอบอาชีพที่ได้รับไม่ได้สัดส่วนกับดัชนีค่าครองชีพที่สูงขึ้น รายได้ไม่สมดุลกับรายจ่าย ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงชีพ เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่นๆ โรคหัวใจโคโรนารี โรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้บังคับบัญชาอาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้งานที่ได้รับมอบหมายที่เกินขีดความสามารถทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน ผลของความเครียดในระยะยาวนานทำให้เกิดโรคทั้งทางกายและทางใจได้

5) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคเนื่องจากขาดสารนั้น (Absence or insufficiency of a factor necessary to health) ปัจจัยบางอย่างหรือสารอาหารบางอย่าง จำเป็นสำหรับการดำรงชีพ เมื่อขาดสารเหล่านั้นจะทำให้เป็นโรคได้เช่น - การขาดสารไนอาซิน (Niacin) ทำให้เกิดโรคเพลลากรา (Pellagra) มีอาการผิวหนังอักเสบ (Dermatitis) ฉี่เยียว (Dementia) และท้องเดิน (Diarrhoea) การขาดสารวิตามินบี 2 ทำให้เกิดโรคปากนกกระจอก (Angular stomatitis) การขาดวิตามิน เอ ทำให้มีอาการตาฟางกลางคืน (Night blindness) และมีอาการทางตาอื่นๆ ซึ่งจัดเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางเคมีได้

2. โฮสต์หรือมนุษย์ (Host) ในทางระบาดวิทยา (Epidemiology) โฮสต์ หมายถึงมนุษย์ แต่ในระบาดวิทยาเกี่ยวกับสัตว์ (Epizootiology) โฮสต์ หมายถึงสัตว์ต่างๆ โฮสต์จะยอมให้ปรสิตอยู่ได้ชั่วขณะหนึ่ง หรือตลอดไปได้ จะมีปฏิกิริยาต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายอาจมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวโฮสต์หรือมนุษย์ เป็นผลกระทบต่อความไวในการติดโรค (Susceptibility) ถือเป็นปัจจัยภายในโฮสต์ (Intrinsic factors) ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวโฮสต์ หรือ มนุษย์ ได้แก่

- อายุ นับว่ามีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวกับความไวในการติดโรคในวัยทารก ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังพัฒนาได้ไม่ดีพอ เมื่อไม่มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้โอกาสที่เด็กจะป่วยก็เพิ่มมากขึ้นโรคติดเชื้อบางอย่าง เช่น โรคโปลิโอ โรคหัด จะพบเป็นมากในเด็กเล็ก เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำและโอกาสรับเชื้อสูง ส่วนในคนชรา ระบบภูมิคุ้มกันด้านของร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพลงทำให้โอกาสเป็นโรคต่างๆเพิ่มมากขึ้น

- เพศ ความแตกต่างของการเกิดโรกระหว่างเพศ ก็เป็นผลเนื่องมาจากความแตกต่างในการได้รับเชื้อระหว่างเพศ หรือเป็นผลเนื่องมาจากความแตกต่างของปัจจัยภายในร่างกายของโฮสต์เองเช่น โรคหัวใจโคโรนารี ผู้ชายมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้หญิงสามเท่าในวัยก่อนหมดประจำเดือน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้หญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ซึ่งมีส่วนช่วยในการป้องกันโรค

- พันธุกรรมและเชื้อชาติ (Heredity and race) โรคพันธุกรรม ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของยีน (Gene) หรือโครโมโซม (Chromosome) อาจถ่ายทอดจากบิดา และ/หรือมารดา มาสู่ตัวโฮสต์ได้ เช่น โรคจากความผิดปกติของโครโมโซมโรคเบาหวาน โรคมะเร็งบางชนิด

- ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiological factors) ปัจจัยทางสรีรวิทยา มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคในชุมชนได้ ถ้าหากไม่มีการป้องกัน หรือระมัดระวังดีพอ เช่น

- ระยะตั้งครรภ์ หัวใจและตับทำงานมากกว่าปกติ พวกที่เป็นโรคหัวใจอยู่เดิมอาจมีอาการของหัวใจวายได้ การให้ยาที่ต้องเผาผลาญหรือขับถ่ายทางตับควรต้องระวัง เช่น ยาพวก Tetracycline

- ภาวะความเหนื่อยล้า (Fatigue) และความเครียดทางอารมณ์ (Stress) อาจเป็นสาเหตุช่วยทำให้เป็นโรคจิตโรคประสาทได้

- วัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน ทำให้เกิดสิวและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้
- การขาดการพักผ่อน ช่วยให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้
- ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychical factors) ความแปรปรวนทางด้านจิตหรืออารมณ์ทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีแต่ความวิตกกังวล ความคับแค้นใจ ความไม่สบายใจ เป็นต้น เป็นบ่อเกิดของโรคทางกายและโรคทางใจ Roseman และพวก ในปี ค.ศ. 1970 พบว่า พวกที่มี Personality type A ซึ่งมีลักษณะก้าวร้าว ทะเยอทะยาน ชอบแข่งขัน รีบร้อน และวิตกกังวล มีโอกาสเป็นโรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) มากกว่าพวก Personality type B โรคทางกายที่มีผลกระทบมาจากสาเหตุทางใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3. สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวโฮสต์ หรือมนุษย์ มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์ได้ เช่น อากาศ น้ำ อาหาร เชื้อโรค แมลง และสัตว์ต่าง ๆ เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมอาจแบ่งเป็น 4 พวกใหญ่ ๆ คือ

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีขนาดรูปร่าง วัตถุ สถานที่ แรงงาน หรือพลังงานต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของโรงงานอุตสาหกรรม ลักษณะภูมิประเทศในเขตร้อนและเขตอบอุ่นสภาพของความร้อนและแสงสว่างขณะทำงาน สภาพของเสียงรบกวนในเขตบริเวณโรงเรียน เป็นต้น

2) สิ่งแวดล้อมทางเคมีหมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีลักษณะทางเคมี ได้แก่ สารเคมีและแก๊สต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อมนุษย์ได้ เช่น สิ่งแวดล้อมของโรงงานหลอม เหล็กหล่อ แบตเตอรี่รถยนต์ ทำให้บริเวณโรงงานมีสารตะกั่วสูง เกิดโรคพิษตะกั่วได้ ปริมาณสารคาร์บอนไดออกไซด์ตามถนนที่มีจราจรคับคั่ง ปริมาณจะสูงเกินระดับมาตรฐานทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยได้

3) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ทั้งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าและที่มองเห็นด้วยตาเปล่า เช่น เชื้อไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ แมลง สัตว์และมนุษย์ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพนี้ บางชนิดก็มีประโยชน์ในการช่วยเสริมสร้างสุขภาพและอนามัยของชุมชน บางชนิดก็มีโทษก่อให้เกิดอันตรายแก่ชุมชน

4) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ตลอดจนฐานะความเป็นอยู่และอาชีพของประชาชนในชุมชน ชุมชนที่มีระดับการศึกษาต่ำและยากจนโอกาสที่เป็นโรคต่าง ๆ ก็เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อที่ผิด ๆ ของประชาชน ก็ช่วยในการบั่นทอนสุขภาพของประชาชนด้วย เช่น การรดน้ำมนต์รักษาโรค การงดของแสลง เป็นต้น

ปฏิกริยาระหว่างโฮสต์และสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Host-agent interaction) โดยทั่วไปเชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกายของคนได้ 3 ทางใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ

1. ทางหายใจ (Inhalation) เช่น เชื้อวัณโรค เชื้อไข้หวัดใหญ่
2. ทางระบบทางเดินอาหาร (Digestion) เช่น ไข้ไทฟอยด์ เชื้อบิด
3. ทางระบบผิวหนัง (Inoculation) เช่น เชื้อไข้จับสั่น เชื้อไข้เลือดออก

2. ระบาดวิทยาของปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด

การแพร่ระบาดของยาเสพติด

1. การแพร่ระบาดของยาเสพติด ยังเป็นปัญหาที่สร้างความเดือดร้อนและส่งผลกระทบ ต่อสังคม ชุมชนอย่างมาก โดยเฉพาะในเขตเทศบาลและกรุงเทพมหานคร เป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติดที่จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน ในขณะเดียวกันก็ยังมีตัวยานี้ใหม่ ๆ ที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้นำมาเผยแพร่ซึ่งจะต้องมีมาตรการป้องกันอย่างจริงจัง โดยเฉพาะชุมชนในเขตเทศบาลและกรุงเทพมหานคร เป็นแหล่งแพร่ระบาดที่สำคัญที่มีทั้งผู้เสพและผู้ค้าระดับขายปลีกให้กับผู้เสพ

2. ประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งในมิติของการเสพและการกระทำความผิดมีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี หรือวัยเด็กและเยาวชนร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี โดยร้อยละ 70 ของผู้เข้าไปเกี่ยวข้องมีอาชีพและรายได้ ส่วนใหญ่คือ รับจ้าง แรงงาน และ เกษตรกร

3. ยาเสพติดที่เป็นปัญหาแพร่ระบาดหลัก คือ ยาบ้า รongลงมาคือ กัญชา พืชกระท่อม ไอซ์ และเฮโรอีน และที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คือ คีตามีน ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในอดีต นอกจากนี้ยังพบ การใช้ยาควบคุม / ยาอันตรายในทางที่ผิดในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด

ด้วยสถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศในปัจจุบันจัดได้ว่าอยู่ในขั้นวิกฤต โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะมีการผลิตยาเสพติดทั้งภายในประเทศและมีการลักลอบนำเข้ามาจากต่างประเทศมากมายหลายชนิด เช่น เฮโรอีน ยาบ้า ยาไอ เป็นต้น ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะได้ปราบปรามจับกุมการค้ายาเสพติดอย่างเข้มงวดและจริงจัง แต่ก็ไม่ทำให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดลดลงเลย แต่กลับทำให้ผู้ผลิตได้พัฒนายาเสพติดให้ออกฤทธิ์ได้แรงขึ้นและการตรวจพบสารเสพติดในตัวผู้เสพได้ยากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่จับกุมได้ยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการดำเนินการปราบปรามยาเสพติดยังมีเจ้าหน้าที่ของรัฐจำนวนไม่น้อยเข้าไปมีผลประโยชน์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดเสียเอง ทำให้การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดไม่สัมฤทธิ์ผล

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่นับจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งจากสถิติพบว่าผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากจะเป็นผู้ก่อคดีอุกฉกรรจ์ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติและปัญหาความมั่นคงแห่งชาติอีกด้วย หากปล่อยไว้ให้เนิ่นช้าจะก่อให้เกิดวิกฤตการณ์ทางสังคมอย่างรุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้ เพราะปัญหายาเสพติดมิใช่เรื่องที่จะสามารถควบคุมให้อยู่ในวงจำกัดได้อีกต่อไป แต่กลับจะเป็นปัญหาระดับชาติที่ลุกลามอย่างไม่จบสิ้น ดังนั้น จึงเห็นสมควรที่ทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งหามาตรการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้บรรลุผลอย่างจริงจัง

ลักษณะสังคมและชุมชนที่ทำให้เกิดปัญหาการเสพติด

เด็กเยาวชนหลายชีวิตที่เข้าไปสู่วงจรปัญหาสารเสพติด และต้องเสียนาคตจากการเป็นผู้เสี่ยงกลายเป็นผู้เสพ จากการเสพยากระดับพฤติกรรมเป็นผู้ค้า จากคำราย่อยก็กลายมาเป็นรายสำคัญ และมีเครือข่ายการค้ายาเสพติดกระจายไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุดซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบก็คือครอบครัวและชุมชน โดยหลายชุมชนยอมจำนนต่อปัญหา และรอเพียงความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้แก้ไขปัญหา และทำได้แค่เพียงดูแลลูกหลานของตนเอง อีกทั้งยังมี “มายาคติ” (mythology) ต่อความน่ากลัวของสารเสพติด ทำให้ต้องพึ่งพารัฐเพียงอย่างเดียว และทำให้ไม่เห็นความเป็นไปได้ของทางออกจากปัญหา

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและเชื่อมโยงไปสู่อีกหลายปัญหา หากแต่ยังมีหลายชุมชนในสังคมไทยที่ตื่นตัวลุกขึ้นมาป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยพลังความร่วมมือกัน หลายพื้นที่ยกระดับการทำงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายความร่วมมือ แลกเปลี่ยนสถานการณ์ แบ่งปันบทเรียนและประสบการณ์ในการทำงาน ใช้วิธีคิดใหม่จนเกิดเป็นความคิดเพื่อหาทางออกจากปัญหา ลบมายาคติสีดำ โดยไม่รอพึ่งพาเจ้าหน้าที่รัฐจากบทเรียนและประสบการณ์ที่ชาวบ้านลงมือปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาก่อให้เกิดเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation paradigm) ประสบการณ์จากหลายชุมชนที่มุ่งมั่นทำ งานป้องกันและแก้ไขก่อรูปเป็นองค์ความรู้และสามารถใช้เป็นทางออกจากปัญหาโดยใช้พลังชุมชน (community empowerment) เพื่อให้สังคมไทยปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด และสร้างความสุขให้กลับมาสู่ชุมชน (รัศมีน กัลยาศิริ, 2563)

3. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาและสารเสพติด

สาเหตุของการติดยาและสารเสพติด อธิบายได้จากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตใจ (psychodynamics) ทฤษฎีดั้งเดิมที่เกี่ยวข้อง เช่น classic theory พบว่าการเสพยาและสารเสพติดเปรียบเสมือนการถึงจุดสุดยอด หรือเพื่อเป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลของจิตใจจนทฤษฎีใหม่ ๆ เชื่อว่าเป็นการแสดงถึงจิตใจที่อ่อนแอ ถูกครอบงำได้ง่ายไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavior theories) ซึ่งเน้นพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดที่เกิดจากสารนั้นส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเสพอย่างต่อเนื่อง (positive reinforcement)

3. ปัจจัยด้านพันธุกรรม เห็นได้ชัดในการเสพติดสุรา จากการศึกษาวิจัยด้านพันธุกรรมศาสตร์ที่พบว่าฝาแฝดเหมือน ผู้ถูกเลี้ยงและเติบโตในสถานที่ต่างกัน แต่เป็นโรคติดสุรา (alcoholism) เหมือนกัน

4. ปัจจัยด้านสมองและสารสื่อประสาท ยาและสารเสพติดจะออกฤทธิ์ผ่านตัวรับและสารสื่อประสาทมีผลต่อสารเคมี และสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติด อาการคือ อาการถอนยาและสารเสพติด โดยเฉพาะ brain reward circuit

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เสพยาเสพติด

1. ภาวะจิตใจที่อ่อนแอ อ่อนไหว มีภาวะเครียด ซึมเศร้า
2. อยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง
3. ถูกชักชวน ชักจูง หลอกลวง บังคับ
4. ครอบครัวยากจน ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ การดูแลสอดส่อง
5. สิ่งแวดล้อม อยู่ในแหล่งที่มีการแพร่ระบาดมาก
6. ค่านิยมที่ผิด โดยเลียนแบบตัวอย่างจากสื่อ ดารา นักแสดง เป็นต้น

สาเหตุการติดยาเสพติดที่เกิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์

1. อยากทดลอง เกิดจากความอยากรู้อยากเห็นซึ่งเป็นนิสัยของคนโดยทั่วไป และโดยที่ไม่คิดว่าตนจะติดสิ่งเสพติดนี้ได้จึงไปทำการทดลองใช้สิ่งเสพติดนั้น ในการทดลองใช้ครั้งแรก ๆ อาจมีความรู้สึกดีหรือไม่ดีก็ตาม ถ้ายังไม่ติดสิ่งเสพติดนั้น ก็อาจประมาท ไปทดลองใช้สิ่งเสพติดนั้นอีก จนในที่สุดก็ติดสิ่งเสพติดนั้น หรือ ถ้าไปทดลองใช้สิ่งเสพติดบางชนิด เช่น เฮโรอีน แม้จะเสพเพียงครั้งเดียว ก็อาจทำให้ติดได้

2. ความคึกคะนอง คนบางคนมีความคึกคะนอง ชอบพูดวาทะเป็นนิสัย โดยเฉพาะวัยรุ่นมักจะมีนิสัยดังกล่าว คนพวกนี้อาจแสดงความเก่งกล้าของตน ในกลุ่มเพื่อนโดยการแสดงการใช้สิ่งเสพติดชนิดต่าง ๆ เพราะเห็นแก่ความสนุกสนาน ตื่นเต้น และให้เพื่อนฝูงยอมรับว่าตนเก่ง โดยมีได้คำนึงถึงผลเสียหรือ อันตรายที่จะเกิดขึ้นในภายหลังแต่อย่างไร ในที่สุดตนเองก็กลายเป็นคนติดสิ่งเสพติดนั้น

3. การชักชวนของคนอื่น อาจเกิดจากการเชื่อตามคำชักชวนโฆษณา ของผู้ขายสินค้าที่เป็นสิ่งเสพติดบางชนิด เช่น ยากระตุ้นประสาทต่างๆ ยาขยัน ยาม้า ยาบ้า เป็นต้น โดยผู้ขายโฆษณาสรรพคุณของสิ่งเสพติดนั้นว่ามีคุณภาพดี สารพัดอย่างเช่น ทำให้มีกำลังวังชา ทำให้มีจิตใจแจ่มใส ทำให้มีสุขภาพดี ทำให้มีสติปัญญาดี สามารถรักษาโรคได้บางชนิด เป็นต้น ผู้ที่เชื่อคำชักชวนโฆษณาดังกล่าวจึงไปซื้อตามคำชักชวนของเพื่อนฝูง ซึ่งโดยมากเป็นพวกที่ติดสิ่งเสพติดนั้นอยู่แล้ว ด้วยความเกรงใจเพื่อน หรือ เชื้อเพื่อน หรือต้องการแสดงว่าตัวเป็นพวกเดียวกับเพื่อน จึงใช้สิ่งเสพติดนั้น

สาเหตุที่เกิดจากการถูกล่อลวง

ปัจจุบันนี้มีผู้ขายสินค้าประเภทอาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มบางรายใช้สิ่งเสพติดผสมลงในสินค้าที่ขาย เพื่อให้ผู้ซื้อสินค้านั้นไปรับประทานเกิดการติด อยากรับประทานอีก ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ซื้ออาหารนั้นมารับประทาน จะไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเกิดการติดสิ่งเสพติดขึ้นแล้ว รู้แต่เพียงว่าอยากรับประทานอาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มที่ซื้อจากร้านนั้น ๆ กว่าจะทราบก็ต่อเมื่อตนเองรู้สึกผิดสังเกตต่อความต้องการจะซื้ออาหารจากร้านนั้นมารับประทาน หรือต่อเมื่อมีอาการเสพติดรุนแรง และมีสุขภาพเสื่อมลง

สาเหตุที่เกิดจากความเจ็บป่วย

1. คนที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้นเพราะสาเหตุต่าง ๆ เช่น ได้รับบาดเจ็บรุนแรง เป็นแผลเรื้อรัง มีความเจ็บปวดอยู่เป็นประจำ เป็นโรคประจำตัวบางอย่าง เป็นต้น ทำให้ได้รับทุกข์ทรมานมาก หรือ เป็นประจำ จึงพยายามแสวงหาวิธีที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากความทุกข์ทรมานนั้นซึ่งวิธีหนึ่งที่ทำได้ง่ายคือการรับประทานยาที่มีฤทธิ์ระงับอาการเจ็บปวดนั้นได้ ซึ่งไม่ใช่เป็นการรักษาที่เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยเพียงแต่ระงับอาการเจ็บปวดให้หมดไปหรือลดน้อยลงได้ชั่วคราว เมื่อฤทธิ์ยาหมดไปก็จะกลับเจ็บปวดใหม่ ผู้ป่วยก็จะใช้นั่นอีก เมื่อทำเช่นนี้ไปนาน ๆ เกิดอาการติดยานั้นขึ้น

2. ผู้ที่มีจิตใจไม่เป็นปกติเช่น มีความวิตกกังวล เครียด มีความผิดหวังในชีวิต มีความเศร้าสลด เสียใจ เป็นต้น ทำให้สภาวะจิตใจไม่เป็นปกติจนเกิดการป่วยทางจิตขึ้น จึงพยายามหายาหรือสิ่งเสพติดที่มีฤทธิ์สามารถคลายความเครียดจากทางจิตได้ชั่วขณะหนึ่งมารับประทาน แต่ไม่ได้รับการที่ต้นเหตุเมื่อยาหมดฤทธิ์ จิตใจก็จะกลับเครียดอีก และ ผู้ป่วยก็จะเสพสิ่งเสพติด ถ้าทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ก็จะทำให้ผู้นั้นติดยาเสพติดในที่สุด

3. การไปซื้อยามารับประทานเองโดยไม่ทราบสรรพคุณยาที่แท้จริงขนาดยาที่ควรรับประทาน การรับประทานยาเกินจำนวนกว่าที่แพทย์ได้สั่งไว้ การรับประทานยาบางชนิดมากเกินไป หรือรับประทานติดต่อกันนาน ๆ บางครั้งอาจมีอาการถึงตายได้ หรือบางครั้งทำให้เกิดการเสพติดยานั้นได้

4. สาเหตุอื่น ๆ การอยู่ใกล้แหล่งขายหรือใกล้แหล่งผลิต หรือ เป็นผู้ขายหรือผู้ผลิตเอง จึงทำให้มีโอกาสติดสิ่งเสพติดให้โทษนั้นมากกว่าคนทั่วไป เมื่อมีเพื่อนสนิทหรือพี่น้องที่ติดสิ่งเสพติดอยู่ ผู้นั้นย่อมได้เห็นวิธีการเสพของผู้ที่อยู่ใกล้ติด เห็นพฤติกรรมต่าง ๆ ของเขาด้วย และยังสามารถรับคำแนะนำหรือชักชวนจากผู้เสพด้วย จึงมีโอกาสติดได้

4.1 คนบางคนอยู่ในสภาพที่มีปัญหา เช่น ว่างาน ยากจน ค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยมีรายได้ลดลง หรือคงที่มีหนี้สินมาก ฯลฯ เมื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้ก็หันไปใช้สิ่งเสพติด ช่วยผ่อนคลายความรู้สึก ในความทุกข์ยากต่างเหล่านี้ แม้จะรู้ว่าเป็นชั่วครู่ช่วยยามก็ตาม เช่น กลุ้มใจที่เป็นหนี้คนอื่นก็ไปกินเหล้า หรือ สูบกัญชาให้เมาเพื่อที่จะได้ลืมเรื่องหนี้สิน บางคนต้องการรายได้เพิ่มขึ้น โดยพยายามทำงานให้หนัก และมากขึ้นทั้ง ๆ ที่ร่างกายอ่อนเพลียมากจึงรับประทานยากระตุ้นประสาทเพื่อให้สามารถทำงานต่อไปได้ เป็นต้น ถ้าทำอยู่เป็นประจำทำให้ติดสิ่งเสพติดนั้นได้

4.2 การเลียนแบบ การที่ไปเห็นผู้ที่ตนสนิทสนมรักใคร่หรือเพื่อน จึงเห็นว่าเป็นสิ่งน่าลอง เป็นสิ่งโก้เก๋เป็นสิ่งที่แสดงความเป็นพวกเดียวกัน จึงไปทดลองใช้สิ่งเสพติดนั้นจนติด

4.3 คนบางคนมีความผิดหวังในชีวิตตนเอง ผิดหวังในชีวิตครอบครัว หรือผิดหวังในชีวิตสังคม เพื่อเป็นการประชดตนเองหรือคนอื่น จึงไปใช้สิ่งเสพติดจนติด ทั้ง ๆ ที่ทราบว่าไม่ดีกว่าและไม่ดีก็ตามและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดสารเสพติดของเด็กและเยาวชนมีสาเหตุจาก

- 1) สภาพแวดล้อมในชุมชนมีแหล่งซื้อขายยาเสพติดอย่างแพร่หลาย
- 2) การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนที่ติดยาเสพติด
- 3) การเลียนแบบเพื่อนที่ติดยาเสพติด
- 4) สถานศึกษาขาดสถานที่ที่จะมาช่วยผ่อนคลายความเครียดให้กับนักเรียนนักศึกษา
- 5) นักเรียน นักศึกษาเป็นอยู่ในวัยที่ย่อยากรู้ยากลอง
- 6) มีปัญหาครอบครัวแตกแยก และ
- 7) การรับรู้ข่าวสารผิดๆ เกี่ยวกับยาเสพติดปัจจัยด้านความรู้เรื่องสารเสพติดและกฎหมาย

(กิตติวงศ์ สาสวด, 2559)

ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาและสารเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว อัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติด (สรวิชัย เหล่าตรุณ, 2561) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งพบว่า การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย ทัศนคติ การช่วยงานบ้าน อายุ และการสนับสนุนของผู้ปกครองมีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชน (สุวพันธุ์ คะโยธา, 2561)

สรุป

ระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการที่เป็นวิทยาศาสตร์ มีบริบทขอบเขตครอบคลุมทั้งทางด้านการป้องกันและการรักษา และต้องมีการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ได้จริง ๆ ดังนั้น ประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของระบาดวิทยาคือการนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอย่างเป็นวงจรที่ต่อเนื่องไม่สิ้นสุด ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพทุก ๆ คน จำเป็นต้องมีพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา เพื่อให้สามารถนำไปพัฒนางานที่รับผิดชอบ เพราะระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัย ซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพนั่นเอง

อ้างอิงบรรณานุกรม

- กิตติวงศ์ สาสวด. (2559). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่เทศบาล อำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารชุมชนวิจัย. 10 (1). หน้า 116 – 124.
- รัศเมน กลัปยาศิริ. (2563). ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 = Facts and figures : illegal substances in Thailand 2017-2020. สงขลา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. (2553). ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยมานพ คณะใด. 2551. วิทยาการระบาดเชิงคลินิกและชีวสถิติ. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สรวิชัย เหล่าตรุณ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. (36) 4. หน้า 146 – 156.
- สุวพันธุ์ คะโยธา. (2561). ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตเทศบาลเมืองสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 21 (3). หน้า 84-95.

2. เทคนิคที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ใช้ยาและสารเสพติด ทักษะชีวิต และสุขภาพจิต

นางเลอลักษณ์ แทนเกษม : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ด้วยสถานการณ์ปัญหาทางสังคม ซึ่งคุกคามเข้าสู่สถาบันครอบครัวอย่างรวดเร็ว รุนแรง และมีความสลับซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนให้เป็นไปตามหลักการและแนวคิดดังกล่าวได้โรงเรียนทุกระดับจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือให้นักเรียนที่เข้มแข็ง มีแนวทางใหม่ ๆ ในการรับมือกับสถานการณ์ปัญหา โดยเฉพาะสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของสิ่งเสพติดที่แทรกซึมอยู่ในทุกส่วนของสังคม การจัดกิจกรรมการเรียนรู้จึงต้องคำนึงถึงการสร้างความสมดุลระหว่างความเก่ง ความดีและความสุข รวมทั้งสวัสดิภาพและความปลอดภัยของผู้เรียนการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันให้แก่ผู้เรียน จึงมีความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนที่ครูทุกคนจะต้องคำนึงถึง และสามารถสอดแทรกบูรณาการลงในกลุ่มสาระการเรียนรู้ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ซึ่งในแต่ละมาตรฐานและตัวชี้วัด สามารถบูรณาการสอดแทรกกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้ผู้เรียนมีภูมิคุ้มกันทางร่างกายและจิตใจได้เป็นอย่างดี

ความหมายของทักษะชีวิต

ทักษะชีวิต คือ ความสามารถของบุคคลทั้งความรู้ เจตคติ และทักษะที่จะปรับตัว และเผชิญต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ในชีวิต อย่างสร้างสรรค์ มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม / สังคม ผู้ที่มีทักษะ ชีวิตที่ดี จะมีปฏิสัมพันธ์และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความบากบั่น รู้จักแก้ปัญหาได้ดี ปรับตัวได้ พึ่งตนเองได้ และป้องกันตนเองในภาวะคับขัน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และ สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2553)

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้กำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตสำคัญที่จะสร้างและพัฒนาเป็นภูมิคุ้มกันชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชนในสภาพสังคมปัจจุบันและเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคตไว้ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น

การตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น หมายถึง การรู้ความถนัดความสามารถ รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง เข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคลรู้จักตนเอง ยอมรับ เห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเองและผู้อื่น มีเป้าหมายในชีวิต และมีความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งระบุพฤติกรรมทักษะชีวิตที่คาดหวัง ดังนี้

1. ค้นพบความถนัด ความสามารถ และบุคลิกภาพของตนเอง
2. ค้นพบจุดเด่นจุดด้อยของตนเอง
3. ยอมรับความแตกต่างระหว่างตนเองและผู้อื่น
4. มองตนเองและผู้อื่นในแง่บวก
5. รักและเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น
6. มีความภาคภูมิใจในตนเองและผู้อื่น
7. มีความเชื่อมั่นในตนเองและผู้อื่น
8. รู้สิทธิของตนเองและเคารพสิทธิผู้อื่น
9. มีทักษะชีวิตในการกำหนดเป้าหมายและทิศทางการประสบความสำเร็จ
10. มีความรับผิดชอบต่อสังคม

องค์ประกอบที่ 2 การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์

การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ หมายถึง การแยกแยะข้อมูลข่าวสารปัญหาและสถานการณ์รอบตัว วิพากษ์วิจารณ์และประเมินสถานการณ์รอบตัวด้วยหลักเหตุผลและข้อมูลที่ถูกต้อง รับรู้ปัญหาสาเหตุของปัญหา หาทางเลือกและตัดสินใจในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ซึ่งระบุพฤติกรรมทักษะชีวิตที่คาดหวัง ดังนี้

1. เลือกผู้รับข้อมูลข่าวสารอย่างไตร่ตรองและรู้เท่าทันสังคมที่เปลี่ยนแปลง
2. ตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญอย่างมีเหตุผลและรอบคอบ
3. แก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤตได้อย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์
4. มองโลกในแง่ดี
5. มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์
6. ประเมินและสร้างข้อสรุปบทเรียนชีวิตของตนเอง

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

การจัดการกับอารมณ์และความเครียด หมายถึง ความเข้าใจและรู้เท่าทันภาวะอารมณ์ของบุคคลรู้สาเหตุของความเครียด รู้วิธีการควบคุมอารมณ์และความเครียด รู้วิธีผ่อนคลาย หลีกเลี้ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีซึ่งระบุพฤติกรรมทักษะชีวิตที่คาดหวัง ดังนี้

1. ประเมินและรู้เท่าทันภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง
2. จัดการกับความขัดแย้งต่าง ๆ ได้ด้วยวิธีที่เหมาะสม
3. รู้จักคลายความเครียดด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์
4. รู้จักสร้างความสุขให้กับตนเองและผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น หมายถึง การเข้าใจมุมมองอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น ใช้ภาษาพูดและภาษากายเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง รับรู้ความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของผู้อื่น วางตัวได้ถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ใช้การสื่อสารที่สร้างสัมพันธภาพที่ดีสร้างความร่วมมือและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ซึ่งระบุพฤติกรรมทักษะชีวิตที่คาดหวัง ดังนี้

1. ยืนยันความต้องการของตนเอง ปฏิเสธและต่อรองบนพื้นฐานของความถูกต้อง
2. กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์
3. ทำงานร่วมกับผู้อื่นตามวิถีประชาธิปไตย
4. มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่น
5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นด้วยการสื่อสารเชิงบวก
6. เคารพ กฎกติกาของสังคม
7. ให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้

ทักษะชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนจำเป็นต้องมีทั้งนี้เพราะนับตั้งแต่มนุษย์เกิดมาจะต้องได้รับการหล่อหลอมโดยกระบวนการตามธรรมชาติและกระบวนการทางสังคม เป็นปฏิกริยาต่อเนื่องเป็น ลูกโซ่ระหว่างที่ผ่านกระบวนการเหล่านั้น มนุษย์ต้องปะทะกับแรง บีบ แรงกดดัน และแรงกระแทก จากภายนอกที่สำคัญสี่แหล่ง คือ ขนบประเพณี และวัฒนธรรม ครอบครัว เพื่อน และสิ่งแวดล้อม คนที่จะยืนหยัดอยู่ในโลกนี้ได้อย่างปกติสุข และไม่กลายเป็นคนเจ้าปัญหาจึงได้แก่คนที่สามารถจัดการกับแรงปะทะจากแหล่งภายนอกได้อย่างสมดุลโดยอาศัยทักษะชีวิตที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน การพัฒนาทักษะชีวิตในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2558)

เยาวชนในปัจจุบันตกอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ขณะเดียวกันก็มี ปัญหาของสถาบันครอบครัว ดังนั้นในการพัฒนาเยาวชนจึงมีความจำเป็นที่ระบบการศึกษาจะต้องช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเยาวชนส่วนใหญ่เพื่อที่จะไปเผชิญกับปัญหารอบตัวและภูมิคุ้มกันเหล่านี้จะ เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างครอบครัวในอนาคตของเยาวชนต่อไป การศึกษาเกี่ยวกับทักษะชีวิตจะช่วยปูพื้นฐานด้านเจตคติสร้างทักษะที่สำคัญต่อการมีชีวิตครอบครัวและการปรับตัวในครอบครัว (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ : 2538 อ้างใน กองสุศึกษา, 2553) คือ

- สร้างเจตคติของความเสมอภาคระหว่างชาย หญิงในด้านบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม
- สร้างค่านิยมที่ดีด้านชีวิตครอบครัว เช่น ค่านิยมผัวเดียวเมียเดียว ความรับผิดชอบต่อครอบครัว
- สร้างค่านิยมในเรื่องเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ วุฒิภาวะทางเพศ
- สร้างความสามารถในการปรับตัวในครอบครัว เช่น มีทักษะการสื่อสารการแก้ปัญหา

ความสามารถที่เป็นทักษะชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์และการฝึกฝน อบรมซึ่งเกิดขึ้นในวงจรของชีวิตประจำวันในสังคม โดยการปะทะหรือมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่พี่น้อง เพื่อนและผู้ใหญ่ในชุมชน ดังนั้นแหล่งที่มาของทักษะชีวิตของเยาวชนเท่าที่เคยมีมาอาจจำแนกเป็น 3 แหล่งใหญ่ คือ

บ้านหรือครอบครัว คือ ได้จากการได้ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และได้รับถ่ายทอดหล่อหลอมจากการฟังนิทาน นิยายที่ผู้ใหญ่เล่าให้ฟัง ได้แบบอย่างจากการสนทนาและ ปฏิบัติการงานอาชีพปกติของผู้ใหญ่ ได้จากการช่วยทำงาน เช่น ทำงานบ้าน ดูแลสัตว์เลี้ยงและเลี้ยงน้อง เป็นต้น

ชุมชน คือ ได้จากการร่วมกิจกรรมในชุมชน ได้ความคิดและแบบอย่างจากการปฏิบัติของ ผู้ใหญ่ในชุมชนและดูแบบอย่างจากการละเล่นพื้นเมือง เกม งานประเพณี เล่นกับเพื่อน ๆ พบปะสนทนากับบุคคลต่างกลุ่มต่างวัย โดยที่ไม่มีภาวะกดดัน เป็นต้น

โรงเรียน ได้จากการฝึกอบรม จากกระบวนการเรียนการสอนทั้งในและนอกหลักสูตร โดยเฉพาะที่มีการสอดแทรกในวิชาวรรณคดี นิทาน บทเรียนวิชาภาษาไทย การแนะแนว กิจกรรมเสริม หลักสูตร และการอบรมบ่มนิสัย

การสอนทักษะชีวิตก็เหมือนกับทักษะโดยทั่วไปที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถที่จะ พัฒนาได้โดยจัดโปรแกรมทักษะชีวิตศึกษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการขาดทักษะ เช่น แรงกดดันของขบวนการกลุ่มเพื่อนในการชักนำไปใช้ยา การขาดการป้องกันทางเพศที่นำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงสามารถที่จะป้องกันโดยการวางรากฐานที่ดีโดย ใช้ทักษะชีวิต ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสอนทักษะชีวิตได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษากันอย่างกว้างขวางในการป้องกันปัญหาดังแต่ระยะเริ่มแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างทักษะชีวิต

ทักษะชีวิตเป็นความสามารถที่เกิดในตัวผู้เรียนได้ด้วยวิธีการสำคัญ 2 วิธีคือ

1. เกิดเองตามธรรมชาติเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดี แต่การเรียนรู้ตามธรรมชาติจะไม่มีทิศทางและเวลาที่แน่นอนบางครั้งกว่าจะเรียนรู้ก็อาจจะสายเกินไป
2. การสร้างและพัฒนาโดยกระบวนการเรียนการสอน เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผ่านกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ได้ลงมือปฏิบัติจริง ได้ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น ได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกันสะท้อนความรู้สึกนึกคิด มุมมอง เชื่อมโยงวิถีชีวิตของตนเองเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และปรับใช้กับชีวิต

แนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิต

สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ส่งผลกระทบต่อนักเรียนเป็นอย่างมาก ทั้งการดำเนินชีวิตท่ามกลางกระแสเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย และความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการศึกษานักเรียน ตลอดจนการเผชิญสิ่งยั่วยุ หรือตัวแบบที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ รอบตัว ก่อให้เกิดปัญหาเด็กและเยาวชนที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น การปรับตัวการรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เหมาะสม ปัญหายาเสพติดเป็นต้น และจากการสำรวจสถานการณ์ยาเสพติดช่วงแผนปฏิบัติการ “พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด” การพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะชีวิตอย่างเพียงพอต่อการเผชิญปัญหาเสพติดโรงเรียนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางต่าง ๆ ดังนี้

1. ระบบข้อมูล สถานศึกษาควรมีข้อมูลสภาพปัญหาเสพติดในสถานศึกษา เช่น สภาพการใช้สารเสพติดของครู/นักเรียน ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนที่มีพฤติกรรมทุกด้านทั้งด้านดีและเปี่ยงเบน ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมยาเสพติดและการแก้ไข ข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อเป็นองค์ความรู้สำคัญในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานศึกษา

2. ระบบป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น การให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียน กำหนดในเนื้อหาการเรียนรู้อันเพื่อป้องกันยาเสพติดในหลักสูตร กำหนดมาตรการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ฝ่ายนิติศาสตร์การเนื่องในโอกาสสำคัญ ๆ การจัดเสียงตามสายกิจกรรมหน้าเสาธง การบรรยายพิเศษ ตลอดจนการสร้างเสริมทักษะชีวิต เพื่อสร้างคุณลักษณะหรือความสามารถในเชิงสังคมจิตวิทยาให้นักเรียนได้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ระบบให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาจะช่วยให้นักเรียนแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว หรือการเรียน เป็นต้น โดยใช้ทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนช่วยเหลือ เช่น กลุ่มเพื่อน ครูที่ปรึกษา ครูแนะแนว

4. ระบบเฝ้าระวัง สถานศึกษาควรสร้างระบบกลไกเฝ้าระวังยาเสพติดในสถานศึกษาให้เป็นระบบการแจ้งเตือนในเรื่องยาเสพติดให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ สำรวจสภาพปัญหาและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอยู่เสมอ รับแจ้งข่าวสารเบาะแสจากบุคคลภายในสถานศึกษาและชุมชน จัดให้มีช่องทางการแจ้งข่าวสาร เช่น โทรศัพท์สายด่วน ตู้รับแจ้งเบาะแส เป็นต้น

5. ระบบการสนับสนุนจากชุมชนและสร้างเครือข่ายการทำงาน การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการทำงาน เป็นการช่วยเสริมความเข้มแข็งในการทำงานและมีพลังในการทำงานมากขึ้น เช่น ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานให้เหมาะสมกับวัย ให้ความรัก ความอบอุ่น สถานศึกษาควรให้ความรู้

6. ระบบบริหารจัดการ สถานศึกษาควรกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ซึ่งอาจจะประกอบด้วยผู้บริหารสถานศึกษา ครู บุคลากรทุกฝ่าย ผู้ปกครอง นักเรียนและชุมชนในรูปของคณะกรรมการโดยมีภารกิจหลัก คือ

- 6.1 จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีบริหารทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน
- 6.2 อำนวยความสะดวกในการขับเคลื่อนกิจกรรมด้านยาเสพติด และระดมทรัพยากรดำเนินงานจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย เครือข่ายการทำงานและชุมชน
- 6.3 พัฒนาบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานด้านยาเสพติด เช่น นักเรียนแกนนำ ครูแกนนำ เป็นต้น
- 6.4 กำกับติดตามการดำเนินงาน
- 6.5 รวบรวมและรายงานผลการดำเนินงาน

6.6 วิจัยและพัฒนาการต่อต้านยาเสพติดในสถานศึกษา เพื่อเผยแพร่และศึกษาพัฒนาต่อยอด พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา ควรบูรณาการกับทุกกลุ่มสาระการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษา และพลศึกษาซึ่งมีสาระการเรียนรู้และมาตรฐานการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันปัญหายาเสพติด รวมทั้งพัฒนาระบบงานเพื่อรองรับการปฏิบัติงานสร้างภูมิคุ้มกันปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาประกอบด้วย

ทักษะชีวิตต่อการป้องกันการเสพติด

ทักษะชีวิตในการป้องกันการเสพติด หมายถึง ความสามารถที่จะเผชิญกับสิ่งที่ทำลาย หรือเชิญชวนให้มีการเสพติด ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธ เมื่อชักชวนให้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ความภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกถึงความสำเร็จของตน รู้สึกว่าตนเองเป็นคนมีความสามารถ และมีความหมายต่อบุคคลอื่น ได้แก่พ่อแม่ ครูอาจารย์และเพื่อนๆ

ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยผ่านกระบวนการคิด 4 ขั้นตอน ได้แก่ การระบุสิ่งที่ต้องเลือก การระบุทางเลือกต่างๆ การวิเคราะห์ผลดีผลเสียของทางเลือก การตัดสินใจเลือกทางเลือกบนพื้นฐานของเหตุผลและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

ทักษะการแก้ไขปัญหา หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ปัญหา ระบุแนวทางแก้ไขปัญห โดยผ่านกระบวนการคิด 4 ขั้นตอน ได้แก่ การระบุสิ่งที่ปัญหา การคิดวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดบนพื้นฐานของเหตุผลและความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา

ทักษะการปฏิเสธ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้คำพูดและภาษาท่าทางเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตน ในการแสดงความต้องการที่จะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal relationship skills) สามารถช่วยให้บุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสามารถที่จะรักษาและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข และรวมถึงการรักษาสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกใน ครอบครัวที่เป็นแหล่งสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) หมายถึง ความสามารถในการใช้คำพูดและภาษาท่าทาง เพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนอย่างเหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่าง ๆ โดยสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นความปรารถนา ความต้องการ การขอร้อง การเตือนและการขอความช่วยเหลือ

การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions) เป็นการรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองและแสดงออกได้อย่างเหมาะสม เช่น อารมณ์รุนแรงต่าง ๆ หรือความเศร้าโศกที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

การจัดการกับความเครียด (Coping with stress) เป็นความสามารถในการรู้ถึงสาเหตุของความเครียดและรู้ถึงหนทางในการควบคุมระดับความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในวิถีชีวิต การเรียนรู้วิธีผ่อนคลายเมื่ออยู่ในภาวะความตึงเครียดได้อย่างเหมาะสมเพื่อที่จะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ

การให้สุขภาพจิตศึกษา

หมายถึง การสอนและการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยจิตเวช เกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงวิธีการรักษา วิธีการสังเกตอาการ การกลับเป็นซ้ำ เพื่อสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีที่จะรับมือกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเองและผลกระทบที่ตามมา การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้กับผู้ป่วยจิตเวชเพราะมีการวิจัยหลายฉบับที่สนับสนุนว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยและมีการใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2552)

การให้สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การรักษา แต่เป็นส่วนหนึ่งที่จำเป็นของแผนการรักษาโรคทางจิตเวช เช่น การให้ความรู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ ทั้งในเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่จะนำไปสู่การที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ โดยรูปแบบอาจจัดเป็นสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่มในรายที่มีปัญหาเหมือนกัน หรือให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ดูแล โดยยึดหลักการสอนในรูปแบบที่ยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการสอนสองทางโดยใช้ทักษะการถาม การฟังอย่างใส่ใจ การให้ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะ การสะท้อนความรู้สึกร่วม การทวนความ การสรุปความ และการใช้สื่อการสอนสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขจะปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้สำเร็จได้โดยยึดหลัก 4H (Hospitality) คือ

1. Head รู้จักวางแผนบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับงานในภาระหน้าที่อื่น ๆ เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
2. Heart งานสุขภาพจิตต้องอาศัยพลังใจในการทำงาน เนื่องจากเป็นงานที่ต้องใช้ความเสียสละช่วยเหลือผู้อื่นซึ่งต้องใช้เวลาและความอดทน
3. Hand ร่วมมือร่วมใจงานสุขภาพจิตเป็นงานที่ต้องเกิดจากความร่วมมือกันหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นสหวิชาชีพ ภาครัฐและภาคเอกชน
4. Human ชุมชน สังคม การตั้งศักยภาพของชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน

อ้างอิง

คณะทำงานการจัดการความรู้กรมสุขภาพจิต. คู่มือ รูปแบบการดูแลสังคมจิตใจสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ (2553). ทักษะชีวิต. [Online] Available : <http://www.teenrama.com>

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการ. (2558). แนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันภัยยาเสพติดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

3. การพยาบาลผู้ติดสุราระยะถอนพิษ

นางจันทร์เพ็ญ มุลศรี : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลอภัยภูธรขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. สามารถประเมินภาวะสุขภาพและสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
2. สามารถตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง
3. สามารถติดตาม เฝ้าระวังและให้การพยาบาลในระยะต่าง ๆ ของภาวะถอนพิษสุราได้อย่างเหมาะสม
4. สามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงอาการขาดสุราได้

เนื้อหา

การประเมินภาวะสุขภาพและสภาพปัญหา

ประเมินองค์รวม : ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ

วิธีการประเมิน

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การประเมินสภาพจิต
4. การประเมินทางด้านจิตสังคม

ขั้นตอนการพยาบาล

แบ่งออกเป็น 4 ระยะตามมาตรการการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

1. การพยาบาลเพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น
2. การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา (detoxification) และโรคร่วมทางกาย
3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)
4. การพยาบาลระยะหลังการรักษา (After Care)

การประเมินด้านร่างกาย

1. สัญญาณชีพ : T, BP, PR, RR
2. Glasgow coma score
3. Intake/Output
4. บาดแผล
5. ผลทางห้องปฏิบัติการ
6. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย
7. ประเมินภาวะโรคร่วมทางกาย
8. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการขาดสุรา
9. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

การประเมินด้านจิตใจ

1. การเสพยาเสพติดอื่นร่วม
2. ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการใช้สารเสพติด
3. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
4. ประเมินภาวะซึมเศร้า
5. ประเมินความรู้สึกผิด ละอายใจ (Feelings of guilt/shame)
6. ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย (Multiple stressors/losses)
7. ประเมินระดับอาการทางจิต - หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายของทำร้ายคนอื่น - อาการหูแว่ว/ภาพหลอน - ซึมเศร้า คิดจะทำร้ายตนเอง - ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย - งุนงง สับสน หลงลืม

การวินิจฉัยทางการแพทย์

การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังด้านร่างกาย

1. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ
2. เฝ้าระวังภาวะชักที่อาจเกิดใน 24 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม
3. เฝ้าระวังการสั่นอาหารและน้ำ
4. เฝ้าระวังการเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว
5. เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
6. ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อกรณีเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. ประวัติการดื่มหนักและหยุดดื่มทันที
2. สุราที่มีฤทธิ์ต่อ ion channel กด CNS และมี cross-dependence
3. ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางกาย

การพยาบาล

1. ชักประวัติการดื่มสุราอย่างละเอียด
2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม.และตามอาการ
4. ดูแลการได้รับสารน้ำ อาหารอย่างเพียงพอ
5. ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ประเมินอาการก่อน/หลังให้ยาและประเมินผลข้างเคียงของยา
7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการขาดสุรา
8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและความร่วมมือในการรักษา
9. ส่งเสริมให้ทีมให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงของสุราและยารักษาอาการขาดสุรา (BZP) มีผลทำให้เกิดศูนย์การหายใจ
2. Tracheobronchial obstruction
3. มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจเรื้อรัง
4. กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง ไม่มีกำลัง

การพยาบาล

1. เฝ้าระวังอัตราการหายใจ ความแรง ลึก ของการหายใจ
2. บันทึกช่วงเวลาของการหยุดหายใจหรือหายใจไม่สม่ำเสมอ
3. ฟังเสียงหายใจ บันทึกเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียง rhonchi, wheezes
4. Fowler's position
5. กระตุ้นการไอ หายใจลึกๆ และพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ
6. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูดเสมหะถ้ามี
7. Record V/S ทุก 1-2 ชม และตามอาการ
8. Oxygen sat.< 95 ให้ supplemental oxygen
9. CXR และรายงานผล
10. Record nurse's note

3. เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. สุรามีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ
2. แรงต้านทานของระบบหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง
3. การเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าของหัวใจ
4. Electrolyte imbalance

การพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชม.
2. เฝ้าระวังจำนวนและจังหวะการเต้นของหัวใจ:irregularity/dysrhythmias
3. เฝ้าระวังอุณหภูมิของร่างกาย
4. Record intake/output 24 ชม.
5. เตรียมพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพ
6. เฝ้าระวังความผิดปกติของ Lab: serum k+
7. ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ
8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
9. ดูแลให้ได้รับ K+ ตามแผนการรักษา

4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. การหยุดดื่มสุรามีผลแปรผันกับระบบประสาทอัตโนมัติตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทันทีทันใด
2. เกิดการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อไม่รู้ตัว (seizure)
3. ร่างกายขาดความสมดุล ส่งผลให้กล้ามเนื้อ แขน และตาไม่ประสานกัน ทำให้ควบคุมร่างกายขณะเคลื่อนไหวได้น้อย

การพยาบาล

1. เผื่อระวังอาการชักและบันทึกข้อมูล
2. ดูแลไม่ให้มีสิ่งขีดขวางทางเดิน
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น มีไม้กั้นเตียง เตียงต่ำ ห้องน้ำแห้งไม่ลื่น
4. ตรวจสอบปฏิกิริยาตอบสนองของเส้นเอ็นยึดกล้ามเนื้อผิดปกติ
5. ประเมินลักษณะ ท่าทางการเดิน การเคลื่อนไหว
6. ช่วยเหลือเวลาเคลื่อนไหว
7. ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

5. เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. สูญเสียสารเกลือแร่จากการเกิด metabolism ขณะเกิด autonomic hyperactivity เช่น เหงื่อออก สั่น หายใจเร็ว ไข้ อาเจียน และถ่ายเหลว
2. ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำน้อยจาก อาการมึนงง สับสน หลับจากฤทธิ์ของยาในกลุ่ม benzodiazepine

การพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. และตามอาการ
2. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ประเมินอาการอ่อนแรงแขนขา การเคลื่อนไหว
4. ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร
5. ดูแลให้สารน้ำและอาหารให้เพียงพอ
6. พิจารณาให้อาหารทางสายยางถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนลำบาก
7. ดูแลการได้รับ IV Fluid
8. ดูแลการได้รับยาตามแผนการรักษา
9. Record I/O 10. ระวังอุบัติเหตุ

6. เสี่ยงต่อการเกิดอาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวงรุนแรง
2. มีโรคร่วมทางจิต: โรคซึมเศร้า suicide attempt
3. มีประวัติเสพยาเสพติดร่วม : ก้าวร้าว ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

การพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต
2. ประเมินอาการทางกายร่วมเพื่อประกอบการบริหารจัดการเรื่องการให้ยา PRN
3. ชักประวัติการใช้ยาเสพติดร่วมอย่างละเอียด
4. ให้ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติจนเข้าใจ
5. ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา
6. ให้การดูแลลดอาการขาดสุราลงอย่างรวดเร็วที่สุด
7. พิจารณาผูกมัดถ้าจำเป็น
8. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
9. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ถ้าไม่ร่วมมืออาจจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง
10. มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้หรือญาติดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะมีความคิดทำร้ายตนเอง

7. บทพร่องเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันจากมินง สันสน

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ

1. สูงอายุ
2. ได้รับยาไม่เพียงพอ หรือได้รับมากเกินไป
3. thiamine deficiency
4. การติดเชื้อ

การพยาบาล

1. ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย
2. หาสาเหตุของอาการมินง สันสน แก่สาเหตุให้หมดไป
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่หลับกลางวัน
6. ดูแลการได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ
7. ระมัดระวังการให้ยา prn ให้เมื่อจำเป็น
8. ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุ
9. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
10. ให้ข้อมูลเรื่องโรค ระยะเวลาที่ใช้รักษาแก่ญาติ
11. พิจารณาผูกมัดเมื่อจำเป็น และดูแลตามแนวทางการผูกมัดอย่างเคร่งครัด
12. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษสุรา
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโรคร่วมทางกาย
4. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตเวช
5. สามารถดูแลตัวเองได้

การพยาบาลผู้ติดสุราระยะฟื้นฟูสภาพ การประเมินระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการบำบัดรักษา จากผู้ป่วยและญาติ
3. ประเมินระดับความเชื่อ ทศนคติต่อการใช้สุราทั้งของผู้ป่วยและญาติ
4. ประเมินระดับของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
5. ประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ
6. ประเมินและค้นหาปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน
7. ประเมินทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยง

1. ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา
2. ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม
3. ใช้กลไกการแก้ไขปัญหามิถูกต้อง

การพยาบาล

1. เสริมสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อเลิกสุรา กลุ่มต่างๆ เช่น Alcohol education, MI, CBT, Group counseling, Family therapy ตามระดับการประเมิน
3. เสริมสร้างทักษะชีวิต ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น
4. สร้างแรงจูงใจให้ญาติ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
5. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลตามหลัก D-METHOD
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคม
7. แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อทีมการบำบัดและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน
2. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา
3. ผู้ป่วยเข้ากลุ่มต่างๆ ครบตามแผนที่วางไว้
4. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา สามารถปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
5. ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้เมื่อกลับไปอยู่ในสังคม
6. ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา
7. ญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการรักษา
8. ญาติมีกำลังใจและสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับเข้าสู่สังคมได้
9. ญาติและผู้ป่วยสามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

อ้างอิง :

คู่มือสำหรับผู้อบรม : การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554

4. การพยาบาลผู้ติดสารกดประสาท

สุนันทา สุขสาครนาววัฒน์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

กลไกการออกฤทธิ์ของสารกดประสาท

สารกลุ่มนี้ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเป็นหลัก ทำให้จิตประสาทของผู้ที่ใช้สารเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางซ้าลง เช่น ระดับการรับรู้สติสัมปชัญญะลดลงจาก สภาวะที่เป็นอยู่เดิม เกิดความรู้สึกง่วงอยากนอน หนึ่งในกลไกสำคัญในการออกฤทธิ์ คือ การออกฤทธิ์ที่ตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA – gamma amino butyric acid) ชนิดเอ และ/หรือ บี ในสมองของผู้เสพสาร

ประเภทสารที่อยู่ในกลุ่มสารกดประสาท

สารในกลุ่มนี้ ได้แก่

แอลกอฮอล์ (alcohol) เช่น เอทานอล (ethanol) เป็นสารออกฤทธิ์สำคัญของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรากลั่น ไวน์ เป็นต้น โดยเบียร์นั้นเกิดจากการหมักข้าว บาร์เลย์หรือธัญพืช ซึ่งหากนำไปกลั่นจะได้สุรากลั่น โดยหากเครื่องดื่มที่กลั่นได้มี แอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบอย่างน้อยร้อยละ 20 และไม่ได้นำไปทำให้มีรสหวาน จะถูกเรียกว่า สปิริต (spirit) เช่น วิสกี้ (whiskey) วอดก้า (vodka) ซึ่งมีแอลกอฮอล์ ประมาณร้อยละ 40 ส่วนคำว่าลิเคอร์ (liquor) เป็นสุรากลั่น เช่นกัน เป็นคำที่นิยม ใช้ทางอเมริกาเหนือ สำหรับไวน์เกิดจากการหมักผลองุ่นหรือผลไม้ชนิดอื่น โดยใช้ระยะเวลาในการหมักนานกว่าเบียร์ทำให้ได้ปริมาณแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าเบียร์อยู่ที่ประมาณร้อยละ 9 ถึงร้อยละ 16 ทั้งนี้ การบอกความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ จะใช้ หน่วยเป็น % ABV (alcohol by volume) หรือสามารถบอกเป็น proof ได้ โดย proof จะมีค่าเป็นสองเท่าของ % ABV ที่อุณหภูมิ 60 องศาฟาเรนไฮต์ เช่น 80 proof เท่ากับ 40% ABV ส่วนการกำหนดจำนวนหน่วยดื่มมาตรฐาน หรือ ดริงค์ (standard drink) มีการกำหนดโดยประมาณเป็นปริมาณ แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ประมาณ 10 - 20 กรัม แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย กำหนดที่ปริมาณ แอลกอฮอล์ 10 กรัม ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดที่ 14 กรัม และประเทศญี่ปุ่นกำหนดค่าหน่วยมาตรฐาน ที่ประมาณเกือบ 20 กรัม เป็นต้น โดยทั่วไปมักเทียบหน่วยดื่มมาตรฐานหนึ่งหน่วยเท่ากับเบียร์ประมาณ 1 กระป๋อง (350 มิลลิลิตร; 5% ABV) หรือ ไวน์ 1 แก้ว (150 มิลลิลิตร; 12% ABV) หรือสปิริต 1 แก้ว (44 มิลลิลิตร; 40 % ABV)

ยากลุ่มบาร์บิทูเรต (barbiturate) เช่น ฟิโนบาร์บิโทล (phenobarbital) เซโคنال (seconal) หรือเหล่าแห่ง ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ด้านอาการชัก และทำให้ง่วง แต่ไม่ นิยมนำมาใช้ในปัจจุบันมากนัก เนื่องจากมียาตัวอื่นที่ออกฤทธิ์ รักษาได้ดี และไม่ เสี่ยงต่อการเสพติด

ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) เช่น ยาไดอะซีแพม (diazepam หรือ valium®) ยาอัลพราโซแลม (alprazolam หรือ xanax®) ยาโคลนาซีแพม (clonazepam หรือ rivotril® / klonopin®) ยาคลอไดอะซีพอกไซด์ (chlordiazepoxide หรือ librium®) ยาคลอราซีเพท (clorazepate หรือ tranxene®) ยาลอราซีแพม (lorazepam หรือ ativan®) ยาฟลูโนตราซีแพม (flunitrazepam หรือ rohypnol®) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จัดเป็นยากล่อมประสาท (tranquilizer) ซึ่งยาเหล่านี้สามารถใช้รักษาอาการทางจิตเวชและระบบประสาท บางชนิด เช่น ใช้ในระยะสั้นในการช่วยรักษาอาการนอนไม่หลับ คุมอาการในโรค กลุ่มวิตกกังวล รักษาอาการชัก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้สงบก่อนรับการผ่าตัด และควบคุมอาการก้าวร้าว รวมถึงใช้ในการรักษาอาการถอน แอลกอฮอล์ได้ โดยนำมาใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ และอยู่ในการควบคุมการสั่งจ่ายโดยแพทย์อย่างเคร่งครัด

จีเอชบี (GHB; gamma-hydroxybutyrate) เป็นสารกดประสาทที่มีทั้งในรูปแบบ ของเหลวใส แบ่งขาว ชนิดเม็ด หรือ แคปซูล

ทั้งนี้ สารที่มีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเหล่านี้ จะถูกควบคุมการสั่งใช้ภายใต้กฎหมายที่ เกี่ยวข้อง เนื่องจาก อาจมีผู้นำสารเหล่านี้ไปใช้ในทางที่ผิด เช่น นำไปใช้ในการก่ออาชญากรรม เพื่อล่อลวงเหยื่อให้มึนเมา เช่น โรฮิปนอล อัลพราโซแลม จีเอชบี เป็นต้น หรืออาจนำไปใช้เสพเพื่อ ความบันเทิงจนอาจเกิดการเสพติดสารได้มากที่สุด เป็นเหตุให้ กฎหมายจำเป็นต้องออกมาตรการ ควบคุมการใช้อย่างเคร่งครัด

ผลของสารกดประสาทต่อจิตใจ

ฤทธิ์ของสารกดประสาทที่เป็นที่ต้องการสำหรับผู้เสพที่ไม่ได้มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คือ ต้องการความรู้สึก ผ่อนคลาย เคลิบเคลิ้ม รู้สึกเป็นสุข ลดความวิตกกังวล มีความกล้าแสดงออก เนื่องจากสารทำให้เกิดการลดความยับยั้ง ชั่งใจ แต่มีผลเสียตามมาจากการใช้สารคือทำให้สูญเสีย สมาธิและความสามารถในการคิดตัดสินใจ สูญเสียความทรง จจำระยะสั้น สับสน บางคนไม่มีการ ตอบสนองทางอารมณ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อขาดการประสานงาน การตอบ สอนองเชื่องช้า พูดไม่ชัด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน โดยหากใช้ระยะยาวและขนาดสูง อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ สารในกลุ่มนี้จะกดการหายใจโดยเฉพาะเมื่อใช้สารกดประสาทหลายชนิดร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สารบาง รายกลับเกิดผลทางตรงกันข้ามกับการกดประสาท (paradoxical effect) เมื่อใช้ขนาดสูง เช่น เกิดอาการกระสับสระ สาย ก้าวร้าว แทนที่จะรู้สึกผ่อนคลายหรือได้ฤทธิ์ลด ความกังวลที่ทำให้สงบ

มีการพบการใช้สารกดประสาทร่วมกับสารอื่นเพื่อเสริมหรือยับยั้งฤทธิ์สารอื่น เช่น การดื่ม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ร่วมกับยาเบนโซไดอะซีปีนเพื่อให้เกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม ซึ่งมีความเป็น อันตรายสูงเนื่องจากอาจเกิดการ กดการหายใจและเสียชีวิตได้ และบางรายอาจใช้สารกดประสาท เพื่อลดหรือบรรเทาผลจากสารกระตุ้นประสาท เพื่อให้ตนเองสามารถได้พักผ่อนและนอนหลับ การ ใช้สารเพื่อให้ได้ฤทธิ์ที่ตรงกันข้ามกันนี้สามารถทำให้เกิดอันตราย ได้เช่นกัน เนื่องจากอาจเกิดการ เกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลุดเล็ดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเสียหาย นอกจากนี้ มีการพบผู้ใช้สาร จำพวกโอปิออยด์ที่มีการใช้สารกดประสาทนี้ร่วมด้วยเพื่อลดอาการถอนสาร โอปิออยด์

อาการถอนสารกดประสาท

เมื่อลดหรือหยุดการเสพสารประเภทกดประสาทที่ใช้เป็นประจำมาเป็นระยะเวลานาน จะมี อาการถอน (withdrawal symptoms) ซึ่งจัดเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและอาจยากต่อการ รักษา ขึ้นกับระยะเวลา ขนาด และชนิดของสารที่ใช้ อาการถอนสารกดประสาทที่พบได้บ่อย ได้แก่ มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว กระวน กระวาย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อยากเสพสาร หวานนอน การนอนเปลี่ยนแปลง ประสาทสัมผัสหลอน ชัก ซึ่งอาจมีอาการชักได้หลายครั้งและถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้ อาการถอนสามารถเกิดได้ เมื่อลดหรือ หยุดการเสพสารอย่างทันทีทันใดโดยเกิดขึ้นภายใน 1 วัน หรือ บางครั้งถึง 5 วัน ขึ้นกับ ค่าครึ่งชีวิต และเภสัชจลนศาสตร์ ของสารแต่ละชนิด อาการถอนอาจคงอยู่เป็นเวลานาน 7 วัน ถึง 20 วัน สำหรับสารที่ออกฤทธิ์สั้น หรือ อาจคงอยู่ ได้นานถึง 28 วัน สำหรับสารที่ออกฤทธิ์ยาว ดังนั้น หากต้องการหยุดยาที่มีฤทธิ์กดประสาทที่ใช้มาเป็นระยะเวลานาน ควรค่อย ๆ ลดขนาดลงก่อนเพื่อ หลีกเลี่ยงอาการถอนดังกล่าว สำหรับการถอนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะแรกมักเริ่ม ด้วยมือสั่น เหงื่อออกง่าย ในวันที่สองอาจมีอาการชัก และอาจถึงขั้นเพ้อไม่รู้ตัว (delirium) ที่เรียกว่า delirium tremens (DTs) ได้ในวันที่สาม โดยผู้ที่มีการติดแอลกอฮอล์สามารถเข้ารับการรักษาอาการถอน แอลกอฮอล์ดังกล่าว ได้ด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนซึ่งเป็นยาที่มีฤทธิ์กดประสาทเช่นกัน

กระบวนการพยาบาลผู้ติดสารเสพติด

1. การรวบรวมข้อมูล มีเป้าหมายเช่นเดียวกับการให้พยาบาลจิตเวชในกลุ่มอื่น ข้อมูลที่ควรรวบรวม ได้แก่
 - 1.1 ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยเคยใช้ และก่อนใช้ที่จะมาขอรับการรักษาครั้งนี้
 - 1.2 วิธีการนำสารเข้าสู่ร่างกาย เช่น การดม การสูด การกิน การฉีด
 - 1.3 ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง
 - 1.4 ระยะเวลา ความถี่ในการใช้สารและหลังสุดผู้ป่วยใช้สารเสพติดเมื่อไหร่
 - 1.5 สภาพการณ์ที่ผู้ป่วยต้องใช้สารเสพติดนั้น ๆ
 - 1.6 ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจ
2. อาการและอาการแสดงในภาวะฉุกเฉิน นอกจากความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติดในแต่ละกลุ่มแล้ว พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสารเสพติดต้องสามารถให้การช่วยเหลือโดยด่วน ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเป็นพิษหรือเมื่อขาดสาร
3. ข้อมูลตามแผนสุขภาพ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา มักไม่บอกปัญหาที่แท้จริงจนเอง ดังนั้นอาจต้องให้การรวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือของตัวผู้ป่วยมากขึ้น
4. การปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้เวลานาน โดยเริ่มจากขั้นถอนพิษสารเสพติด ไปจนกระทั่งผู้ป่วยหยุดใช้ ซึ่งพยาบาลจิตเวชควรมีเป้าหมายในการช่วยเหลือ ดังนี้
 - 4.1 เป้าหมายในระยะสั้น (short-term objectives)
 - ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลขณะถอนพิษสารเสพติด
 - ประเมินอาการจากการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือ
 - ให้กำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก
 - 4.2 เป้าหมายในระยะกลาง (intermediate objective)
 - ประเมินอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะถอนพิษ พร้อมกับกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือ
 - กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้เข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดกับอาการทางจิต
 - 4.3 เป้าหมายในระยะยาว (long-term objectives)
 - กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และมุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่ต้องใช้สารเสพติด
 - ประเมินภาวะเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก
 - สนับสนุนให้ผู้ป่วยเปิดเผยหรือสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดอีกพร้อมทั้งสนับสนุนหาวิธีแก้ปัญหาแบบต่างๆ

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

1. การประเมินAssessment

Critical phase (วิกฤต/ฉุกเฉิน) 1 - 3 วัน Acute phase (แรกรับ) 3 - 7 วัน Sub-Acute phase (บำบัดด้วยยา) 1 - 4 สัปดาห์ Maintenance phase (การฟื้นฟูสมรรถภาพ) 4 - 16 สัปดาห์โดยประเมินเกี่ยวกับการรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/บุคคล การจัดการความคิดอารมณ์และการแสดงออกของตนเอง การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การพูดคุย อยู่ร่วมกับผู้อื่น การไว้วางใจ การแสดงความคิดเห็น การบอกความรู้สึก พยาธิสภาพทางกาย ผลกระทบจากการรักษาว่า มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต (ABC)หรือมีผลกระทบ/เสี่ยงที่รุนแรงถึงชีวิตหรือไม่โดยเฉพาะระยะวิกฤต

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

Critical phase

1. มีภาวะช็อกจากการขาดสารกดประสาท
2. เสี่ยงต่อการหยุดหายใจจากการได้รับยากดประสาทเกินขนาด
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการถอนยาเสพติด
4. อาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหูแว่ว หวาดระแวง จากการรับรู้ผิดปกติ

Acute phase

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นจากการรับรู้ผิดปกติ
2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการทรงตัวไม่ดี, ฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. เสี่ยงต่อการหลบหนีเนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาด้วยยา
5. บกพร่องทางด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรมเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติ
6. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากอยู่ในภาวะหวาดระแวง หลงผิดและประสาทหลอน
7. มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่นและมีภาวะแยกตัว

3. การวางแผนการพยาบาลระยะต่างๆ

การพยาบาลระยะSub-Acute phase (บำบัดด้วยยา)

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่น กิจกรรมบำบัดภายในตึกและศูนย์กิจกรรมบำบัด ชมเชยและให้กำลังใจ
3. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน
4. กระตุ้นและส่งเสริมให้สนใจสิ่งแวดล้อมข่าวสารภายในและภายนอกโรงพยาบาล
5. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเรียนรู้การอยู่ร่วมกันภายในหอผู้ป่วย
6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่อง โรค การรักษา และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา
7. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา
8. ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม

การพยาบาลระยะMaintenance phase ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระยะสั้น

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา
2. ส่งเสริมสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด
3. ให้ข้อมูลเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและแหล่งขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง
5. ส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. การประเมินผลการพยาบาล(Out Come)

Critical phase

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาด้วย Med , Non Med ได้รับสารอาหารและน้ำพอเพียง หายจากอาการขาดยาและเมายา

Acute phase

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาด้วยยาที่รักษา Med , Non Med ได้รับสารอาหารและน้ำพอเพียง
อาการทางจิตลดลง

Sub-Acute phase และ Maintenance phase

- ผู้ป่วยดูแลตนเองและสามารถอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ
- ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง
- มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม
- ญาติมีความรู้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยาและรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย
เมื่อเกิดอาการทางจิต และการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกดประสาทกลุ่มโอปิออยด์ที่มีภาวะฉุกเฉิน

ภาวะฉุกเฉินจากยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ประกอบด้วยยาเสพติดกลุ่มฝิ่น (Opioids) และสารสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายกัน ได้แก่ มอร์ฟิน โคเคอิน เฮโรอีน เฟตานิล เป็นต้น ซึ่งออกฤทธิ์ กดการทำงานของสมองส่วนกลาง (Central nervous system depressant) มีผลต่อระบบ ประสาทส่วนกลาง ระบบหายใจ และระบบทางเดินอาหาร การที่ยาเสพติดกลุ่มฝิ่นออกฤทธิ์ต่อ ระบบที่สำคัญของร่างกาย โดยเฉพาะระบบหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ หรือมีฤทธิ์ในการติดยาแรงจากผลต่อระบบประสาทที่ทำให้เกิดภาวะเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) และระงับปวด เมื่อขาดยาจะเกิดอาการต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน การเสพหรือได้รับยากลุ่มฝิ่นจึงส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดภาวะฉุกเฉินได้ ทั้งในกรณีที่ได้รับยาเกินขนาด และภาวะขาดยา จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนี้

การประเมินผู้ป่วยเสพติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์

การประเมินผู้ป่วยเสพติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยค้นหาปัญหา และนำไปสู่การวางแผน การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีการประเมิน ดังนี้

1. การซักประวัติการใช้สารเสพติด ได้แก่ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ ในแต่ละวัน ความถี่ของการใช้ ระยะเวลาของการใช้และปริมาณสารเสพติดที่ใช้ครั้งสุดท้าย
2. ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกายและจิตเวช ประวัติการบำบัดรักษา ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุ อาการสำคัญที่มา และอาการปัจจุบัน
3. การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ และการตรวจม่านตา เป็นต้น
4. ประเมินอาการขาดยา อาการเป็นพิษ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ แบบประเมิน V2 แบบประเมิน COWS score เป็นต้น
5. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ
 - 5.1 ตรวจเลือด วัดระดับสารกลุ่มโอปิเอตส์ (Opiates) ในกระแสเลือด
 - 5.2 ตรวจปัสสาวะ เพื่อดูภาวะติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ประเมินการทำงานของไตเบื้องต้น และตรวจหาสารกลุ่มโอปิเอตส์ (Opiates) ได้แก่ เฮโรอีน มอร์ฟิน และฝิ่น ที่มีอยู่ในปัสสาวะ ตั้งแต่ 300 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร
 - 5.3 ตรวจเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจหาความผิดปกติของปอด

6. ประเมินสภาพจิต อาการทางจิตอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะพิษ หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตร่วมด้วย ซึ่งพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากจนเกิดภาวะพิษ หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคจิตเวช ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาพจิต ร่วมด้วย ดังนี้

- 6.1 การเสพยาเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น
- 6.2 ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ การเกิดโรค ทางจิตเวช ภายหลังจากการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์เป็นเวลานานหรือมีภาวะทางจิตเวช ก่อนการเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ เป็นต้น
- 6.3 ประเมินภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยประเมินสาเหตุซึ่งจะ นำมาสู่การฆ่าตัวตาย เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลืออย่างตรงประเด็น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน PHQ9 ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย
- 6.4 ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย
- 6.5 ประเมินระดับอาการทางจิต ได้แก่ หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายของ ทำร้ายคนอื่น หูแว่ว ภาพหลอน ซึมเศร้า คิดจะทำร้ายตนเอง ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย งุนงง สับสน หลงลืม เป็นต้น

7. การประเมินโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ได้แก่ การติด การใช้สารเสพติดชนิดผิด ภาวะแทรกซ้อนในช่วงขาดสารเสพติด ได้แก่ อา. - กระตุก ปวดศีรษะอย่างรุนแรงอาการชัก และภาวะโรครวมทางกาย เป็นต้น

8. ประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Marjorie Gordon ซึ่งในช่วง สามารถประเมินได้บางแบบแผน แต่เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะฉุกเฉิน สามารถปรอง แบบแผน เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

การวางแผนการพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ภาวะฉุกเฉินที่พบได้ คือ การใช้ยาเกิน (Opioids Overdose) หรือ ภาวะพิษ (Opioids Acute Intoxication) และภาวะขาดยา (Opioids Withdrawal) ซึ่งในภาวะฉุกเฉิน ดังกล่าว สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลได้ ดังนี้

ภาวะพิษ (Opioids Acute Intoxication) และการใช้ยาเกินขนาด (Opioid Overdose)

การได้รับยาเสพติดกลุ่มฝิ่นการใช้ยาเกินขนาด (Opioids Overdose) หรือ ภาวะพิษ เฉียบพลัน (Opioids Acute Intoxication) สามารถเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ทั้งในผู้ป่วยที่ติด เฮโรอีน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทดแทน (เมทาโดน) มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ เนื่องจากฤทธิ์ยาสะสมและออกฤทธิ์สูงสุดหลังได้รับ 4 ชั่วโมง อาการทางคลินิกที่เกิดจากภาวะพิษ (Opioids Acute Intoxication) ได้แก่ อารมณ์เป็นสุข เศร้า ง่วงซึม พุดไม่ชัด ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรช้าลง อุณหภูมิลดลงรูม่านตาแคบลง ปากซีดและแห้ง ช็อก หมดสติ หายใจช้า หรือหยุดหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล :

1. เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจการได้รับเฮโรอีน/เมทาโดนเกินขนาด (Heroin/methadone) Over dose

ข้อมูลสนับสนุน

- ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ ไม่หายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียว
- รูม่านตาหดเล็ก (pin point) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง
- มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Opioids พบรอยฉีดยาใหม่ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และเรียกขอความช่วยเหลือ
2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนพื้นแข็ง และช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการทำ CPR.
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ตรวจสอบการเต้นของหัวใจ และเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัวจนกว่าจะปกติ ถ้าเป็น Opioids Overdose จะหายใจตื้น เบา ช้า ความดันโลหิตลดต่ำลง
5. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจดูขนาดรูม่านตาถ้า Opioids Overdose รูม่านตาจะหดเล็กลง (pin point) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง
6. ดูแลให้นานาลอกโซน (naloxone) ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลใกล้ชิด สังเกตอาการการออกฤทธิ์ของยานาลอกโซน ประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดอาการรวมของยาและฤทธิ์อื่น เมทาโดนเกินขนาดได้อีกอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
8. สังเกตอาการข้างเคียง เช่น อาการชัก ภาวะความดันโลหิตสูง และอาการขาดยา เช่น หาว ชนลุก เหงื่อออกมาก
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
10. ประเมินอาการทางร่างกายที่ผิดปกติที่เป็นอันตรายและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เช่น ชัก สั่น กล้ามเนื้อกระตุก เป็นต้น
11. สังเกตและบันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

2. เกิดภาวะหมดสติจากภาวะ Opioids Acute Intoxication

ข้อมูลสนับสนุน

- ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น หายใจตื้น เบา ช้า (≤ 8 ครั้ง/นาที)
- รูม่านตาหดเล็ก (pin point) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง
- มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Opioids พบรอยฉีดยาใหม่ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ถ้าเป็น Opioids Acute Intoxication จะหายใจตื้น เบา ช้า ความดันโลหิตลดต่ำลง
2. ตรวจวัดขนาดรูม่านตาถ้า Opioids Acute Intoxication รูม่านตาจะหดเล็กลง (pin point) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง
3. ตรวจดูในปาก ถ้าคว่ำมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นหรือไม่ ถ้าพบต้องรีบนำออกเพื่อให้ ทางเดินหายใจโล่ง
4. ดูแลให้ออกซิเจนและสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัวจนกว่าจะปกติ
6. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ขนาดรูม่านตา และอาการข้างเคียง เช่น อาการชัก ภาวะ คนโลหิตสูง และอาการขาดยา เช่น ชนลุก เหงื่อออกมาก
7. ประเมินอาการทางร่างกายที่ผิดปกติที่เป็นอันตราย และคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เช่น ชัก สั่น กล้ามเนื้อกระตุก เป็นต้น
8. สังเกตและบันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

ภาวะขาดยา (Opioids Withdrawal) ผู้ป่วยเสพติดกลุ่มฝิ่น เมื่อหยุดยาจะเกิดอาการ ถอนยา หรือขาดยา (Opioids Withdrawal) ที่รุนแรงภายใน 6 - 12 ชั่วโมงหลังเสพยาครั้งสุดท้าย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อกระตุก/เป็นตะคริว ปวดกระดูก ปวดศีรษะอย่างรุนแรง อ่อนเพลียอย่างหนัก หนาว ๆ ร้อน ๆ นอนไม่หลับ กระสับกระส่ายความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจหอบลึก น้ำมูก - น้ำตาไหล อาจมีอาการชักและทำให้เสีย อาจมีอาการชักกะทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที

ข้อวินิจฉัยทางกายพยาบาล : ทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการขาดยา ได้แก่ ขนลุก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ รุ่มาตาขยาย ≥ 3 m
- อยากเสพยา หงุดหงิด กระวนกระวาย
- มีประวัติเสพยากลุ่มฝิ่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพอาการเปลี่ยนแปลง
2. ประเมินอาการถอนพิษยาโดยใช้แบบประเมิน COWS score ได้แก่ อาการขนลุก คลื่นไส้ อาเจียน น้ำมูก-น้ำตาไหล ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ
3. ดูแลให้ได้รับยาเมทาโดนทดแทนตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่คลื่นไส้ อาเจียน
5. ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยตามภาวะและอาการของผู้ป่วย
6. พุดคุยแสดงความเห็นใจ เสริมศักยภาพและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอดทนต่อ อาการขาดยา สามารถผ่านพ้นภาวะทุกข์ทรมานจากการขาดยาไปได้
7. ให้ข้อมูลครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในระยะขาดยา ส่งเสริมให้ครอบครัวให้กำลังใจ และคอยให้ความช่วยเหลือ เช่น การนวดเพื่อคลายอาการปวดกล้ามเนื้อ
8. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย
9. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
10. ติดตามความร่วมมือและแรงจูงใจของผู้ป่วยเป็นระยะ
11. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกดประสาท สารกดประสาทอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทั้ง จากอาการทางกาย ที่อาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและปัญหาทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ ที่รุนแรง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดสารกดประสาท โดยเฉพาะในระยะ ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและมีการวิเคราะห์ปัญหา ที่ครอบคลุม สามารถให้การพยาบาลอย่าง ทันถ่วงที เพื่อตอบสนองความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัด รักษาอย่างปลอดภัย และบรรลุเป้าหมายแล้ว จำเป็นต้องส่งเสริมให้เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เข้ารับการบำบัดทางพฤติกรรม และจิตสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นริสา วงพนารักษ์. (2561). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่2). มหาสารคาม : สำนักพิมพ์กะกาเยีย.
- รัศมน กัลป์ยาศิริ. (2561). การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช.กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา อาภาบุษยพันธ์และคณะ. (2562). คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด ปทุมธานี : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2563) เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด ปทุมธานี: บริษัท เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์จำกัด.

5. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI)

สุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

Miller & Rollnick

ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจขึ้นมาตั้งแต่ปี 1991 โดยอาศัย ทฤษฎี Stage of Change ของ Prochaska & Diclemente MI เป็นแนวทางให้การปรึกษาแบบยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (Client-center ouseling) เพื่อหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปในแนวทาง Self Perception Theory หรือทฤษฎีการรับรู้ตนเอง เข้าใจความหมายได้จากคำกล่าวต่อไปนี้ “As Ihear my selftalk, I learn what I believe แปลว่าเมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันคุยกับตนเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ

สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทางMI คือ Self-Motivational Statement (SMS) หรือข้อความที่จูงใจตนเองโดยกระบวนการของMI ผู้บำบัดจะต้องตั้งคำถามที่ปลุกเร้าให้ผู้ผู้ป่วยพูดข้อความ SMS ยืนยันรับรองในข้อความที่ตึงามและสะท้อนความให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือคิด เมื่อเวลาสนทนาผ่าน ไป SMS จากผู้ป่วยจะออกมามากขึ้น แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้นตาม ผู้บำบัดจะสะท้อนความและสรุปความเพื่อ ทำให้ผู้ป่วยได้ยิน ได้ทราบ SMS ของตนเองซ้ำๆ แรงจูงใจของผู้ป่วยก็มากขึ้นตาม

ประเภทของ S Self-Motivational Statement (SMS) แบ่งเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. Problem Recognition Statement เป็น SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา เช่น
 - a. ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิดไว้
2. Concern เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการติดสารเสพติด เช่น
 - a. เอ๊ะมันเป็นไปได้ยังไง
 - b. ผมกังวลกับมันจริงๆ
3. Intention to Change เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเลิกสารเสพติด เช่น
 - a. มันถึงเวลาแล้วที่ต้องหยุด
 - b. ผมต้องทำอะไรซักอย่าง
4. Optimism for change เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสารเสพติด เช่น

“ผมมั่นใจว่าผมทำได้”

ในกระบวนการให้การปรึกษา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้การปรึกษา และที่ใช้บ่อยคือ OARS ได้แก่การตั้งคำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและ สะท้อนความ (Reflective Listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนคิดและรู้สึก เทคนิค OARS, ดังต่อไปนี้

ทักษะเฉพาะในการสร้างแรงจูงใจ

1. Open-end Question ถามคำถามปลายเปิด ถามในทิศทางที่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนใหญ่ การเริ่มต้นด้วยคำถามปลายเปิดเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยให้ ผู้รับบริการสามารถทำความเข้าใจกับปัญหาได้ ตัวอย่างคำถาม ปลายเปิด เช่น

คุณมาพบผมทีนี้เข้าใจว่าคุณคงอยากเล่าให้ฟังว่าเรื่องราวของคุณเป็นอย่างไร?

คุณเริ่มต้นใช้ยาอย่างไร?

การดื่มมีผลอย่างไรต่อชีวิตคุณ?

2. Affirmation การชื่นชมยืนยันรับรอง เป็นการเสริมแรงแบบต่อความคิดที่ตึงามซึ่งแสดงออกเป็นข้อความ
 จงใจตนเองของผู้รับบริการ ผู้บำบัดควรชื่นชมอย่างเฉพาะเจาะจงต่อความคิดที่ตึงามที่ผู้รับบริการแสดงออกมา
 และเน้นว่าสิ่งนั้นมาจากตัวของผู้รับบริการเอง

ผมคิดว่าผมทำให้แม่ลำบากมามากแล้ว

3. การฟังและสะท้อนความหมาย (Reflective Listening) หัวใจของการฟังและโดยการสะท้อนความหมาย
 อยู่ที่ผู้ให้การปรึกษาตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับบริการพูด Thomas Gordon ให้ข้อสังเกตถึงการตอบสนองของผู้ฟัง
 ที่บ่งว่าผู้ฟังไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้พูดไม่ได้พูดออกไป ดังนี้

การตอบสนอง 12 แบบ

1. สั่งหรือบอกให้ทำตาม
2. เตือนหรือขู่
3. ให้คำแนะนำ
4. เชิญชวนให้ทำโดยอ้างเหตุผล โต้แย้งหรือ สอน
5. เทศนาสั่งเชิงศีลธรรม จริยธรรม คุณธรรม หรือบอกว่าสิ่งไหนควรทำ
6. ไม่เห็นด้วย ตัดสินถูกผิด วิจารณ์ หรือตำหนิ
7. แสดงความเห็นด้วย ยกย่องสรรเสริญ
8. เยาะเย้ย ตราหน้า หรือ รู้สึกละอาย
9. แปลความ หรือวิเคราะห์
10. แสดงความสงสัยสาร ปลอดภัย
11. ตั้งคำถาม หรือสำรวจตรวจสอบ
12. เฉยเมย แสดงอารมณ์ขัน เบี่ยงเบนความสนใจ

การตอบสนองทั้ง 12 แบบนั้นไม่ใช่สิ่งที่ผิด ขึ้นอยู่กับกาลและเทศะในการเลือกใช้ การฟังและสะท้อนความ
 หมาย คือการตอบสนองในลักษณะของการคาดเดาว่าผู้รับบริการหมายความว่าอย่างไรกับสิ่งที่เค้าพูด ก่อนที่บุคคลนั้น
 จะพูดเขามีความคิดบางอย่างที่ต้องการจะสื่อออกมา สิ่ง สื่อออกมาเป็นภาษาพูดที่ไม่สมบูรณ์ หน้าที่ของผู้ฟัง
 คือการได้ยินสิ่งที่เขาพูดออกมา ทุกคำและถอดรหัสตีความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำพูดนั้น นั่นคือในการสื่อสารนั้น
 ขั้นตอนที่อาจเกิดความผิดพลาดได้แก่ การใส่รหัส การได้ยินและการถอดรหัสผู้ฟังที่ใช้เทคนิคสะท้อนการฟังจากสมมติฐาน
 ที่สมเหตุสมผลและถอดรหัสสิ่งที่ได้ยินเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริงและนำเสนอการคาดเดาของตนออกมา
 ในรูปประโยคคำพูด การสะท้อนความหมายจะใช้ตามหลังคำถามปลายเปิด

ตัวอย่าง ผู้รับบริการ : ผมไม่รู้ว่ามันจะเกิดจากปัญหาอื่นได้

ผู้ให้บริการ : คุณไม่เคยเป็นเช่นนี้มาก่อน

ผู้รับบริการ : ผมใช้ยาได้มากกว่าคนทั่วไป

ผู้ให้บริการ : และนั่นเป็นสิ่งที่คุณกังวล

ทักษะการสะท้อนที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ มี 2 แบบ คือ

1. Simple reflection เป็นการสะท้อนแบบธรรมดา ผู้บำบัดสะท้อนตามข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่าผู้บำบัดรับฟังอยู่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและพูดต่อ และที่สำคัญผู้ป่วยได้ยืນความคิดความเชื่อของตนเอง การสะท้อนแบบธรรมดามี 3 แบบ คือ

- a. Repeating เป็นการสะท้อนแบบทวนความ ผู้บำบัดพูดซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว
- b. Rephrasing เป็นการสะท้อนวลี ผู้บำบัดพูดซ้ำบางวลีในข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว
- c. Paraphrasing เป็นการสะท้อนแบบถ่ายทอดความ ผู้บำบัดเปลี่ยนแปลงข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวบางส่วนแต่ยังคงความหมายเดิม

ตัวอย่าง :

ผู้ป่วย : “ผมไม่ได้ดื่มทุกวัน ผมต้องทำงานหนักทั้งวัน ผมต้องการพักผ่อนในช่วงวันหยุด
ผมจึงดื่มเบียร์ 6 ขวด”

ผู้บำบัด : “คุณดื่มเบียร์ 6 ขวด” (Repeating)

ผู้บำบัด : “เบียร์ 6 ขวด” (Rephrasing)

ผู้บำบัด : “คุณดื่มหนักช่วงวันหยุดเพื่อผ่อนคลาย” (Paraphrasing)

2. Complex reflection เป็นการสะท้อนแบบซับซ้อน ผู้บำบัดสะท้อนข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวในลักษณะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริง เห็นความขัดแย้งในจิตใจของตนเองหรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้แย้งไปสู่ทิศทางที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น การสะท้อนแบบซับซ้อนมีดังต่อไปนี้

a. Client's true meaning or feeling reflection เป็นการสะท้อนความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย

ตัวอย่าง :

ผู้ป่วย : “บางครั้งผมอาจจะเื่อ เพราะสับสนมากเกินไป แต่ก็รู้ว่าแม่จะมาห่วงผมมากมายทำไม
ผมก็โตพอที่จะดูแลตัวเองได้แล้ว”

ผู้บำบัด : “คุณไม่ชอบให้แม่มาทำกับคุณเหมือนคุณเป็นเด็ก ๆ” (true meaning)

b. Double – sided reflection เป็นการสะท้อน 2 ด้าน ผู้บำบัดฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และจับความหมายของข้อความที่ขัดแย้งกันของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยพูดข้อความที่เป็นแรงจูงใจ บางครั้งผู้ป่วยก็พูดข้อความที่เป็นแรงจูงใจตนเองออกมาด้วย ผู้บำบัดสามารถใช้การสะท้อนสองด้านเพื่อสะท้อน ความลังเลหรือจิตใจสองด้านของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้ยืນความคิดและความรู้สึกขัดแย้งของตนเอง ทิศทางการพูดคุยอาจพลิกกลับไปสู่ด้านข้อความที่จูงใจตนเองเพิ่มมากขึ้น คำที่ใช้เชื่อมข้อความที่ขัดแย้งกัน ได้แก่ ในขณะเดียวกัน เป็นต้น

ตัวอย่าง :

ผู้ป่วย : “บางครั้งผมอาจจะเื่อเพราะสับสนมากเกินไป แต่ก็รู้ว่าแม่จะมาห่วงผมมากมายทำไม
ผมก็โตพอที่จะดูแลตัวเองได้แล้ว”

ผู้บำบัด : “คุณไม่ชอบที่แม่ห่วงมากเกินไป ในขณะเดียวกันคุณก็เป็นห่วงอยู่บ้างว่าสมองคุณแย่งจากการ
สับสน” (Double – sided reflection)

ผู้ป่วย : “ผมไปรักษามากี่หลายครั้ง ก็ยังไม่เลิกไม่ได้ บางครั้งก็นึกท้อ”

ผู้บำบัด : “ความล้มเหลวในการเลิกยาหลายครั้งทำให้คุณท้อใจ แต่ในขณะเดียวกันคุณก็ยังมีความตั้งใจอยาก
เลิกอยู่ คุณจึงกลับมาพบหมอ”

c. Amplified reflection เป็นการสะท้อนแบบขยายความ ข้อความที่ผู้บำบัดสะท้อนออกไปหนักกว่าหรือมากกว่าข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา เมื่อข้อความที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่ผู้ป่วยกล่าว ผู้ป่วยก็จะได้ผู้บำบัดไปในทิศทางที่ตรงกันข้าม ซึ่งจะเป็นข้อความที่จุดใจตนเอง

ตัวอย่าง :

ผู้ป่วย : “แม่เป็นห่วงผมมากเกินไป คอยจ้องจับผิดผมเรื่อย”

ผู้บำบัด : “แม่ของคุณเป็นคนที่น่ารำคาญและไร้เหตุผล” (Amplified reflection)

ผู้ป่วย : “ผมไม่รู้ว่าจะกินยาไปทำไม ไม่เห็นช่วยอะไรให้ดีขึ้น”

ผู้บำบัด : “คุณคิดว่าอะไรก็ช่วยคุณไม่ได้” (Amplified reflection)

d. Minimizing reflection เป็นการสะท้อนแบบทำให้เบาลง ข้อความที่ผู้บำบัดสะท้อนออกไปเบากว่าหรืออ่อนกว่าข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา เมื่อข้อความที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่ผู้ป่วยกล่าว ผู้ป่วยก็จะได้ผู้บำบัดไปในทิศทางที่ตรงกันข้าม ซึ่งจะเป็นข้อความที่จุดใจตนเอง

ตัวอย่าง :

ผู้ป่วย : “ปัจจุบันผมสุขแต่ก็ทุกข์ ไม่เหมือนก่อนที่เสพยาบ้า”

ผู้บำบัด : “คุณดีกว่าเมื่อก่อน เพราะปัจจุบันคุณเสพสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย” (Minimizing reflection)

e. Metaphor เป็นการสะท้อนข้อความโดยใช้คำอุปมาอุปไมย ผู้บำบัดควรใช้คำอุปมาอุปไมยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว หากผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ผู้บำบัดก็อาจอธิบายความหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ โดยทั่วไปคำอุปมาอุปไมยมักมีความหมายที่ดีและลึกซึ้งแฝงอยู่ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดและความรู้สึกของตนเองได้อย่างถ่องแท้มากขึ้น

ตัวอย่าง :

C : “ช่วงแรกของการเลิกยา มันเหลือหลุดไปได้ง่ายจริงๆ ต้องคอนระมัดระวัง”

T : “จริงครับ คล้ายกับการฝึกขับจักรยานในช่วงเริ่มต้น” (Metaphor)

C : “แม้รู้ว่าเหล้าเป็นสิ่งไม่ดีนะหมอ แต่ผมก็ยังอยากที่จะดื่มมันอยู่”

T : “คล้ายกับหนอนในกองอึ” (Metaphor)

Summarization

การสรุปเนื้อหา ระหว่างการสนทนากับผู้ป่วย อาจมีเนื้อหาที่สำคัญมากมายเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยจำสิ่งที่ตนเองพูดได้บ้างไม่ได้บ้าง ดังนั้น หากผู้บำบัดมีการสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและพูดออกมาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะข้อความที่จุดใจตนเองซึ่งผู้ป่วยกล่าวออกมา ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินข้อความที่จุดใจตนเองซ้ำอีก และก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและพูดข้อความที่จุดใจตนเองเพิ่มขึ้น คล้ายเป็นการเสริมแรงต่อความคิดที่ติดตาม

เทคนิค/หลักการของ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ใช้ยาเสพติด

(Motivation Enhancement Therapy: MET)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ใช้ยาเสพติดมีหลักการ หรือเทคนิคที่สำคัญดังนี้

หลักการทั่วไป 5 ประการ (DARES)

หลักการกว้าง ๆ ของการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจมีดังนี้

1. Express Empathy : แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ
2. Develop discrepancy : ทำให้ผู้มารับบริการมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ของตนเองเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
3. Avoid argument : หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้มารับบริการ
4. Roll with resistance : ล้อไปตามแรงต้านของผู้รับบริการ
5. Support self-efficacy : สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

หลักการที่ 1 แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ (Express Empathy)

ผู้ให้การปรึกษาที่แสดงท่าทีที่เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ ถือเป็นลักษณะที่สำคัญและจำเป็นในการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจที่ถูกต้องตรงกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้มารับบริการ เป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญถึงผลสำเร็จในการปรึกษา

การแสดงความเห็นอกเห็นใจจะสื่อออกมาจากท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร ร่วมไปกับการสะท้อนการฟังตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการให้การบริการไปจนตลอดกระบวนการปรึกษา

ก่อนที่จะเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้นั้น ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีทัศนคติที่ยอมรับผู้อื่นได้ก่อน ผู้ให้การปรึกษาที่ดีจะต้องเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดและโลกทัศน์ของผู้รับบริการ สามารถเข้าใจมุมมองและความรู้สึกโดยปราศจากการตัดสินว่าถูกหรือผิด วิเคราะห์หรือกล่าวโทษ สิ่งสำคัญคือการยอมรับ เป็นการยอมรับและเข้าใจมุมมองของผู้รับบริการโดยที่ผู้ให้การปรึกษาไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยก็ได้ การยอมรับผู้รับบริการได้นี้จะแสดงออกในลักษณะที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังผู้รับบริการอย่างตั้งใจ และเคารพในเรื่องที่ฟังนั้นด้วยความจริงใจ การยอมรับผู้มารับบริการตามสถานะแห่งความเป็นจริงในสิ่งที่เขาเป็น จะทำให้เขามีอิสระในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับผู้ให้การปรึกษายินกรานไม่ยอมรับ (เช่น พูดว่า “สิ่งที่คุณเป็นอยู่ไม่ถูกต้อง คุณต้องเปลี่ยน”) อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง การยอมรับและเคารพในผู้รับบริการมีส่วนช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมความภาคภูมิใจให้ตนเองให้กับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เมื่อผู้ให้การปรึกษายอมรับ ละสามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการได้ ผู้ให้การปรึกษาจะยอมรับได้ว่า ความลี้เหลใจหรือภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้เป็นเรื่องปกติ ซึ่งเป็นธรรมชาติส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลง

หลักการที่ 1 แสดงความเข้าใจในตัวผู้รับบริการ

- การยอมรับช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- ทักษะในการสะท้อนความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐาน
- ความลี้เหลใจเป็นเรื่องปกติ

หลักการที่ 2 ทำให้ผู้มารับบริการมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ของตนเองเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (develop discrepancy)

เป้าหมายของการปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ ไม่ได้หมายความว่า จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการยอมรับตนเอง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เลย และไม่ได้หมายความว่า การสะท้อนการฟังจะทำไปเรื่อย ๆ แล้วแต่ผู้รับบริการจะกล่าวถึงเรื่องใด การปรึกษาดังรูปแบบนี้เชื่อว่าผู้ใช้ยาจนมีผลกระทบต่อสุขภาพสามารถที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วยการให้เขาเผชิญหน้ากับความเป็นจริง ที่ไม่พึงปรารถนานั้น (ปัญหาสุขภาพจากการใช้ยา)

หลักการในข้อที่ 2 นี้คือ การทำหรือขยายความคิดของผู้รับบริการ ให้เขามองเห็นความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันและเป้าหมายที่เขาต้องการ นั่นคือทำให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รับบริการตระหนักถึงความสูญเสียที่เกิดจากพฤติกรรมในปัจจุบัน และเมื่อเขาเห็นพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายสำคัญของเขา (เช่น การมีสุขภาพที่ดี ชีวิตครอบครัวที่เป็นสุข หรือความรู้สึกที่ดีกับตนเอง) โอกาสที่เขาจะเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้มากขึ้น นั่นคือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันเป็นอุปสรรคอย่างไต่กับเป้าหมายสำคัญในชีวิต

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้รับบริการจะมองเห็นว่ามีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบันกับสิ่งที่เขาอยากจะเป็นแต่ก็มักจะลังเลใจและตกอยู่ในความขัดแย้งแบบ Approach avoidance (ใจหนึ่งอยากเข้าหา แต่อีกใจหนึ่งก็อยากหลีกเลี่ยง) เป้าหมายของการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจจึงอยู่ที่การขยายการรับรู้ถึงความขัดแย้งดังกล่าวจนสามารถที่จะเอาชนะพฤติกรรมปัจจุบันที่เป็นปัญหาได้ กลยุทธ์ของการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจจึงเป็นการสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดขึ้นจากสิ่งที่มีอยู่ในตัวผู้รับบริการเองไม่ใช่อาศัยปัจจัยจากภายนอก (เช่น แรงกดดันจากคู่ครอง การถูกขู่ว่าจะต้องออกจากงานหรือการถูกศาลสั่งบังคับรักษา)

การทำให้เกิดแรงจูงใจภายใน สามารถทำได้โดยการทำให้เป้าหมายของผู้รับบริการชัดเจนขึ้น และช่วยผู้รับบริการสำรวจถึงผลที่อาจเกิดขึ้นหากเขายังดำรงพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับเป้าหมายนั้นต่อไป เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการ (ให้ชัดเจนขึ้น) โดยปราศจากการรู้สึกถูกกดดันหรือบังคับ

โดยหลักการแล้ว ต้องเป็นผลของการที่ผู้รับบริการให้เหตุผลกับตัวเองในการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เหตุผลจากผู้อื่นให้การศึกษา ทั้งนี้เพราะคนเรามักจะทำตามความคิดตนเองมากกว่าทำตามคนอื่นบอกหรือชักชวนให้ทำ หากการปรึกษานี้ดำเนินไปได้ด้วยดีผู้รับบริการจะได้ยินในสิ่งที่ตัวเองบอก (เช่น ปัญหานี้รุนแรงมากกว่าที่ฉันคิด) จนเกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (เช่น ฉันต้องจัดการปัญหานี้แล้ว)

หลักการที่ 2 ทำให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงความขัดแย้งของตนเองเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

- การตระหนักถึงผลที่ตามมา (ของพฤติกรรมปัญหา)
- อุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรมในปัจจุบันที่มีต่อเป้าหมายสำคัญในชีวิต
- ผู้รับบริการควรจะเป็นผู้พูดถึงความจำเป็นและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง

หลักการที่ 3 หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือการขัดแย้งกับผู้รับบริการ (avoid argumentation)

หลักการสำคัญประการที่สาม คือ หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือประจันหน้ากับผู้รับบริการ นั่นคือหลีกเลี่ยงการกล่าวหาผู้รับบริการว่าเขามีปัญหาและควรได้รับการแก้ไข ในขณะที่เขาโต้แย้งว่าไม่ได้เป็นเช่นนั้น และป้องกันตนเองจากการกล่าวหา

การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีจุดประสงค์ให้ผู้รับบริการเผชิญหน้ากับความเป็นจริง เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและมองเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไขปัญหานั้น ไม่ได้หมายความว่า เป็นการบังคับให้ผู้รับบริการต้องเผชิญกับความเป็นจริง แต่เป็นการเผชิญหน้าที่นุ่มนวล ลักษณะเด่นของการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ การชักชวนอย่างนุ่มนวล การโต้แย้งกันหรือทะเลาะกันตรงๆ จะนำไปสู่การต่อต้านจากอีกฝ่ายเพราะคนเรามักต้องการที่จะทำในสิ่งที่ตนเองพอใจ ยิ่งบอกว่า “คุณไม่สามารถ...” มากเท่าใด บุคคลนั้นก็ยิ่งจะตอบสนองในลักษณะ “ฉันจะทำ...” และหากผู้ให้การศึกษาตอบกลับไปในขณะที่ยืนยันทาคิดของตนเอง (เช่น “คุณมีปัญหาและคุณต้องแก้ไข”) ผู้รับบริการก็ยังไม่ยอมรับและพยายามโต้แย้งการต่อต้านของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับท่าทีของผู้ให้การศึกษา การต่อต้านที่เกิดขึ้นระหว่างการปรึกษาเป็นตัวยกการล้มเหลวในการปรึกษา ซึ่งหากเกิดความรู้สึกต่อต้านขึ้นผู้ให้การศึกษาจะต้องเปลี่ยนกลยุทธ์การปรึกษาใหม่

ภาวะหนึ่งที่ได้โต้แย้งมีโอกาสเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปรึกษาบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมเสพติด คือ ในช่วงของการวินิจฉัย ผู้ให้การปรึกษาบางคนให้ความสำคัญกับความรู้สึกเต็มใจยอมรับการวินิจฉัยของผู้รับบริการ เช่น การถูกวินิจฉัยว่าติดสุรา การพยายามบังคับให้ผู้รับบริการยอมรับการวินิจฉัยดังกล่าวอาจเป็นผลเสียต่อการปรึกษา และยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการหายดีของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับ การยอมรับการวินิจฉัย เช่น ในกรณีของกลุ่มผู้ติดสุรา นิรนามจะช่วยให้เกิดการตระหนักและเข้าใจปัญหาด้วยตนเองมากกว่าการถูกบังคับให้ยอมรับการวินิจฉัย คำบางคำที่เป็นการตำหนิผู้รับบริการจะนำไปสู่การต่อต้านมากกว่าการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นต้องหลีกเลี่ยงการต่อต้านด้วยการเริ่มจากสิ่งที่ผู้รับบริการยอมรับ แล้วค่อยๆ เปลี่ยนการรับรู้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมแทนการโต้แย้ง

หลักการที่ 3 หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือการขัดแย้งกับผู้รับบริการ

- การทะเลาะหรือการขัดแย้งก่อให้เกิดผลเสีย
- ไม่ทำให้เกิดการต่อต้าน
- การต่อต้านเป็นสัญญาณเตือนว่าต้องเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่
- การทำให้ผู้รับบริการยอมรับการวินิจฉัยไม่ใช่สิ่งจำเป็น

หลักการที่ 4 เคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้รับบริการ (roll with resistance)

Jay Haley และคณะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัดได้เสนอเทคนิคที่ทำให้ผู้ให้การปรึกษาไม่ทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้รับบริการที่เรียกว่า psychological judo ซึ่งประยุกต์จากศิลปะการต่อสู้ป้องกันแบบยูโด หลักการคือการเอาชนะคู่ต่อสู้ได้โดยไม่จำเป็นต้องเผชิญหน้าโดยตรงกับการโจมตี ใช้วิธีเคลื่อนตัวตามแรงคู่ต่อสู้ และอาศัยกำลังของคู่ต่อสู้ในการตอบโต้

ข้างต้นเป็นการอธิบายถึงการเคลื่อนที่ไปพร้อมกับแรงต้าน ประยุกต์ใช้ในการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ ผู้ให้การปรึกษาต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้รับบริการ ให้เกียรติเขาในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งเข้าใจว่า ภาวะลังเลใจของผู้รับบริการเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ไม่ได้เป็นการต่อต้านหรือเป็นปฏิกิริยาต่อผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรบังคับให้ผู้รับบริการมีเป้าหมายหรือมุมมองใหม่ตามตนเอง แต่ผู้รับบริการจะถูกชักชวนให้พิจารณาข้อมูลใหม่ มีมุมมองที่ต่างจากเดิม แนวคิดในการมองปัญหาใหม่ คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้รับบริการมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ และยากที่จะเกิดการเผชิญหน้าหรือขัดแย้งกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ

ในการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การปรึกษามักจะโยนคำถามและปัญหากลับไปให้ผู้รับบริการได้คิดพิจารณาและหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง งานของผู้ให้การปรึกษาจึงไม่ใช่การหาคำตอบหรือแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการ การทำเช่นนี้จะลดปัญหาที่ผู้รับบริการจะตอบว่า “ใช่ แต่ว่า...” หลักการ คือ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเชื่อมั่นว่าผู้รับบริการมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาของตน ดังนั้นการเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้รับบริการ เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการแก้ไขปัญหาของตนเอง

หลักการที่ 4 เคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้รับบริการ

- เราสามารถใช้ประโยชน์จากแรงต้าน
- การรับรู้สามารถเปลี่ยนแปลง
- เสนอแนวคิดในการมองปัญหาโดยไม่บังคับ
- ประสบการณ์ของผู้รับบริการเป็นแหล่งคำตอบของปัญหา

หลักการที่ 5 สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง (support self-efficacy)

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลนั้นเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ให้บรรลุสำเร็จได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และยังเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการคาดการณ์ถึงความสำเร็จในการรักษาพฤติกรรมเสพติด แม้ว่าผู้ให้การปรึกษาจะดำเนินการช่วยเหลือไปตามหลักการทั้ง 4 ข้างต้น และชักชวนให้ผู้รับบริการตระหนักถึงปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไข แต่หากผู้รับบริการมองว่าปัญหาไม่มีหนทางแก้ไข เขาก็จะไม่พยายามเปลี่ยนแปลงมัน นั่นคือความพยายามทั้งหมดของผู้ให้การปรึกษาประสบกับความล้มเหลว

แม้ว่าแนวคิดเรื่อง self-efficacy เป็นเรื่องใหม่ แต่เป็นที่รู้กันดีว่าความหวังและศรัทธาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายของการปรึกษาโดยสร้างแรงจูงใจ คือ ผู้รับบริการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับอุปสรรคปัญหา และประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

ในหลักการแรกที่กำลังกล่าวถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการมีความสำคัญในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ของผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อ self-efficacy แต่ตัวมันเองมีลักษณะเฉพาะกว่า เพราะ self-efficacy หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งที่ท้าทาย หรือกิจกรรมที่ยากลำบาก เช่น คน ๆ หนึ่งอาจมีความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง แต่เขาอาจจะถูกชักชวนให้มองเห็นว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้

การสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนสามารถทำได้หลายแบบ เช่น การเน้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อตนเอง ความหมายคือ “ไม่มีใครทำให้เขาได้ นอกจากตัวเขาเอง” การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจจึงไม่ใช่การที่ทำให้ผู้รับบริการมีความหวังว่าผู้ให้การปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงเขา ความหมายคือ “หากคุณต้องการเปลี่ยนแปลง ผมจะช่วยคุณให้คุณเปลี่ยนแปลงด้วยตัวคุณเอง”

- ❖ ผู้รับบริการอาจมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงจากการได้เห็น ว่า ผู้รับบริการรายอื่นสามารถทำได้ ดังนั้นการได้พบปะสนทนากับอดีตผู้รับบริการจึงเป็นวิธีการอีกแบบหนึ่ง
- ❖ ผู้ให้การปรึกษาอาจเล่าเรื่องความสำเร็จของผู้รับบริการรายก่อนๆ โดยการอธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงวิธีการอื่นๆ ที่เคยมีคนใช้แล้วประสบความสำเร็จ หรือมีประโยชน์
- ❖ ความล้มเหลวก็อาจทำให้มองได้ว่าผู้รับบริการรายนั้นยังไม่พบวิธีการที่เหมาะสมกับตัวเขา

ดังนั้นการแสดงให้เห็นถึงวิธีการต่างๆ ที่หลากหลายจะช่วยให้ผู้รับบริการได้พิจารณาหาสิ่งที่เหมาะสมกับตนได้

หลักการที่ 5 สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง

- ความเชื่อมั่นในโอกาสในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบในการเลือกและดำเนินการเปลี่ยนแปลง
- แนวทางที่หลากหลายในการแก้ไข บ่งถึงความหวังในการเปลี่ยนแปลง

สรุป

หลักการกว้าง ๆ ทั้ง 5 เปรียบเสมือนปรัชญาของการปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง บทบาทของผู้ให้การปรึกษาจึงอยู่ที่การช่วยให้เขามีโอกาสใช้ศักยภาพนั้นพัฒนากระบวนการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น ผู้รับบริการจึงถูกมองอย่างให้เกียรติเป็นเสมือนเพื่อนร่วมงานไม่ใช่ฝ่ายตรงข้าม (ที่ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเอาชนะ) การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นเรื่องของการช่วยผู้รับบริการให้หลุดออกจากภาวะล้งเล ซึ่งดำเนินไปพร้อมกับการใช้ชีวิตแบบทำร้ายตนเอง ฉะนั้นจึงไม่ใช่เป็นเพียงแค่เทคนิคในการช่วยเหลือ แต่มันเป็นเหมือนกับวิธีการอยู่กับผู้รับบริการและยังไม่ใช่เป็นทั้งหมดของการเปลี่ยนแปลง

2) เทคนิคเฉพาะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคที่สำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (FRAME)

1. **Feed Back** ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ถึงความรุนแรงปัญหาของการติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดที่ประสบอยู่ได้แก่ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์ได้แก่ SGOT/SGPT, GGT, Bilirubin, MCV เป็นต้น
2. **Responsibility** เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้บริการเองในการตัดสินใจว่าจะเลิกยาเสพติดหรือไม่ เป็นสิทธิของผู้รับบริการ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับได้
3. **Advice** หมายถึง คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น ผลของการใช้ยาเสพติดต่อสุขภาพเป็นอย่างไร ในกรณีที่เสพติดแล้ว การหยุดโดยเด็ดขาด (Abstinence) มีโอกาสประสบผลสำเร็จมากกว่าค่อย ๆ ลดปริมาณลง (Moderation) ถ้าเลือกค่อย ๆ ลดปริมาณลง ควรมีการเฝ้าติดตาม (Monitoring) ปริมาณการเสพว่าลดลงจริงหรือไม่ (Moderate) เช่นการบันทึกปริมาณสารที่ใช้ในแต่ละวัน
4. **Menu** ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป ได้แก่ หักดิบ มีกิจกรรมทดแทน การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) การปฏิบัติธรรม การเข้ารับการบำบัดรักษาทางการแพทย์
5. **Empathy** ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ว่าการติดแอลกอฮอล์และยาเสพติดเป็นโรค ไม่ใช่นิสัยไม่ดี ยอมรับกรณีที่ผู้รับบริการยังไม่ตระหนักกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด
6. **Self-efficacy** ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่ามารลดแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

แนวทางการประยุกต์ใช้ MI ให้เข้ากับขั้นตอนต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลง

จากขั้นตอนต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลง หรืออาจจะเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ขั้นตอนต่าง ๆ ของการรักษา ผู้ใช้ยาเสพติด มีอยู่ 5 ขั้นตอน กับอีก 1 ทางออก สำหรับผู้ที่เลิกเสพยาได้โดยธรรมชาติแล้ว ผู้ใช้ยาแต่ละคนก็จะมี ความตั้งใจหรือมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ไม่เหมือนกัน จึงมักพบว่าบางคนมีแรงจูงใจ และมีความกระตือรือร้น ในการเปลี่ยนแปลงมาก แต่บางคนก็อาจจะเฉื่อยและไม่มีความกระตือรือร้นในการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงตนเองเลย ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับว่าผู้รับบริการแต่ละคนกำลังอยู่ ณ จุดใดของวงกลมแห่งการเปลี่ยนแปลง (model of change) ดังนั้นในการปรึกษาแบบ MI มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทราบว่าผู้รับบริการแต่ละคนอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง เพื่อจะได้ให้การปรึกษาและสร้างแรงจูงใจที่สอดคล้องกับระดับของแรงจูงใจหรือระดับความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การสร้างแรงจูงใจที่ไม่เข้ากับความต้องการของผู้รับบริการจะนำมาซึ่งการต่อต้าน และการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ตัวอย่างเช่น หากผู้ให้การปรึกษานำเอาเทคนิคการสร้างแรงจูงใจซึ่งใช้ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (action stage) ซึ่งผู้รับบริการสามารถที่จะตัดสินใจและเต็มใจในการรักษาแล้ว มาใช้กับผู้รับบริการในขั้นลังเลใจ (contemplation stage) ซึ่งผู้รับบริการยังลังเลใจและขาดความพร้อมในการรักษา ก็จะทำให้ผู้รับบริการ รู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาไม่เข้าใจและกดดันให้เขารับรักษาหรือเลิกยาเสพติด

เนื้อหาในตารางข้างล่างต่อไปนี้จะนำเสนอขั้นตอนต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลงและวัตถุประสงค์ของ MI ในแต่ละขั้นตอนซึ่งจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็สอดประสานและส่งผลต่อความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนอื่น ๆ ที่อยู่ถัดไป และที่สำคัญอย่างยิ่งในเนื้อหาบทนี้ก็คือ งาน (หรือกิจกรรม) ของผู้ให้การปรึกษารวมทั้งเทคนิควิธีการสร้างแรงจูงใจในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงจะมีบางส่วนที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันก็มีบางส่วนที่คล้ายคลึงกันและสามารถนำไปใช้ในขั้นตอนอื่น ๆ ได้เช่นกัน เช่น เทคนิคการสะท้อนการฟัง การใช้คำถามปลายเปิด การสรุปความ ส่วนเทคนิคในการสร้างแรงจูงใจบางทีอาจจะเด่นในบางขั้นตอน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะใช้มากในขั้นลังเลใจ หรือเทคนิคการชักชวนและให้ข้อเสนอแนะก็จะเด่นในขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง และขั้นลงมือปฏิบัติ

ระยะของการเปลี่ยนแปลงและวิธีการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมในแต่ละระยะ

Pre-contemplation: ชั้นเมินเฉย หรือไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ของ MI: กระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาการใช้ยา

งานของผู้ให้การศึกษา	วิธีสร้างแรงจูงใจ
1. สร้างพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ	- แนะนำตัว ทำความรู้จักคุ้นเคย บอกถึงการเก็บรักษาความลับและแสดงความชื่นชมที่ผู้รับบริการมารับบริการรักษาให้ข้อมูลที่เป็นภาพรวมในโปรแกรมการรักษาสั้น ๆ - ใช้เทคนิคทักษะแบบ MI โดยเฉพาะเทคนิค attending skill
2. สำรวจสาเหตุของการมารับบริการด้วยความเต็มใจ	- ถามถึงสาเหตุรวมทั้งความ มืดความรู้สึกในการรักษา - ถามเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติดในประเด็นที่สำคัญ ๆ เช่น ชนิดและปริมาณของยาเสพติด ระยะเวลาของการใช้ สาเหตุของการใช้ รวมทั้งการรักษาหรือการหยุดใช้ยาเสพติดเอง - ใช้เทคนิคทักษะแบบ MI โดยเฉพาะการฟังและสะท้อนความหมาย (reflective listening) การถามด้วยคำถามปลายเปิด การยืนยันความมั่นใจ (affirmation) และเทคนิคเฉพาะบางอย่าง เช่น การลดการต่อต้านในกรณีที่ผู้รับบริการไม่พอใจที่ถูกบังคับรักษาหรือการยกย่องชมเชยในกรณีที่ผู้รับบริการเคยได้ช่วยตัวเอง
3. กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความสงสัยพฤติกรรมการใช้ยา โดยการ • สำรวจการรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการ • นำเสนอข้อมูลความจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้ยา • ตรวจสอบประเมินและแจ้งผลการตรวจประเมินให้ผู้รับบริการทราบ	- ถามถึงผลกระทบจากยาเสพติดที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว การทำงาน - ให้ผู้รับบริการทำ “personalized feedback report” (PFR) (ดังภาคผนวก) - อธิบายถึงอันตรายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หรือกำลังปรากฏขึ้นกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะการใช้เข็มฉีดยา อาการขาดยา การใช้ยาเกินขนาด ผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เช่น การติดเชื้อเอชไอวี - แจ้งผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจวิเคราะห์อื่นๆจากห้องปฏิบัติการให้ผู้รับบริการ - ให้ผู้รับบริการทำ “แบบประเมินความสมดุลแห่งการตัดสินใจ (decisional balancing)” และ “แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา” (Socrates – 8D) (ดังภาคผนวก) เพื่อแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงแนวโน้มของการใช้/ไม่ใช้ยา ข้อดี/ข้อเสีย ของการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ - สังเกตท่าทีปฏิกิริยาและคำพูดของผู้รับบริการที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับแจ้ง
4. ให้ญาติและบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ทั้งนี้ต้องได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการก่อน	- สัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิด เพื่อขอข้อมูลและตรวจสอบมุมมองของผู้ใกล้ชิดที่มีต่อผู้รับบริการ รวมทั้งประเมินความร่วมมือของบุคคลใกล้ชิด - ขอความร่วมมือจากบุคคลที่ใกล้ชิดในฐานะที่เป็นแหล่งสนับสนุนผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ เช่น แหล่งให้กำลังใจ ที่พักพิง การช่วยเหลือด้านการเงิน - ใช้ทักษะเทคนิค MI ช่วยเหลือผู้ใกล้ชิดในกรณีที่พวกเขาเหล่านั้นได้รับความเดือดร้อนหรือมีอุปสรรคทางด้านอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้รับบริการ

งานของผู้ให้การศึกษา	วิธีสร้างแรงจูงใจ
5. สรุปประเด็นสำคัญ ๆ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาพบกันอีกในครั้งต่อไป	– ใช้การสรุปความ ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาคิดและตัดสินใจ แสดงความห่วงใย กำหนดนัดหมายในครั้งต่อไป รวมทั้งแจกแผ่นพับคำแนะนำในการเลิกยาเสพติดและบอกให้เขานำกลับมาด้วยเพื่อจะได้คุยกันถึงเรื่องนี้ในคราวหน้า ตลอดกระบวนการตรวจคัดบันทึกข้อมูลหรือประเด็นสำคัญ ๆ ที่ได้จากผู้รับบริการไปพร้อม ๆ กับการสัมภาษณ์จบแล้วสามารถให้นำกลับบ้านได้เพื่อจะได้กลับไปทบทวนสิ่งที่ได้สนทนาในช่วงของการปรึกษา

Contemplation: ขั้นลังเลใจ

วัตถุประสงค์ของ MI : ลดความรู้สึกลังเลใจ และสามารถที่จะตัดสินใจ เพื่อเข้าสู่ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงได้

งานของผู้ให้การศึกษา	วิธีสร้างแรงจูงใจ
– สสำรวจความก้าวหน้าของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง – ให้ผู้รับบริการรับรู้ความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องธรรมดา – ให้ผู้รับบริการได้พิจารณาถึงข้อดี/ข้อเสียของยาเสพติด – ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจภายนอกให้เป็นแรงจูงใจภายใน	– ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเช่น “ตอนนี้คุณคิดอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการเลิกยา?” หรือ “คุณอ่านแผ่นพับคำแนะนำในการเลิกยาหรือยัง ถ้าอ่านแล้วคุณคิดอย่างไรบ้าง?” (ให้ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องการทบทวนความก้าวหน้าในการรักษา ในภาคผนวก) – เสนอความเข้าใจร่วมกับเทคนิคการทำให้เป็นเรื่องปกติธรรมดา และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง – ให้ผู้รับบริการทำแบบฝึกหัด “หน้าต่างแห่งความตระหนักรู้” หลังจากนั้นนำผลการทดสอบ PFR, decisional balancing และข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดของผู้รับบริการมาสรุปประมวลและให้ข้อมูลย้อนกลับ – สอบถามผู้รับบริการถึงความรู้สึกนึกคิดจากการรับข้อมูลย้อนกลับ – ให้ผู้รับบริการพูดถึงความรู้สึกที่ถูกระงับ หรือขอร้องให้มารับการรักษาร่วมกับการใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองใหม่ (reframing) เพื่อให้ผู้รับบริการมองเห็นเหตุผลและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวเอง เช่น การลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น หรือเพื่อลดปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการใช้ยาของผู้รับบริการ
– สสำรวจสิ่งที่ผู้รับบริการเห็นคุณค่าหรือมีความหมาย หากสามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง – ได้ช่วยให้ผู้รับบริการคิดหรือใช้คำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้ตนเอง	– ให้ผู้รับบริการทำ “แผนเป้าหมายส่วนตัวในการเลิกยา” (ดังภาคผนวก) พร้อมทั้งนำผล PFR มาย้ำถึงสิ่งที่ผู้รับบริการมีความต้องการและมองเห็นคุณค่าในการเปลี่ยนแปลง – กระตุ้นด้วยคำถาม “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าเรื่องนี้เป็นปัญหา” การใช้คำพูดสะท้อนความหมาย การสนับสนุนสิ่งที่ผู้รับบริการแสดงออกถึงการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมเห็นด้วยกับการที่คุณจะใช้ยาทดแทน เพื่อที่จะไปทำงานได้ตามปกติ”
– สสำรวจความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้รับบริการ	– ให้ผู้รับบริการทำ “แบบทดสอบความมั่นใจในการเลิกยาหรือการใช้ยาทดแทน” ค้นหาจุดแข็งหรือความสามารถของผู้รับบริการที่ผ่านมาพร้อมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น

Preparation: ขั้นการเตรียมการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ของ MI : เพื่อให้ผู้รับบริการวางแผนการเปลี่ยนแปลง สร้างความผูกพันและเลือกวิธีการรักษา

งานของผู้ให้บริการปรึกษา	วิธีสร้างแรงจูงใจ
– ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจอย่างชัดเจนถึงเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ชัดเจน – นำเสนอวิธีเปลี่ยนแปลงที่มีให้เลือก รวมถึงการให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลง – เจรจาต่อรองในเรื่องการเปลี่ยนแปลง – พิจารณาถึงการลดอุปสรรคที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง – สำรวจความคาดหวังในการรักษาและความพยายามของผู้รับบริการในการเปลี่ยนแปลง – ให้ผู้รับบริการแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถึงการเปลี่ยนแปลงหรือการรักษาที่กำลังเกิดขึ้น	– ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเช่น “ตอนนี้คุณคิดอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการเลิกยา?” หรือ “คุณอ่านแผ่นพับคำแนะนำในการเลิกยาหรือยัง ถ้าอ่านแล้วคุณคิดอย่างไรบ้าง?” (ให้ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องการทบทวนความก้าวหน้าในการรักษา ในภาคผนวก) – เสนอความเข้าใจร่วมกับเทคนิคการทำให้เป็นเรื่องปกติธรรมดา และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง – ให้ผู้รับบริการทำแบบฝึกหัด “หน้าต่างแห่งความตระหนักรู้” หลังจากนั้นนำผลการทดสอบ PFR, decisional balancing และข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดของผู้รับบริการมาสรุปประมวลและให้ข้อมูลย้อนกลับ – สอบถามผู้รับบริการถึงความรู้สึกนึกคิดจากการรับข้อมูลย้อนกลับ – ให้ผู้รับบริการพูดถึงความรู้สึกที่ถูกบังคับ หรือขอร้องให้มารับการรักษา ร่วมกับการใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองใหม่ (reframing) เพื่อให้ผู้รับบริการมองเห็นเหตุผลและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวเอง เช่น การลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น หรือเพื่อลดปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการใช้ยาของผู้รับบริการ – กระตุ้นให้ผู้รับบริการเปิดเผยการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อทำให้ผู้รับบริการเกิดข้อผูกมัดต่อคำมั่นสัญญาในการรักษา

Action: ขั้นลงมือปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของ MI : เพื่อให้ผู้รับบริการร่วมมือและทำตามแผนการรักษาที่ได้กำหนดไว้

งานของผู้ให้บริการปรึกษา	วิธีสร้างแรงจูงใจ
– ให้ผู้รับบริการมีความผูกพันและมองเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง – ช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ โดยผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงย่อยๆ – ตรวจสอบและแปลความพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษา (เช่นการไม่มาตามนัด)	– ชักชวนผู้รับบริการเข้าสู่บทบาทการเปลี่ยนแปลง เช่น งดการใช้ยา ทิ้งอุปกรณ์การเสพติด อธิบายถึงวิธีการและระเบียบในการรักษา การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมการรักษา ฯลฯ – ถามถึงประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกพอใจ/ไม่พอใจ อาจจะกังวลว่ายาที่ใช้รักษาอาจจะไม่เพียงพอที่จะลดอาการรวมถึงหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะรักษา – ให้คำชมเชยและสร้างความเชื่อมั่นเมื่อผู้รับบริการเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองได้ – แบ่งซอยเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงใหญ่ให้เล็กลง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถที่จะจัดการและประสบความสำเร็จได้ เช่น การงดการซื้อบุหรี่ ลดปริมาณการเสพติด การจัดการกับความเครียด – ใช้การแก้ไขการต่อต้านในการรักษา รวมทั้งการจัดการกับภาวะลังเล

Maintenance : ขั้นตอนการใช้ยา

วัตถุประสงค์ของ MI : พัฒนาทักษะใหม่ๆ เพื่อป้องกันการหวนกลับไปใช้ยา

งานของผู้ให้บริการ	วิธีสร้างแรงจูงใจ
– ให้ผู้รับบริการรับรู้และแสวงหาแหล่งที่ไม่มียาเสพติด – ให้ผู้รับบริการประคับประคองชีวิตใหม่ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง – ฝึกผู้รับบริการให้จัดการกับปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงการหวนกลับไป – ติดต่อกับและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง – วางแผนการฉุกเฉิน หากมีการหวนกลับไปใช้ยา – ทบทวนเป้าหมายระยะยาวของผู้รับบริการ	– สอบถามและกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจและแสวงหาแหล่งที่สร้างความสุขให้แก่ชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและแนะนำผู้รับบริการให้เข้าไปมีส่วนร่วม – ถามผู้รับบริการถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการหยุดใช้ยา และชื่นชมกับชีวิตใหม่ของผู้รับบริการ รวมทั้งสำรวจสิ่งที่ผู้รับบริการมองเห็นคุณค่าในชีวิต (เช่น การอยากเรียนต่อ การดูแลครอบครัว) และกระตุ้นให้เขาลงมือกระทำ – ใช้ข้อมูลจาก “การวิเคราะห์สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการใช้ยา” (ดังภาพผนวก) และฝึกทักษะให้ผู้รับบริการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด เช่น การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก การจัดการกับความเครียด การบริหารเวลา เป็นต้น – ทำได้โดยการนัดพบหลังการรักษา การโทรศัพท์ ส่งจดหมาย ฯลฯ เพื่อสร้างทักษะในเชิงการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ และช่วยให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ – บอกกับผู้รับบริการว่าการกลับไปใช้ยา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และแนะนำให้เขาติดต่อเพื่อขอการรักษาให้เร็วที่สุด เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดอีกครั้ง และหาทางแก้ไขปัญหาร่วมมือกันต่อไป – กระตุ้นให้ผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายระยะยาวที่ชัดเจนและเป็นเป้าหมายที่สามารถทำให้เห็นจริงได้ ช่วยให้ผู้รับบริการสำรวจปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของเป้าหมายนั้น

เอกสารอ้างอิง

ดรุณี ภูขาว. การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่ใช้ในการบำบัดผู้ประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์บุมิชิบิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต].ควีนส์แลนด์:มหาวิทยาลัยควีนส์แลนด์;๒๕๔๕.๒๕.

พิชัย แสงชาญชัย. การสัมภาษณ์และการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing & Motivation Enhancement Therapy :MI&MET) เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการสัมภาษณ์และการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจ กรุงเทพมหานคร.:มปป.

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2549.

CarloC .DiClemente. Motivation for Change: Implications for Substance Abuse. Psychological Science. May 1999. 10: 209-213. 2.

Miller R. William. Enhancing Motivationfor Change in Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35:

Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. [Online] 1995 [cite 2016 January 4].Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64972/3>

6. การพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสพติดในระยะวิกฤตฉุกเฉินและเฉียบพลัน

สุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์ : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ หมายถึง การเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยปัจจุบันทันด่วนและต้องการความช่วยเหลือและแก้ไขอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการและความทุกข์ทรมานอย่างมากได้

การพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสพติดในระยะวิกฤตฉุกเฉินและเฉียบพลัน หมายถึง การดูแลให้การช่วยเหลือผู้ที่ช้ยาเสพติดและเกิดอาการวิกฤตฉุกเฉินเฉียบพลันทั้งระบบร่างกายและจิตใจ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

วัตถุประสงค์

1. สามารถบอกภาวะฉุกเฉินจากการช้สารเสพติดได้
2. สามารถประเมินภาวะฉุกเฉินจากการช้สารเสพติดได้
3. สามารถบอกวิธีการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินจากสารเสพติดการลดอันตรายจากสารเสพติด และหลักการเจรจาต่อรอง
4. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการเสพยาเสพติดในสถานที่ปฏิบัติงานของตนเอง

ภาวะฉุกเฉินจากสารเสพติด

ภาวะฉุกเฉินจากการช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนและการดูแลช่วยเหลือจากสารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนที่พบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวไม่มีเหตุผล วิตกกังวลมาก คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่งจากผลของพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย

ภาวะฉุกเฉิน จากสารกดประสาท เช่น แอลกอฮอล์ สารฝิ่น (opioid) เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตในผู้เสพเกินขนาดหรือขาดยา

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน

จากการเมายา เนื่องจากแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการกลัว ระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหนูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากความโกรธ ความเครียด จากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรืออื่น ๆ ความรู้สึกอับอายไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย

การวินิจฉัยภาวะเป็นพิษจากสารเสพติด

ต้องรู้จักหลักการและอาการของพิษวิทยา (Principle of Clinical Toxicology) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) กลุ่มอาการที่จะสื่อถึงภาวะเป็นพิษ (Toxidromes) แนวทางการเป็นพิษของยาเสพติดและยาระงับประสาท (Approach to poisoning due to sedative and hypnotic agents) การจัดการกับการเป็นพิษ (Management of poisoning)

การซักประวัติ History เริ่มจากประวัติส่วนบุคคล (History ID) ประวัติการใช้สารเสพติด การได้รับสารพิษต่าง ๆ (Exposure History) อาการทางคลินิก (Clinical course)

การประเมิน Evaluation

- History
 - Unreliable
 - No Idea with the trade or chemical names
 - frustrated with the unknown chemical substances
- Physical Examination Vital Signs Patient stability ANS Local (Dermal or Mucosal) involvement Systemic signs
- Laboratory
 - basic Lab UA FBS Electrolyte EKG (QT prolong)
 - Specific Lab Plasma Level Urine Level Specific Metabolites

Toxidrome	Anticholinergic	Sympathomimetic
Vital signs	↑ HR, ↑ BP, ↑ T	↑ HR, ↑ BP, ↑ T
Mental status	Agitation Lethargy, coma	Agitation Lethargy, coma
Symptoms Blur vision Hallucination	Blur vision Hallucination	Hyperalertness Seizure
Signs	Dry skin & mucosa Mydriasis ↓ Bowel movement Bladder retention	Diaphoresis Mydriasis
Substances	Antihistamines Anticholinergics Mushroom Tricyclic antidepressants Antipsychotics	Amphetamine and derivatives Cocaines Withdrawal syndrome of ethanol & sedative-hypnotic drugs Serotonin syndrome

Toxidrome	Opioids
Vital signs	↓ HR, ↓ BP, ↓ T
Mental status	Lethargy, coma
Symptoms	Euphoria Dizziness
Signs	Miosis ↓ Bowel movement Bullae (phenobarbital)
Substances	Opioids Phenobarbital Isopropanol Methyldopa Clonidine Pons & Cerebellum lesion

การประเมิน

ขั้นที่ 1 การประเมินเบื้องต้น ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม

ประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่จะเกิดกับตัวเองหรือผู้อื่น เริ่มเข้าควบคุมสถานการณ์

ขั้นที่ 2 เกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนหรือไม่ ให้พิจารณาประเด็นต่อไปนี้ ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม อาการและอาการแสดงทางร่างกาย การถามคำถามตรงไปตรงมา ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม

กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ แสดงความคิดที่หวาดระแวง พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้ ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น เสียง การเคลื่อนไหว แสดงพฤติกรรมตามความเชื่อที่หลงผิด อาจแสดงการพูดคุยกับใครบางคนที่ไม่อยู่ที่นั่น (ตอบสนองต่อหูแว่ว) มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ ไม่ตอบสนองต่อการพูด ในลักษณะสั่งให้หยุดทำอาการ และอาการแสดงทางร่างกาย

อาการที่สังเกตได้ ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต) เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น เกร็งเกร็ง ตัวแข็งๆ

อาการที่ตรวจพบ ใช้สูงกว่า 38 องศา ซิฟรเด้นเร็ว

อาการที่ผู้ป่วยบอก เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก

การถามคำถามตรงไปตรงมา คุณใช้ยาบ้า ยาไอซ์ หรือไม่ ใช้อะไร ใช้เท่าไร

การใช้สารกระตุ้นประสาทปริมาณมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเมา

คุณใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงที่สุดประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังเสพยาบ้า

คุณใช้สารเสพติดอื่นอีกหรือไม่ เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้

ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

สถานที่ที่น่าสงสัยว่ามีการใช้สารกระตุ้นประสาท สถานบันเทิง งานเลี้ยง पार्टीส่วนตัว คอนเสิร์ตดนตรี วันหยุด และวันหยุดที่มีระยะเวลายาว ใกล้แหล่งที่ขาย

ภาวะเมาหรือใช้สารกระตุ้นเกินขนาดเฉียบพลันและการช่วยเหลือเบื้องต้น

อาการบ่งชี้ทางกาย คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็งเกร็ง ความดันโลหิตสูง ซิฟรเด้นเร็ว มีไข้ ชัก

อาการบ่งชี้ทางพฤติกรรม สับสน วิดกกังวลอย่างมาก ความคิด ความจำเปลี่ยนไป หงุดหงิด ก้าวร้าว สงสัยระแวงระวัง หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว

การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ขั้นที่ 1 : สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะเมาสารกระตุ้น อาการเจ็บหน้าอก ใช้ขึ้นสูงฉับพลัน $T > 39$

ความดันโลหิตสูง อาการโรคจิต เช่น ระแวง หลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ให้ Medical restrained ก่อนจึงผูกมัดจำกัดพฤติกรรม ชัก

ขั้นที่ 2 : ติดตามสัญญาณชีพ (ถ้าทำได้) อุณหภูมิ ซิฟรเด้นเร็ว ความดันโลหิต

ขั้นที่ 3 : พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสงบ พูดด้วยน้ำเสียงที่นุ่ม ทำที่ที่สงบ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า อย่าตื่นตระหนก ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ไม่มีอุปกรณ์ที่จะเป็นอาวุธได้ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ไม่แนะนำให้บุกเข้าจับผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้สถานการณ์แย่ลง

ขั้นที่ 4 : ทำให้ผู้ป่วยสงบ (หากจำเป็น) อาจให้ยานอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน เช่น Diazepam ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol เพื่อให้ผู้ป่วยสงบตามความจำเป็น ควรให้หลังdiazepam ป้องกัน การเกิดQT Prolong

ขั้นที่ 5 : ให้สารน้ำเพียงพอและสังเกตอาการ ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (250 - 500 ml ต่อชั่วโมง) หากจำเป็น กรณีที่สัญญาณชีพผิดปกติมาก ควรเปิดเส้นเลือดไว้ และตรวจติดตามการทำงานหัวใจ ฝ้าระวัง QT Prolong ให้ความเย็นให้เพียงพอ Cold Tepid Sponge ลด Temp ให้ต่ำกว่า 39 องศา

พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น

Aggression หมายถึง ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งด้านคำพูดหรือท่าทาง เกิดจากความคับข้องใจ ความระแวงสงสัย ไม่สมหวัง เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม อาจแสดงออกด้วย การคุกคาม มีเจตนา ช่มชู้หรือทำให้หวาดกลัว (Harper-Jaques & Reimer, 2001; Hamolia, 2005) หรือ

Aggression หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึกที่ถูกคุกคามหรือรู้สึกว่าคุณเองตกอยู่ในอันตราย โดยพฤติกรรมรุนแรงจะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ของความรู้สึกสงสัย คลางแคลงใจ บั่นทอนความโกรธออกมาอย่าง กะทันหันและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกทันที (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541; วาสนา แฉล้มเขตร, 2544; Harper-Jaques & Reimer, 2001)

ระยะของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive)

- 1 2 3 4 5
- เครียด.....โมโห.....อาละวาด.....เย็นลง.....สงบ.
- เครียด (Triggering Phase) มีสิ่งกระตุ้น เริ่มมีอาการโกรธ
- ระยะโมโห (Escalation Phase) ตะโกน วุ่นวาย เรียกร้อง กำหมัด กัดฟัน
- ระยะอาละวาด (Crisis Phase) ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นทรัพย์สิน ไม่สามารถควบคุมตนเอง
- เย็นลง Recovery Phase
- สงบ Post crisis Phase

อาการและอาการแสดงออก

Yudofsky et al. (1986) แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ

พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาท

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบได้บ่อย กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด สงสัย ไม่แน่ใจ ระแวง หลงผิด ก้าวร้าว โต้เถียงทะเลาะแม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจหรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง ต่อว่าให้เจ้าหน้าที่ว่า ไม่ได้เรื่อง หรือ คุณสมบัติ ไม่พอ ไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง

ข้อ	รายละเอียด
1	สายตาท่าทางไม่เป็นมิตร พูดเสียงดัง ด่าหยาบคาย
2	ระแวงคนจะทำร้าย มีหูแว่ว
3	ควบคุมตัวเองได้น้อย อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย พุนหันพลันแล่น
4	มีพฤติกรรมเจ้ากี้ เจ้าการ
5	อยากเสพยาเสพติด
6	กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น

ระดับความรุนแรง	อาการ
มาก	มีอาการในข้อ 1 ข้อ 2 หรือ ข้อ 3
ปานกลาง	มีอาการในข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 อย่างน้อย 2 ข้อ
น้อย	มีอาการในข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 อย่างน้อย 1 ข้อ

เกณฑ์การพิจารณา

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 3 ระยะ Hamolia (2005)

การป้องกัน การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน การป้องกันไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้น

การตระหนักรู้ในตนเอง	การสื่อสาร	การจัดการในภาวะวิกฤติ
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	วิธีการเข้าถึงผู้ป่วย
การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การใช้ห้องแยก
การบอกความต้องการที่เหมาะสม	การให้ยา	การใช้การผูกมัด

แนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

1. คำนึงถึงความปลอดภัยเป็นอันดับแรก (Safety first)
2. การพูดคุยกับผู้ป่วย ควรมีท่าทีที่สงบ มีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling)
3. สิ่งที่เราควรระวังในการเข้าหาผู้ป่วย
 - 3.1 ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยตามลำพัง
 - 3.2 ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม
 - 3.3 ไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยที่มีท่าทีก้าวร้าว
 - 3.4 ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย ควรยืนทแยง
 - 3.5 ท่าทางของพยาบาลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น
 - 3.5.1 การยืนท้าวเอวดูเหมือนการวางอำนาจ
 - 3.5.2 การยืนเอามือไขว้ข้างหน้า ดูเหมือนกลัวผู้ป่วย
 - 3.5.3 การยืนเอามือไขว้หลัง ดูเหมือนว่าพยาบาลซ่อนอาวุธ
 - 3.6 กิริยาท่าทางของพยาบาล ต้องไม่ใช่สายตาจ้องมองผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวยิ่งขึ้น

สรุปแนวทางการดูแล

1. ภาวะเมาหรือใช้เมทแอมเฟตามีนเกินขนาด ใช้หลักการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการอย่างใกล้ชิด
2. อาการถอนเมทแอมเฟตามีนและอาการซึมเศร้าจากเมทแอมเฟตามีน ให้ประเมินอาการซึมเศร้าและส่งให้การรักษาต่อที่เหมาะสม
3. อาการโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ก้าวร้าว หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน ประเมินความเสี่ยงและให้การรักษาด้วยยาตามอาการหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม
4. ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนอาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรมีการประเมินความเสี่ยง และให้การดูแลส่งต่ออย่างเหมาะสม

ภาวะฉุกเฉินจากสารเสพติดอื่นๆ

ภาวะเมาสารกล่อมประสาท (Sedative ,Hypnotic and Anxiolytics Intoxication) benzodiazepines barbiturates และยาในกลุ่ม non-benzodiazepines อาการเมาสารกลุ่มนี้เหมือนเมาสุรา พูดไม่ชัด เดินเซ เสียการทรงตัว หากรุนแรงกดการหายใจ มี stupor หรือ Coma และอาจเกิดภาวะ Paradoxical intoxication โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ อาการกระสับ กระส่าย สับสน หรืออาจมี delirium

การช่วยเหลือผู้มีภาวะเมาสารกล่อมประสาท

1. ดูแลและเฝ้าระวังการกดทางเดินหายใจ ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง เตรียมเครื่องมือ และช่วยกู้ชีวิตเบื้องต้น อาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีที่มีการกดการหายใจอย่างมาก จากการศึกษา โดย Drug Abuse Warning Network (DAWN) พบว่าการใช้ benzodiazepines โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นสาเหตุของอาการนำ ที่มาห้องฉุกเฉิน และมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 149 จากปี ค.ศ. 2004 - 2011 พบว่ายา alprazolam เป็นสาเหตุ 1 ใน 3 ของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และเป็นสาเหตุ 1ใน3 ของbenzodiazepines-related suicidal attempts

2. ควรให้ยา flumazenil รักษาภาวะ benzodiazepines intoxication ง่วงซึมมาก เกิดการกดการหายใจอย่างรุนแรง

ภาวะเมาสุรา Alcohol intoxication ภาวะขาดสุรา Alcohol withdrawal (AW) และ ภาวะเพ้อคลั่งสั้น Delirium tremens (DTs)

ภาวะเมาสุรา Alcohol intoxication มีพฤติกรรมและสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลง ขาดความยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) เช่น พูดเสียงดัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว การตัดสินใจบกพร่อง มีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม

อาการที่สังเกตได้ พูดไม่ชัด (slurred speech) เดินเซ (unsteady gait) การประสานงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง (motor incoordination) ลูกตาแกว่ง (nystagmus) ความจำและสมาธิเสีย (impairment of memory and attention) จำเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่ได้ (black out) อาจหมดสติ (stupor or coma) กดระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตจากการหายใจล้มเหลว

ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะเมาสุรา 1. Dehydration 2. Hypoglycemia 3. Subduralhematoma 4. Gastrointestinal hemorrhage

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรา 1. Cardiomyopathy 2. Breathing pattern, risk for ineffective 3. Electrolyte imbalance 4. Pneumonia 5. Grandmal seizure

การพยาบาลผู้ป่วยถอนพิษสุราสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังด้านร่างกาย

1. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ
2. เฝ้าระวังภาวะชักที่อาจเกิดใน 24 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม
3. เฝ้าระวังการสละอาหารและน้ำ
4. เฝ้าระวังการเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว
5. เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือด
6. ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อกรณีเกิดเลือด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเมาสุรา ถอนพิษสุราและเพ้อเจ้อ คลั่ง สั่น สับสน จากสุรา

1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม
2. เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
3. เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ
4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
5. เสี่ยงต่อการเกิดอาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
6. บกพร่องเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันจากมึนงง สับสน

ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจากการใช้ยาและสารเสพติด

1. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวจากการเสพยาบ้าเกินขนาด
2. เสี่ยงต่อการหยุดหายใจจากได้รับสารฝิ่นเกินขนาด
3. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นจากได้รับยาแก้ปวดประสาทเกินขนาด
4. เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากความดันโลหิตสูงจากการเสพยาบ้าเกินขนาด
5. อาจได้รับอันตรายจากสมองขาดแอลกอฮอล์เฉียบพลัน
6. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากของมีคมเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว
7. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า
8. เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการทรงตัวไม่ดี จากการเมาสุรา

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด

มาตรฐานที่ 1 การประเมินและจัดระดับความรุนแรงภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด

มาตรฐานที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติทางยาเสพติด

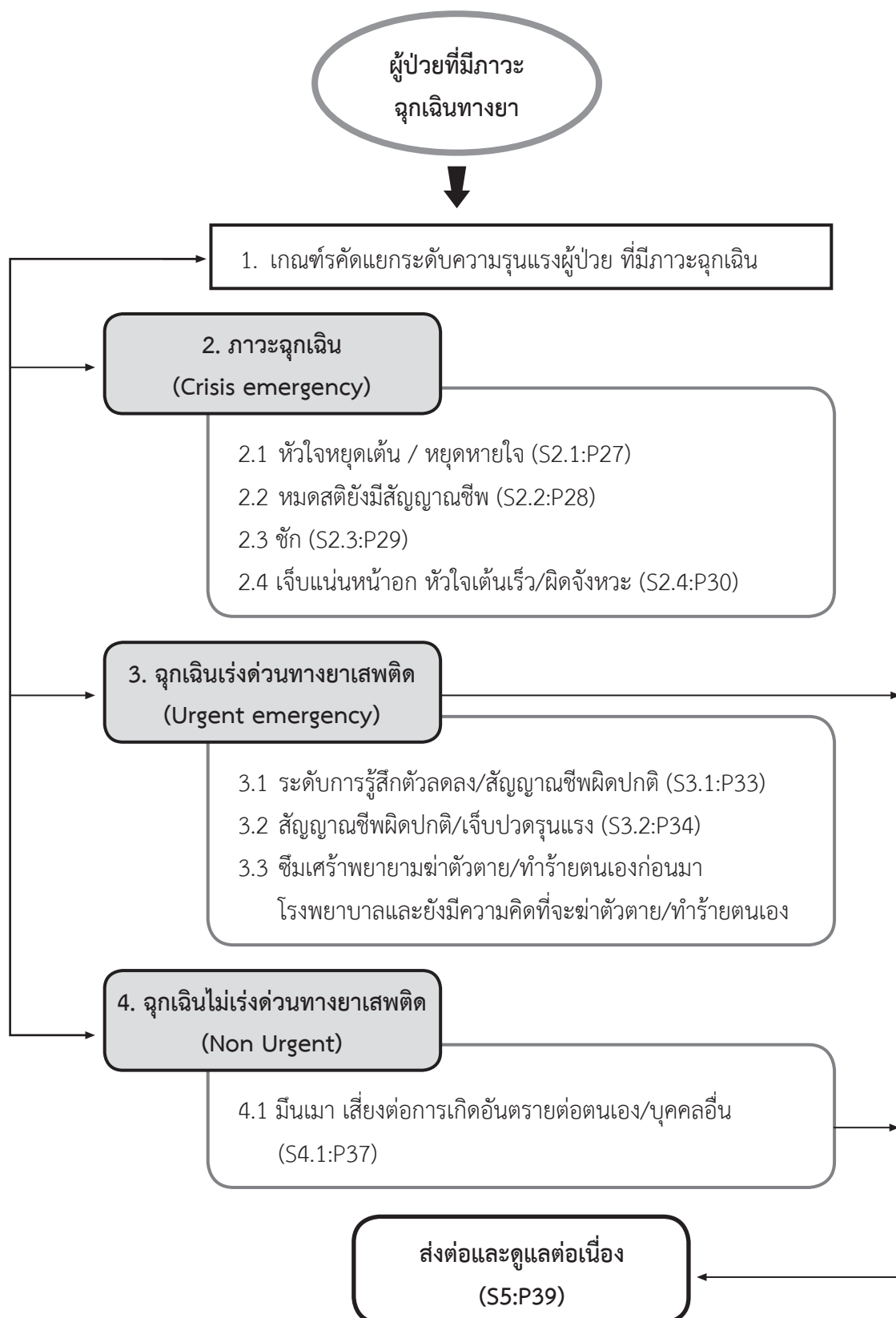
- 2.1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น/หยุดหายใจ
- 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหมดสติแต่ยังมีสัญญาณชีพ
- 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชัก
- 2.4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอก
- 2.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวรุนแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้/พยายามทำร้ายตน

มาตรฐานที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนทางยาเสพติด

- 3.1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Opioid Overdose ที่มีภาวะระดับการรู้สึกลดลง และสัญญาณชีพผิดปกติ
- 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Amphetamine Intoxication ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ/เจ็บปวดรุนแรง
- 3.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง ก่อนมาโรงพยาบาลและยังมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง
- 3.4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน/ วุ่นวายเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง/บุคคลอื่นเอง/บุคคลอื่น

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดในระยะฉุกเฉิน อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทั้ง จากอาการทางกาย ที่อาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและปัญหาทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ ที่รุนแรง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดสารกดประสาท โดยเฉพาะในระยะ ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและมีการวิเคราะห์ปัญหา ที่ครอบคลุม สามารถให้การพยาบาลอย่าง ทันท่วงที เพื่อตอบสนองความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัด รักษาอย่างปลอดภัย และบรรลุเป้าหมาย และเมื่อผ่านพ้นภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติดแล้ว จำเป็นต้องส่งเสริมให้เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เข้ารับการบำบัดทางพฤติกรรม และจิตสังคมต่อไป

แผนภูมิมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด



เอกสารอ้างอิง

- นริสา วงพนารักษ์.(2561). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่2). มหาสารคาม:สำนักพิมพ์กะกาเยี่ย.
- พิชญา วัฒนการุณและฐิติมาสงวนวิชัยกุล. (2557). อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้
เมทแอมเฟตามีน.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา; 8(2) : 11 - 20
- รัศมน กัลป์ยาศิริ. (2561). การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา อภาบุษยพันธ์และคณะ. (2562). คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด
ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563) เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยา และ
สารเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่) นทบุรี : เดอะกราฟิก วิสเต็มส์ จำกัด.

7. แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน เทคนิคที่สำคัญต่าง ๆ ในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติด

ดร.ชนกพร ศรีประสาร : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติด

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories)

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, ค.ศ. 1856-1939) จิตแพทย์ชาวเวียนนา ประเทศออสเตรีย เป็นบุคคลแรกที่เสนอแนวคิดทางด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic) จนได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีของท่านนับว่าเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาทฤษฎีแรกๆ ที่อธิบายถึงการทำงานของจิตใจ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ทุกพฤติกรรมมีความหมายและไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่จะมีจิตใจส่วนหนึ่งที่ดำเนินการและสั่งการให้เกิดรูปแบบพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลในการแสดงพฤติกรรมรูปแบบต่าง ๆ นั้นก็คือ ประสบการณ์ในวัยต้นของชีวิตที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจโดยที่บุคคลอาจจะไม่รู้ตัว แต่ประสบการณ์ดังกล่าวนี้จะมีส่วนในการสื่อนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในภายหลัง

การทำความเข้าใจมนุษย์และพฤติกรรมของมนุษย์ ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จะเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ ระดับของจิตใจ (Level of mind) โครงสร้างของจิตใจ (Structure of mind) และ พัฒนาการของบุคลิกภาพ (Psychosexual development) ซึ่งฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่าทั้งสามส่วนนี้เป็นองค์ประกอบหลักในพฤติกรรมมนุษย์

1.1 ระดับของจิตใจ (Level of mind) สามารถแบ่งระดับของจิตใจมนุษย์ตามความรู้สึกตัวได้เป็น 3 ระดับ คือ จิตสำนึก (Conscious) จิตใต้สำนึก (Subconscious) และ จิตไร้สำนึก (Unconscious) โดยสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1.1.1 จิตสำนึก (Conscious) เป็นระดับของจิตใจที่เจ้าตัวรู้ตัวและสามารถตระหนักรู้ในตนเองได้อยู่ตลอดเวลา ดังนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกมาในส่วนของจิตระดับนี้ จึงอยู่ภายใต้การควบคุมของสติปัญญา ความรู้ และการพิจารณาให้ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับมาตรฐานการยอมรับของสังคม

1.1.2 จิตใต้สำนึก (Subconscious) เป็นระดับของจิตใจที่อยู่ในขั้นลึกลงไปกว่าจิตสำนึก โดยที่บุคคลไม่ได้ตระหนักรู้อยู่ตลอดเวลา แต่เป็นส่วนที่ต้องใช้เวลาในการคิดหรือระลึกถึงเหตุการณ์นั้น ๆ ชั่วครู่ จึงจะสามารถดึงประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้นขึ้นมาอยู่ในระดับจิตสำนึกได้ ระดับของจิตส่วนนี้จะช่วยจัดข้อมูลที่ไม่จำเป็นออกไปจากความรู้สึกของบุคคลโดยจะเหลือไว้แต่ข้อมูลในส่วนที่มีความหมายต่อตนเอง ซึ่งจิตใจในส่วนนี้จะมีการดำเนินอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน

1.1.3 จิตไร้สำนึก (Unconscious) เป็นระดับจิตใจในขั้นลึกอันประกอบไปด้วยความต้องการตามสัญชาตญาณต่าง ๆ ซึ่งไม่อาจแสดงออกได้อย่างเปิดเผย บุคคลจะมีการสะสมและเก็บกดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเอาไว้ในส่วนของจิตไร้สำนึกนี้ ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บกดนี้ สามารถที่จะเกิดขึ้นได้ในบางโอกาสที่บุคคลนั้น ๆ ไม่ได้ควบคุมและไม่รู้สึกตัว ดังนั้น การที่จะทำความเข้าใจในพฤติกรรมของมนุษย์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจจิตใจในระดับนี้ของบุคคลด้วย

1.2 โครงสร้างของจิตใจ (Structure of mind) จิตใจของมนุษย์ประกอบด้วยโครงสร้างหลักที่เป็นองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ Id Ego และ Superego โดยสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1.2.1 Id เป็นส่วนของจิตใจที่ยังไม่ได้ขัดเกลา เป็นสัญชาตญาณดั้งเดิมของมนุษย์ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของบุคลิกภาพที่มีติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด เป็นแรงขับเคลื่อนพื้นฐานที่มุ่งให้ตนเองได้รับความพึงพอใจและความสุข (Pleasure principle) โครงสร้างของจิตใจในส่วนนี้มีกระบวนการทำงานโดยปราศจากเหตุผลและไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งฟรอยด์ (Freud) เรียกกระบวนการทำงานของจิตใจในส่วนนี้ว่าเป็น กระบวนการคิดแบบปฐมภูมิ (Primary thinking process)

1.2.2 Ego เป็นตัวตนแห่งบุคคล (Self) เป็นโครงสร้างของจิตใจในส่วนที่ดำเนินการโดยอาศัยหลักเหตุผลและตั้งอยู่บนหลักแห่งความเป็นจริง (Reality principle) ซึ่งอยู่ในระดับที่บุคคลรู้สึกตัว มีการพิจารณาถ่วงถ่วงเพื่อให้การตอบสนองความต้องการตามแรงขับของ Id อยู่ภายใต้ขอบเขตของความเหมาะสมตามมาตรฐานของสังคม ซึ่ง ฟรอยด์ (Freud) เรียกกระบวนการทำงานของจิตใจในส่วนนี้ว่าเป็น กระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ (Secondary thinking process) กระบวนการทำงานของจิตใจในส่วนนี้จะทำให้ Id ถูกผลักดันลงไปสู่จิตใจ ในระดับใต้สำนึก (Subconscious) โดย Ego จะทำหน้าที่เป็นตัวประสาน ระหว่างความต้องการตามสัญชาตญาณกับโลกภายนอกบนพื้นฐานแห่งหลักของความเป็นจริง การพัฒนาของ Ego จะครอบคลุมหน้าที่ไปถึงการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเรียนรู้ความรู้สึก ความทรงจำ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ เป็นไปได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ กระบวนการทำงานของ Ego ยังมีส่วนช่วยในการพัฒนาทั้งทางด้านอารมณ์และความคิด โดยพัฒนาจากกระบวนการคิดแบบปฐมภูมิ (Primary thinking process) มาเป็นกระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ (Secondary thinking process)

1.2.3 Superego เป็นส่วนของจิตใจที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ถูกฝึก ตามศีลธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และหลักศาสนา โดยเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนทั้งทางตรง และทางอ้อม มีทั้งสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ มโนธรรม (Conscience) และอุดมคติแห่งตน (Ego-ideal) ซึ่งการที่บุคคลกระทำการสิ่งที่ยึดกับมโนธรรมจะก่อให้เกิดความสำนึกผิด (Guilt feelings) ในขณะที่การกระทำตามอุดมคติแห่งตนนั้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ (Pride) ส่วนสำคัญของ Superego จะเกิดขึ้นในช่วงปลายของระยะ Oedipal phase คือ อายุประมาณ 5-6 ปี และจะค่อนข้างสมบูรณ์เมื่ออายุประมาณ 9-10 ปี

1.3 พัฒนาการของบุคลิกภาพ (Psychosexual development) จากแนวความคิดของ Sigmund Freud เชื่อว่าพลังผลักดันทางบุคลิกภาพนั้นมีต้นกำเนิดจาก 2 แหล่งพลังงานที่มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน คือ พลังทางด้านร่างกาย (Physiological energy) และพลังทางด้านจิตใจ (Psychic energy) ซึ่งอยู่ภายใต้จิตใจสำนึกอันเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยมีตัวเชื่อมระหว่างพลังงานทางกายและทางจิต คือ สัญชาตญาณทางเพศหรือสัญชาตญาณของการมีชีวิตอยู่ โดยมีลักษณะเป็นพลังงานเชิงสร้างสรรค์ (Libido: Sexual of life instinct) และสัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว โดยมีลักษณะเป็นพลังงานเชิงทำลาย (Mortido: Aggressive of death instinct) ซึ่งสัญชาตญาณทั้งสองชนิดนี้สามารถเกิดร่วมกันได้ ในด้านการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล Sigmund Freud เรียกว่า Psychosexual development นั้น เป็นการพัฒนาที่มีพลังผลักดันจากทางจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางเพศ โดยในแต่ละขั้นของพัฒนาการจะมีการเปลี่ยนย้ายจุดในการสร้างความพึงพอใจของพลังทางเพศ (Libidinal energy) ซึ่ง Sigmund Freud ได้แบ่งพัฒนาการดังกล่าวเป็นระยะ ๆ รวมทั้งหมด 5 ขั้น ตามลำดับดังนี้

1.3.1 ความพึงพอใจทางปาก (Oral stage) ในขั้นตอนนี้จะมีอายุโดยประมาณตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 18 เดือน ทารกจะมีความสุขในชีวิตโดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยปาก เช่น การดูด เคี้ยว กัด ซึ่งถ้าหากว่าบุคคลมีพัฒนาการในขั้นนี้ไม่สมบูรณ์ เมื่อโตขึ้นก็จะยังคงพฤติกรรมที่มุ่งแสวงหาความสุขด้วยปากอยู่ เช่น การชอบกินจุบจิบ ชอบพูดคุ้ย ชอบเคี้ยวหมากฝรั่ง ชอบนินทา ชอบสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.3.2 ความพึงพอใจทางทวารหนัก (Anal stage) ในขั้นตอนนี้จะมีอายุประมาณตั้งแต่ 18 เดือน ถึง 3 ปี เป็นช่วงที่เด็กแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อมุ่งตอบสนองความพึงพอใจโดยทำกิจกรรมที่ใช้ทวารหนัก ซึ่งถ้าหากว่าบุคคลมีพัฒนาการในขั้นนี้ไม่สมบูรณ์ เมื่อโตขึ้นก็มักจะมีบุคลิกภาพเป็นคนเจ้าระเบียบ จู้จี้ พิถีพิถัน รักความสะอาดอย่างมาก

1.3.3 ความพึงพอใจในอวัยวะเพศ (Phallic stage) เป็นการแสวงหาความสุขจากอวัยวะเพศขั้นปฐมภูมิ ในขั้นตอนนี้จะมีอายุโดยประมาณ 3 ถึง 6 ปี ซึ่งเด็กจะมีความพึงพอใจในกิจกรรมที่มุ่งความสนใจไปที่อวัยวะเพศ เช่น การเล่นกับอวัยวะเพศของตน กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้พ่อแม่ตกใจ ดังนั้นพ่อแม่ หรือผู้ปกครองควรที่จะได้รับการแนะนำและควรทำความเข้าใจเสียใหม่ว่า การแสดงพฤติกรรมดังกล่าวของเด็กเป็นการเล่นขั้นหนึ่งตามกระบวนการพัฒนาการตามธรรมชาติ โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะหายไปเมื่อเด็กมีอายุผ่านพ้นวัยนี้ไปแล้ว การเล่นอวัยวะเพศของเด็กมีผลต่อพัฒนาการด้านการสำนึกถึงเพศของตนเองอย่างลึกซึ้งว่าตนเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย การเลียนแบบบทบาททางเพศ และการรู้จักผูกพันกับเพศตรงข้ามก็จะมีต้นกำเนิดในช่วงวัยนี้เช่นเดียวกัน ซึ่ง Sigmund Freud เชื่อว่าเป็นช่วงเวลาวิกฤต (Critical period) สำหรับการเลียนแบบบทบาททางเพศให้คล้อยตามเพศของตนเอง การที่เด็กหญิงหรือเด็กชายมีพัฒนาการในขั้นนี้ไม่สมบูรณ์ เมื่อโตขึ้นก็จะกลายเป็นชายหนุ่มและหญิงสาวที่นิยมบทบาททางเพศที่ตรงกันข้ามกับเพศทางกายจริงของตนเอง

1.3.4 ความต้องการแฝง (Latency stage) เป็นขั้นการแสวงหาความสุขจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ช่วงนี้จะอยู่ระหว่างอายุประมาณ 6 ถึง 11 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาพักพัฒนาทักษะใหม่ พัฒนาการส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นไปอย่างเชื่องช้าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ผ่านมา ระยะเวลานี้ได้ก็จะเริ่มพัฒนาชีวิตสังคมนอกครอบครัว ดังนั้น เด็กจึงแสวงหาความพึงพอใจจากการติดต่อกับบุคคลรอบตัวและเพื่อนร่วมวัย ในวัยนี้เด็กจะมีเพื่อนสนิทเป็นเพศเดียวกันมากกว่าเพื่อนต่างเพศ ทั้งนี้เป็นการสืบเนื่องจากการเลียนแบบและเรียนรู้บทบาททางเพศต่อออกไปจากขั้นระยะการแสวงหาความสุขจากอวัยวะเพศขั้นปฐมภูมิ

1.3.5 วัยเจริญพันธุ์ (Genital stage) เป็นระยะการแสวงหาความสุขจากแรงกระตุ้นทางเพศขั้นทุติยภูมิ ขั้นตอนนี้จะมีอายุโดยประมาณ 12 ถึง 20 ปี เป็นเวลาที่เด็กมีพัฒนาการอย่างเข้าสู่วัยรุ่นและเริ่มเป็นผู้ใหญ่ ลักษณะทุติยภูมิทางเพศบรรลุภาวะสมบูรณ์ สามารถทำงานได้เต็มที่ เช่น เด็กหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน หน้าอกผาย รังไข่ผลิตไข่เพื่อสืบพันธุ์ ส่วนในเด็กชายนั้นก็ถึงวัยที่ร่างกายผลิตน้ำอสุจิได้ เป็นต้น ในวัยนี้เด็กทั้งสองเพศจะเริ่มมีความพึงพอใจในการคบหาสมาคม รักใคร่ผูกพันกับเพื่อนต่างเพศ ในขณะเดียวกันก็จะพยายามประพฤติตนให้เหมาะสมกับบทบาททางเพศที่สอดคล้องกับลักษณะทางเพศด้านกายภาพของตนเอง ดังนั้นในระยะนี้มักจะสามารส่งเกตได้ชัดว่า เด็กคนใดแสดงบทบาททางเพศผิดปกติ ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงตอนปลายของขั้นตอนนี้ ถ้าไม่ติดพันกับการศึกษา หรือการเริ่มอาชีพแล้ว ก็มักจะแสวงหาคู่ครอง แต่งงาน และมีครอบครัว ตามแนวคิดของ Sigmund Freud เมื่อบุคคลมีพัฒนาการถึงขั้นนี้แล้ว มิได้หมายความว่า จะเลิกแสวงหาความสุขจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตามที่ได้ผ่านมาแล้วในวัยต้น แต่บุคคลยังอาจแสวงหาความสุขนั้นต่อไปในลักษณะของการลดระดับความติดใจ และความเข้มข้นลง โดยผู้ที่มีพัฒนาการตามขั้นต่าง ๆ ไม่สมบูรณ์ก็จะทำให้เกิดการหยุดชะงักของพัฒนาการ (Fixation) ซึ่งอาจจะเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมแอบแฝงรูปแบบต่าง ๆ หรือเปลี่ยนเป็นรูปแบบอย่างอื่นทางอ้อม แต่แรงจูงใจที่เป็นพื้นฐานให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ก็คือ ภาวะที่บุคคลมีการหยุดชะงักของพัฒนาการในขั้นต่อนั้น ๆ นั่นเอง

1) แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า สาเหตุของความผิดปกติทางบุคลิกภาพเกิดจากการเสียสมดุลแห่งตัวตนในบุคคล คือ การที่ Ego ไม่สามารถปรับสภาพให้เกิดความพอเหมาะระหว่างความต้องการตามสัญชาตญาณและการถูกดำเนินโดยมโนธรรมได้ นอกจากนี้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอาจเกิดจากการทำงานของ Ego ไม่เหมาะสม อันได้แก่ การเลือกเป้าหมายของการแสดงออกไม่เหมาะสม มีกระบวนการคิดแบบปฐมภูมิ (Primary thinking process) การทำงานของจิตใจดำเนินไป เพื่อแสวงหาความพึงพอใจของตนเองฝ่ายเดียว โดยไม่ได้พิจารณาความเป็นจริงปล่อยให้จิตไร้สำนึกเป็นตัวดำเนินงานมากเกินไป สภาวะการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งที่บุคคลจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อที่จะแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งเหล่านั้น ซึ่ง Sigmund Freud เป็นนักจิตวิทยาคนแรก ที่อธิบายถึงการกระทำดังกล่าวของบุคคลว่าเป็นการใช้กลไกทางจิต (Ego defense mechanism) โดยเชื่อว่าเป็นกระบวนการทางจิตซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับจิตไร้สำนึกของบุคคล (Unconscious) ที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ เพื่อแก้ไขความรู้สึกขัดแย้งทางจิตใจของบุคคล ลดความวิตกกังวลหรือความกลัว นอกจากนี้ยังรวมถึงกระบวนการที่ดำเนินไปเพื่อเป็นการปกป้องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกปลอดภัยของบุคคล เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลอยู่ในสภาพที่จะทนหรือเผชิญกับภาวะการณ์นั้นได้

2) ความขัดแย้งของความต้องการในชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงระยะพัฒนาการของมนุษย์ โดยในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการจะมีกิจกรรมหลัก ที่จะต้องปฏิบัติและมีความต้องการพื้นฐานที่ต้องได้รับการตอบสนอง ก่อนที่จะก้าวไปสู่ขั้นระยะพัฒนาการที่สูงขึ้นไป เมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละขั้นตอนจะส่งผลกระทบให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในตนเอง ซึ่งบุคคลจะต้องใช้พลังงานส่วนหนึ่งในการจัดความขัดแย้งนั้น การตอบสนองดังกล่าวทำให้บุคคลมีพลังงานเหลือน้อยในการที่จะปฏิบัติภารกิจหลักในขั้นต่อไป ส่งผลให้เกิดการหยุดชะงักของพัฒนาการ (Fixation) บุคคลที่มีบุคลิกภาพผิดปกติจะมีการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม (Pathogenic ego defense mechanism) อันจะส่งผลทำให้ตนเองไม่มีความสุขหรือแสดงพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับออกมา ซึ่งกลไกทางจิต (Ego defense mechanism) ที่สำคัญมีดังนี้

1. Repression : เป็นการเก็บกดความคิด ความรู้สึก และความอยากที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่เป็นที่ยอมรับของจิตไร้สำนึกกลับไปเก็บไว้ในระดับจิตไร้สำนึก ดังนั้นขอบเขตของบุคลิกภาพในระดับจิตไร้สำนึกจึงเต็มไปด้วยความทรงจำที่ไม่อาจยอมรับได้ ความอยากที่ถูกระงับไว้ ความต้องการทางเพศที่ถูกห้าม และความรู้สึกต่อต้านสังคม เช่น การลืมนัดหมายกับบุคคลที่ไม่ชอบ การลืมเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

2. Suppression : มีลักษณะคล้ายกับ Repression แต่เป็นในระดับของจิตไร้สำนึกเป็นการผลักดันสิ่งที่ไม่ทำให้ไม่สบายใจออกไปจากจิตใจ โดยการพยายามที่จะลืมและไม่นึกถึง เช่น คนที่ถูกเพื่อนสนิทวิพากษ์วิจารณ์จะพยายามลืมคำวิพากษ์วิจารณ์นั้นเสีย เพราะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ดี การที่บุคคลพูดว่า “ฉันไม่อยากจะพูดถึงมัน” หรือ “อย่าพูดถึงมันเลย” เป็นต้น

3. Rationalization : เป็นการพยายามหาเหตุผลมาอธิบายพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความผิดหวังหรือไม่สบายใจ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและไม่ให้เสียศักดิ์ศรี การใช้กลไกทางจิตแบบ Rationalization นับว่าเป็นการใช้เหตุผลเพื่อมาหลอกตนเอง ถึงแม้ว่าเมื่อดูผิวเผินแล้วจะเหมือนว่าเป็นจริง แต่เป็นการใช้เหตุผลต่อเหตุการณ์หรือการกระทำที่เกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว ไม่ใช่ว่ามีเหตุผลจึงกระทำเช่นนั้น การใช้เหตุผล แบ่งออกได้ 2 ชนิด คือ

3.1 Sour grape เป็นการแสดงออกเมื่อไม่ได้สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว พยายามปลอบใจหรือหลอกตนเองและผู้อื่นว่าสิ่งนั้นไม่ดีพอ (องุ่นเปรี้ยว) เช่น รักผู้หญิงแล้วเขาไม่รักตอบ ก็บอกว่าผู้หญิงคนนั้นไม่คู่ควรกับตนเอง เป็นต้น

3.2 Sweet lemon เป็นความพยายามที่จะหาเหตุผลมาสนับสนุนว่าสถานการณ์ที่ตนเองประสบหรือกระทำอยู่นั้น เป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้ว (มะนาวหวาน) เช่น การมีบ้านหลังเล็กแล้วบอกว่าดีเพราะง่ายต่อการทำความสะอาด เป็นต้น

4. Projection : เป็นกลไกทางจิตที่ใช้เพื่อ “การกล่าวโทษ” หรือ “การตำหนิ” หรือ “การหาแพะรับบาป” โดยบุคคลจะโทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่นสำหรับความล้มเหลวของตนเอง เพื่อปกป้องตนเองจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพราะเขาไม่สามารถรับผิดชอบต่อพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของเขาได้ บุคคลที่ใช้กลไกทางจิตชนิดนี้จะกระทำต่อผู้อื่นเหมือนกับว่าพฤติกรรมนั้นมีจุดเริ่มต้นเกิดขึ้นจากบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่ตัวเขา สอดคล้องกับสำนวนไทยที่ว่า “รำไม่ดีโทษปี่โทษกลอง” เช่น นักเรียนที่ไม่ชอบเรียนภาษาอังกฤษ กล่าวว่าเพราะครูสอนภาษาอังกฤษมือคดไม่ชอบเขา เป็นต้น กลไกทางจิตประเภทนี้เมื่อใช้บ่อย ๆ จนไม่สามารถรับรู้สภาพความเป็นจริง สามารถนำไปสู่การเกิดอาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย (Delusion of persecution) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid patient)

5. Introjection : เป็นกระบวนการที่ตรงกันข้ามกับ Projection คือ บุคคลจะนำเอาปรัชญา ความคิด ความรู้ ประเพณี ศีลธรรม ทศนคติ และอื่นๆ เข้ามาไว้ในตนเอง หรือ อาจเกิดในทางตรงกันข้าม คือมีการโอนหรือรับส่วนที่รู้สึกว่ามีผิดหรือต้องถูกลงโทษจากบุคคลที่ตนเองผูกพันมาเป็นของตนเองจนกลายเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดติดตัว และกล่าวโทษตนเอง เป็นต้น

6. Identification : เป็นการเลียนแบบพฤติกรรม ท่าทาง ความคิด และความรู้สึกของบุคคลอื่นที่ตนเองชื่นชอบ หรือผู้ที่ไม่ได้มาเป็นของตน เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกที่มีคุณค่าให้กับตนเอง เช่น การเลียนแบบครู บิดามารดา ดารา นักกีฬา นักการเมือง ผู้นำประเทศและวีรบุรุษ เป็นต้น กลไกทางจิตชนิดนี้จะพบได้ในระยะ Oedipus period ซึ่งเป็นการเริ่มต้นเลียนแบบบุคลิกลักษณะทางเพศที่ถูกต้องของเด็ก ดังนั้นกลไกทางจิตชนิดนี้จึงนับว่าดีและมีประโยชน์ ถ้าเด็กมีการเลือกแบบอย่างสำหรับการเลียนแบบที่เหมาะสม การเลียนแบบจำแนกออกได้เป็น 4 ชนิด คือ

6.1 Narcissistic identification หมายถึง การรับเอาคุณลักษณะของผู้ที่มีลักษณะนิสัยตรงกันกับตน เช่น มีความสามารถด้านดนตรีหรือกีฬาเหมือนกัน เป็นการเลียนแบบบุคคลที่เหมือนกันกับตนเอง จึงเปรียบเสมือนการเลียนแบบชนิดหลงรักตนเอง

6.2 Goal oriented identification หมายถึง เป็นการเลียนแบบบุคคลซึ่งมีลักษณะนิสัยที่ผู้เลียนแบบมีความคาดหวังจะมีลักษณะเช่นนั้น เช่น เด็กมีความต้องการที่จะแข็งแรงเหมือนบิดา ดังนั้นจึงรับเอาคุณลักษณะของบิดามาเป็นของตนเอง

6.3 Object loss identification หมายถึง การเลียนแบบเชิงสูญเสีย ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลพยายามที่จะทำให้สิ่งที่สูญเสียไปนั้นกลับคืนมาสู่ตน เช่น เด็กที่พยายามทำให้ตนเองได้รับความรักจากพ่อแม่ โดยการรับเอาค่านิยมและบรรทัดฐานของพ่อแม่มาเป็นของตนเอง หรือ การที่เด็กพยายามเอาอกเอาใจพ่อแม่

6.4 Authority identification หมายถึง การรับเอาข้อห้ามต่างๆ ที่กำหนดโดยพ่อแม่หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีอำนาจ เข้ามายึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง ซึ่งการเลียนแบบชนิดนี้จะนำไปสู่การพัฒนาโนธรรม (Conscience) ซึ่งการที่บุคคลกระทำสิ่งต่างๆ ที่ขัดกับมโนธรรมของตนจะก่อให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilt feelings)

7. Displacement : เป็นการเคลื่อนย้ายอารมณ์ที่มีต่อสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นแหล่งต้นตอที่ก่อให้เกิดอารมณ์ชนิดที่ไม่สามารถจะแสดงออกมาได้ ไปสู่อีกสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นแหล่งที่ปลอดภัยกว่าและสามารถแสดงความรู้สึกนั้นๆ ออกมาได้ เช่น การที่ถูกเจ้านายในที่ทำงานตำหนิแล้วไปดุด่าภรรยาและลูกเมื่อกลับไปที่บ้าน เป็นต้น

8. Reaction-formation : เป็นกลไกทางจิตที่ความต้องการและทัศนคติที่อยู่ในระดับจิตไร้สำนึกถูกกดระงับไว้ แล้วถูกแทนที่ด้วยพฤติกรรมและทัศนคติในระดับจิตสำนึก ซึ่งตรงกันข้ามกับที่มีอยู่ในระดับจิตไร้สำนึก ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งที่อยู่ในระดับจิตไร้สำนึกนั้น เป็นความรู้สึกหรือความอยากที่สังคมไม่ยอมรับและนำมาซึ่งความขัดแย้งทางอารมณ์ เช่น การพูดจาอย่างไพเราะและแสดงท่าทียิ้มแย้มแจ่มใสกับคนที่ตนเองไม่ชอบหน้า เป็นต้น

9. Undoing : เป็นกระบวนการในระดับของจิตไร้สำนึกโดยบุคคลพยายามที่จะกำจัดความรู้สึกผิดบาป (Guilt) โดยการกระทำพฤติกรรมที่เป็นเครื่องหมายแสดงถึงการขอขมาหรือลบล้างความผิดที่ได้เคยกระทำไปแล้ว นั่นคือ การพยายามหาทางไถ่บาป ไถ่โทษ ด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งเป็นการทำให้ตนเองสบายใจขึ้นและรู้สึกว่าได้พ้นผิด การใช้กลไกทางจิตชนิดนี้บ่อย ๆ จะนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพ คือ พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – compulsive) เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่คิดว่าตนเองมีบาปร้ายแรงมากต้องทำการไถ่บาปด้วยชีวิต เป็นต้น

10. Compensation : เป็นกลไกทางจิตที่ใช้เมื่อบุคคลพยายามที่จะเอาชนะความเครียด ความวิตกกังวล หรือ ความไม่สบายใจ อันเนื่องมาจากปมด้อยของตนเอง โดยการพยายามหาความดีหรือสิ่งสำคัญอื่น ๆ ที่มีอยู่ในตนเองมากลบเกลื่อนหรือลดความรู้สึกด้อยนั้นลง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสร้างปมเด่นขึ้นมาเพื่อ ชดเชย ให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น การใช้กลไกทางจิตชนิดนี้สามารถที่จะเป็นไปได้ทั้งในด้านสร้างสรรค์และด้านที่ก่อให้เกิดความเสียหาย โดยในทางสร้างสรรค์จะเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกยอมรับนับถือและมีคุณค่าในตนเอง เช่น คนที่ตัวเล็กแสดงความสามารถจนเพื่อน ๆ ยอมรับและได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าทีมวิจัย ส่วนในทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จ เช่น คนที่ร่างกายพิการไม่ได้สัดส่วนแต่เป็นคนฉลาดไปเป็นหัวหน้าผู้ก่อการร้ายวางแผนก่ออาชญากรรม หรือ ผู้หญิงที่ไม่สวยหันไปทุ่มเทกับการเรียนจนร่างกายเจ็บป่วยและสุขภาพจิตเสีย เป็นต้น

11. Sublimation : เป็นกลไกทางจิตที่มีลักษณะของการประนีประนอมสถานการณ์ คือ การปลดปล่อยหรือกลั่นกรองพลังงาน แรงขับและความอยากที่ไม่สามารถแสดงออกมาในสังคมได้ เนื่องจากสังคมไม่ยอมรับ ให้ออกมาเป็นพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ เพื่อเป็นการ ทดแทน เช่น บุคคลที่มีแรงขับทางเพศสูงอาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของงานศิลปะที่สวยงามสร้างสรรค์ เช่น การเขียนบทกลอน นิยาย งานวาดภาพ หรืองานประติมากรรมต่าง ๆ เป็นต้น

12. Regression : เป็นกระบวนการที่บุคคลหนีความคับข้องใจ ความขัดแย้งภายในใจ ตลอดจนความวิตกกังวลต่าง ๆ โดยหันไปใช้วิธีการปรับตัวซึ่งเคยใช้ได้ผลมาแล้วในช่วงต้นของชีวิต นั่นคือ การ ถดถอย กลับไปแสดงพฤติกรรมในอดีตที่เคยสร้างความพึงพอใจให้กับตนเองมาแล้ว เช่น เด็กที่แม่มีน้องใหม่ กลับมาแสดงพฤติกรรมอ่อนแอไม่ยอมกินข้าวเอง ทั้ง ๆ ที่ทำเองได้แล้ว หรือ ผู้ป่วยจิตเวชที่อายุมากแล้วแต่มีพฤติกรรมแบบเด็ก และเรียกตนเองว่าหนู เป็นต้น

13. Denial : กลไกทางจิตชนิดนี้ ใช้เพื่อหนีหรือหลีกเลี่ยงความเป็นจริงที่จะนำความเครียด วิตกกังวล หรือความไม่สบายใจมาให้ เป็นการหลีกเลี่ยงหนีความเป็นจริงที่ตนเองไม่เห็นด้วย โดยการ ปฏิเสธ ไม่รับรู้ว่ามีอยู่หรือมันเกิดขึ้นแล้ว มักใช้ในกรณีเหตุการณ์ที่ทำให้ตกใจหรือเหตุการณ์ที่คุกคามมาก ทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับกับสถานการณ์นั้นได้ในทันที จึงปกป้องตนเองโดยการปฏิเสธไว้ก่อน เช่น ภัยสงคราม ไฟไหม้ คนที่ตนเองรักจากไปอย่างกะทันหัน เป็นต้น

14. Humor : การที่บุคคลสามารถแสดงอารมณ์ขันออกมาได้โดยตรง โดยไม่ต้องเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีและไม่มีผลเสียต่อผู้อื่น เพราะการที่มีอารมณ์ขันหรือมีอารมณ์ดี จะช่วยบรรเทาความรู้สึกในเรื่องที่หนัก ๆ ได้

15. Passive aggression : เป็นการแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคลอื่นโดยทางอ้อม เช่น การทำเป็นไม่ได้ยิน ไม่รับรู้ ไม่ให้ความร่วมมือ การไม่ทำตาม หรือ การตอบสนองในลักษณะที่เชื่องช้า และกระทำในแบบที่ผิด ๆ แทน

16. Withdrawal : เป็นการหลีกเลี่ยงหนีจากสิ่งหรือสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ โดยการแยกตัวออกไปอยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งเกี่ยวติดต่อกับบุคคลหรือสถานการณ์นั้น ๆ การที่บุคคลใช้กลไกทางจิตชนิดนี้บ่อย ๆ จะส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ความสนใจต่อเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง โดยจะเริ่มถอยห่างจากสังคมออกไปเรื่อย ๆ ดังนั้นถ้ายังใช้มากและใช้อยู่เนิ่น ๆ โอกาสจะกลับเข้ามาหาสังคมยิ่งยากขึ้น เช่น การขังตัวเองอยู่ในห้องเมื่อไม่สบายใจ หรือ การที่ผู้ป่วยจิตเวชนั่งซุกตัวอยู่ตามมุมตึกโดยไม่สนใจคนหรือเหตุการณ์ภายนอกเลย เป็นต้น

17. Isolation : คือ กลไกการป้องกันทางจิตที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องการปกป้องตนเองให้พ้นจากสถานการณ์หรือสิ่งที่ไม่สบายใจ โดยการแยกความคิดความรู้สึกส่วนที่ขัดแย้งกันออกจากกัน หรือการแยกความคิดที่รบกวนจิตใจออกจากอารมณ์ความรู้สึกในขณะนั้น เป็นการแยกความรู้สึกออกจากเรื่องราวที่สำคัญ ทำให้บุคคลสามารถเก็บกดความรู้สึกหรือความคิดที่มารบกวนจิตใจได้ เช่น บุคคลที่สูญเสียมารดาโดยการถูกฆาตกรรม กลับพูดถึงการตายของมารดาโดยไม่มีความรู้สึกอะไรเลยเหมือนเล่าเรื่องของบุคคลอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องอะไรกับตนเอง หรือในบุคคลที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำที่สามารถแยกความรู้สึกออกจากความคิดเห็นได้อย่างสิ้นเชิง เป็นต้น

18. Fantasy : เป็นกลไกทางจิตที่เกิดขึ้นในลักษณะของ การสร้างวิมานในอากาศ หรือ การฝันกลางวัน (Day dream) คือ เมื่อบุคคลไม่สมหวังในตนเองหรือวิถีชีวิตของตนเองแล้วพยายามสร้างสรรค์โลก ที่น่าพึงพอใจซึ่งมีแต่ความสุขสมหวังในในลักษณะที่เขาต้องการ ขึ้นมาแทนที่โลกแห่งความเป็นจริง การใช้ Fantasy ในระดับที่มีสติรู้ตัว นับว่ามีประโยชน์ที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจและมีความสุขใจ สามารถลดความวิตกกังวลและความขัดแย้งในจิตใจได้ Fantasy สามารถเกิดขึ้นได้ในกิจกรรมที่มีลักษณะในเชิงสร้างสรรค์ความสุขแก่สังคม ดังจะเห็นได้จากการที่ศิลปินมากมายสร้างสรรค์สร้างและถ่ายทอดความคิดจากจินตนาการของเขาสู่ผลงานทางศิลปกรรม วรรณกรรม สถาปัตยกรรม ที่ให้คุณค่าแก่สังคม นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ก็มีพื้นฐานมาจากความคิดฝันของมนุษย์ ในทางตรงกันข้าม Fantasy ก็สามารถที่จะดำเนินไปสู่พฤติกรรมที่มีพยาธิสภาพได้ เมื่อความเพ้อฝันของบุคคลนั้นๆ ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง บุคคลปฏิเสธที่จะรับรู้ความเป็นจริง เกิดอาการหลงผิด เชื่อในสิ่งที่ตนเองคิดฝันว่าเป็นความจริงและหลงเข้าไปอยู่ในโลกที่ตนเองสร้างขึ้น

19. Acting out : คือ การแสดงออกของจิตไร้สำนึกโดยการแสดงพฤติกรรม ที่ทำให้ผู้กระทำไม่ต้องการรับรู้ถึงความรู้สึกของความต้องการของตน เช่น บุคคลที่มีความโกรธบิดาอยู่ในเบื้องลึก อาจแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของการใช้เงินฟุ่มเฟือย การเล่นเกมพนัน หรือการเป็นอันธพาลตีรันฟันแทงกับคนแปลกหน้า โดยที่เขาไม่รู้ว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นมาจากแรงขับภายในจิตใจที่ต้องการทำร้ายบิดาที่แสดงออกมา โดยการกระทำอย่างอื่นแทน เป็นต้น

20. Substitution : คือ การที่บุคคลหาสิ่งทดแทนที่มีความหมายทางด้านจิตใจที่ตนเองรู้สึกว่าเขาได้ โดยที่สิ่งทดแทนดังกล่าวนั้นต้องเป็นสิ่งที่ยอมรับได้และเป็นสิ่งที่มีคุณค่าใกล้เคียงกับสิ่งที่ขาดไป เช่น หญิงอายุกลางคนที่ไม่มีอาจจะมิบุตรได้เพราะได้รับการผ่าตัดเพื่อมดลูกออกไป เธอเองมีความรักเด็กและอยากมีบุตร แต่เมื่อโอกาสอันนายให้ เธอจึงตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กขึ้น ด้วยวิธีการนี้เองทำให้เธอได้รับสิ่งทดแทนในสิ่งที่ตัวเธอรู้สึกว่าเขาหายไป เป็นต้น

21. Symbolization : คือ การใช้วัตถุสิ่งของเป็นสัญลักษณ์ทดแทนความคิดความรู้สึกและความต้องการที่ตนเองไม่ตระหนัก เช่น ผู้หญิงคนหนึ่งซึ่งสนิทสนมและนิยมชมชอบพ่อของเธอเองเป็นพิเศษ (พ่อของเธอเป็นผู้ชายที่มีหนวด) โดยที่เธอบอกกับเพื่อนว่าตนเองชอบผู้ชายไว้หนวด โดยที่เธอเองก็ไม่ทราบเหตุผลและก็ได้ตระหนักว่าหนวดของผู้ชายเป็นสัญลักษณ์ของความเข้มแข็งและความเป็นผู้นำแต่อย่างใด ในกรณีนี้อาจเนื่องมาจากผู้ชายที่ไว้หนวด Symbolize กับพ่อของเธอ กลไกทางจิตนี้อาจเกิดกับผู้ป่วยที่ย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – compulsive) เช่น ผู้ป่วยหญิงสาวที่เห็นว่าการสูญเสียพรหมจรรย์นั้นเป็นมลทินสำหรับเธอ ดังนั้นเธอจึงพยายามชำระล้างมลทินนี้ด้วยการอาบน้ำบ่อยๆ เพราะการอาบน้ำเป็น Symbolize ของการชำระล้างมลทินซึ่งมีความหมายสำหรับตัวเธอ เป็นต้น

22. Conversion : คือ การลดความวิตกกังวลและความขัดแย้งในจิตใจ โดยการเปลี่ยนวิถีทางให้กลายเป็นการแสดงออกด้วยอาการทางกายที่ตรวจไม่พบพยาธิสภาพที่แท้จริง ซึ่งอาการดังกล่าวมักสามารถเชื่อมโยงไปได้ถึงแหล่งที่มาของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจนั้น ๆ โดยที่เจ้าตัวไม่ตระหนักถึงความขัดแย้งในจิตใจและอาการทางกายที่เกิดขึ้นเลย เช่น เด็กผู้หญิงคนหนึ่งเติบโตมาท่ามกลางความไม่กลมเกลียวกันของพ่อแม่ ทุกวันเธอจะได้ยินและเห็นภาพที่พ่อแม่ทะเลาะกัน ซึ่งทั้งพ่อและแม่เป็นบุคคลที่เธอรักและต้องพึ่งพา ต่อมาเธอเกิดมีอาการตาบอดสนิททั้งสองข้าง แต่เมื่อตรวจร่างกายกลับไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด

23. Somatization : คือ การที่บุคคลถ่ายทอดความรู้สึกวิตกกังวล หรือความเครียดของตนเองไปเป็นอาการทางกายที่มีพยาธิสภาพปรากฏชัดเจน ในบางครั้งอาจจะเป็นไปในลักษณะของการหมกมุ่นจดจ่อหรือการเน้นถึงความเจ็บป่วยของตนเองเพื่อเป็นการหลบเลี่ยงและถดถอย (Hypochondriasis) เช่น การที่บุคคลคิดว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา อาจเป็นผลมาจากความรู้สึกที่แท้จริง คือ ความโกรธ ความเศร้า ความอิจฉา ที่ถูกแปลงไปเป็นอาการทางกาย ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการทางกายเดิมอยู่บ้างแล้วก็จะยิ่งถูกเน้นหรือขยายให้มากกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหลบเลี่ยงปัญหาไม่ต้องรับผิดชอบ ไม่ต้องรู้สึกผิด และไม่ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาที่แท้จริง

3) การรักษาพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติตามแนวของทฤษฎีจิตวิเคราะห์นั้นจะอยู่ในขอบข่ายของการแก้ไขข้อขัดแย้ง โดยการพยายามดึงข้อขัดแย้งที่อยู่ในระดับจิตไร้สำนึกซึ่งเจ้าตัวไม่รู้ขึ้นมาสู่ระดับจิตสำนึก ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าเมื่อผู้รับบริการได้มีโอกาสปลดปล่อยความรู้สึกขัดแย้งออกจากจิตใจส่วนลึก ในระดับจิตไร้สำนึก ความผิดปกติทั้งหลายก็จะหายไป ได้ โดยเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดประกอบไปด้วย การวิเคราะห์ความฝัน (Dream analysis) การสะกดจิต (Hypnosis) การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ (Free Association) การวิเคราะห์การถ่ายโยงความรู้สึก (Analysis of transference) การวิเคราะห์ความรู้สึกต่อต้าน (Analysis of resistance) และกระบวนการแปลความหมายของพฤติกรรม (Interpretive process) ในการบำบัดรักษาที่อิงหลักทฤษฎีนี้ หลังจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นและผู้รับบริการยอมรับที่จะรับการรักษแล้ว ผู้รับบริการจะถูกจัดให้นอนบนเก้าอี้นอนและมีนักจิตวิเคราะห์นั่งอยู่ด้านบนของศีรษะโดยที่ไม่ให้ผู้รับบริการมองเห็น หลังจากนั้นผู้รับบริการจะต้องพูดระบายทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ในจิตใจออกมาอย่างไม่มี การเก็บงำอำพรางเอาไว้ เพื่อลดข้อขัดแย้งภายในจิตใจที่มีอยู่ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

2. ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic Theories)

ทฤษฎีในกลุ่มมนุษยนิยม เป็นทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตและเป้าหมายสำคัญของความเป็นมนุษย์ ทฤษฎีนี้เน้นที่ความเป็นเอกัตบุคคล การรับรู้ และการให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคล นักทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยมมีความเชื่อว่ามนุษย์มีคุณค่า มีความรับผิดชอบ เป็นผู้ที่มีความสามารถเข้าใจตนเอง จัดการกับปัญหาของตนเอง และมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองได้ ดังนั้น ทฤษฎีในกลุ่มมนุษยนิยมจึงเป็นแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการแก่มนุษย์ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ โดยอาศัยหลักการของเหตุผล ความรู้ และความเป็นประชาธิปไตย กลุ่มทฤษฎีมนุษยนิยมได้ถูกแยกออกเป็น 2 กลุ่มย่อยซึ่งมีปรัชญาต่างกันไปในบางประเด็น คือ 1) กลุ่ม Humanistic philosophy ซึ่งเป็นกลุ่มที่สนใจในเรื่องความสามารถและศักยภาพของมนุษย์ ความรักตัวตน การเจริญเติบโต ความต้องการขั้นพื้นฐาน ความรับผิดชอบ และความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และ 2) กลุ่ม Existentialism philosophy ซึ่งให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของบุคคลในปัจจุบันโดยที่ไม่สนใจกับประวัติในอดีต (Here and now experience) นักจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยมที่สร้างรูปแบบในการรักษาทางจิตเวชและเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ได้แก่ Carl R. Rogers และ Frederick Perls เป็นต้น

Carl R. Rogers เป็นนักจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยมซึ่งเป็นผู้พัฒนาวิธีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling theory) Rogers จะมองบุคคลด้วยความตระหนักในคุณค่าและมีความเชื่อในศักยภาพของบุคคล โดยทำความเข้าใจในโลกทัศน์ของบุคคลแต่ละคน ให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เอื้อให้บุคคลเป็นตัวของตัวเองและนำพลังความสามารถของตนเองมาใช้ในการตัดสินใจ อีกทั้งส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้าใจตระหนัก และยอมรับตนเองได้ทั้งในด้านบวกและด้านลบ (Self-understanding) Rogers มีความคิดเห็นเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ที่ตรงกันข้ามกับ Sigmund Freud โดยมีแนวคิดต่อมนุษย์ ดังต่อไปนี้

1. มนุษย์ทุกคนมีความสามารถและมีคุณค่า สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีเสรีภาพทั้งทางความคิดและการกระทำ โดยที่การกระทำนั้นจะต้องไม่ก้าวล่วงสิทธิของบุคคลอื่น ดังนั้นสิ่งแวดล้อมหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือควรเอื้อให้เขาได้เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้

2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ที่ช่วยให้การช่วยเหลือจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดสภาพการณ์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เขาสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่

3. มนุษย์เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ แต่คนที่มีปัญหาหรือทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมนั้นเนื่องมาจากความไม่สอดคล้องระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองกับสภาพความเป็นจริง ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการคุกคามทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความกังวลใจ จึงใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองต่าง ๆ ดังนั้นถ้าสามารถช่วยให้บุคคลลดความวิตกกังวล ลดการใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเอง ก็จะทำให้เขาเปิดรับประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น สามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือได้

4. มนุษย์ทุกคนมีชีวิตอยู่ในโลกแห่งประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลทุกคนจะมีโลกส่วนตัวหรือที่เรียกว่าสนามปรากฏการณ์ (Phenomenal field) หรือ สนามแห่งประสบการณ์ (Experiential field) โดยที่ในโลกส่วนตัวนี้จะประกอบไปด้วยประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลรับรู้อย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัว (มีเพียงส่วนน้อยที่รับรู้อย่างรู้ตัว) ซึ่งโลกส่วนตัวนี้ไม่มีใครสามารถรู้จักได้ดีเท่ากับตัวบุคคลคนนั้นเอง ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลรับรู้จะเป็นความจริงสำหรับเขาและการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลจะเป็นไปตามการรับรู้ ดังนั้นหนทางที่ดีที่สุดในการทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมของบุคคล คือ การทำความเข้าใจว่าบุคคลมีการรับรู้และมีโลกทัศน์หรือกรอบอ้างอิงภายใน (Internal frame of reference) อย่างไร ซึ่งโลกทัศน์หรือกรอบอ้างอิงภายใน (Internal frame of reference) ของบุคคล หมายถึง ประสบการณ์ทั้งหมดที่บุคคลได้รับรู้ในช่วงเวลาหนึ่ง การเข้าใจผู้อื่นจากกรอบอ้างอิงภายในของบุคคลนั้นเป็นความพยายามเข้าใจต่อโลกส่วนตัวของเขา โดยที่จะต้องมีความรู้สึกร่วมหรือสามารถเข้าถึงความรู้สึกของเขาด้วย (Empathy)

5. มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับ การที่บุคคลได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขจากคนอื่นที่มีความสำคัญต่อเขา (Unconditional positive regard) ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีคนอื่นเข้าใจตนเองได้อย่างแท้จริง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลทำให้ความรู้สึกถูกคุกคามของบุคคลลดลง มีการลดการใช้กลวิธีการปกป้องตนเอง ทำให้บุคคลยอมรับต่อประสบการณ์ที่ได้รับตามความเป็นจริงมากขึ้น ยอมรับตนเองมากขึ้น ซึ่งจากจุดนี้จะส่งผลให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนาไปสู่ความเป็นบุคคลที่สมบูรณ์แบบตามอุดมคติของความเป็นมนุษย์ (Fully functioning person) โดยมีลักษณะ คือ การเป็นบุคคลที่เปิดใจกว้างต่อประสบการณ์ที่ได้รับ มีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ยอมรับตนเองอย่างที่เป็นอยู่ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ความเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่ยอมให้การกระทำของตนถูกกำหนดโดยผู้อื่น ให้การยอมรับและไว้วางใจผู้อื่นโดยปราศจากการเสแสร้ง รวมไปถึงการไม่กระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้อื่นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกคนพอใจอยู่ตลอดเวลา

Frederick Solomon Perls หรือที่เรียกกันว่า Fritz Perls นักจิตวิทยาของกลุ่มมนุษยนิยมซึ่งเป็นผู้พัฒนาวิธีการบำบัดรักษาทางจิตเวชแบบเกสตัลต (Gestalt therapy) โดยที่ Perls มีแนวความคิดว่ามนุษย์เป็นหน่วยรวมซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ทำงานร่วมกันอย่างกลมกลืนและสมดุล การที่บุคคลมีปัญหา ปรับตัวไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมผิดปกติ นั้นมีสาเหตุอันเนื่องมาจากบุคคลไม่สามารถจัดระบบตนเองให้เกิดความสมดุลได้ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับสุขภาพจิตของบุคคลนั้น ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคลออกได้เป็นประเภท ดังนี้

1. **Lack of awareness** เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ Rigid personality คือ ขาดการรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง ไม่ยอมปรับตัว ไม่กล้าเสี่ยงที่จะทำอะไร พลังความคิดและความรู้สึกสูญเสียไปกับความวิตกกังวล อันเนื่องมาจากการต่อต้านกันระหว่างการเรียนรู้ในส่วนของตนเองตามความเป็นจริง (Real self) กับส่วนที่เป็นตัวตนตามมโนภาพ (Self-image) บุคคลประเภทนี้จึงดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไม่มีความสุข ไม่สามารถพัฒนาไปสู่การยอมรับและรู้จักตนเองได้ตรงตามความเป็นจริง

2. Lack of self-responsibility เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพขาดความรับผิดชอบในตนเอง มักเรียกร้องให้บุคคลอื่นหรือสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองความต้องการของตนมากกว่าจะยอมรับและเปลี่ยนแปลงตนเอง มักจะหลีกเลี่ยงการพึ่งพาตนเอง ชอบกล่าวโทษผู้อื่นหรือสภาพแวดล้อมเมื่อตนเองผิดพลาด บุคคลประเภทนี้มักจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย

3. Loss of contact with environment บุคคลประเภทนี้มักจะปรับตัวได้ยากและไม่มีความสุข บุคคลที่สูญเสียการติดต่อกับสภาพแวดล้อมจะมีพฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ เป็นบุคคลที่ยึดมั่นกับกฎระเบียบจนเกินไป ไม่ยอมปรับตัวแม้ว่าจะอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบใดก็ตาม บุคคลประเภทนี้จะหลีกเลี่ยงการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เนื่องจากมีความยึดมั่นในความเชื่อของตนเองและมีความกลัวที่บุคคลอื่นจะไม่ยอมรับตนเอง บุคคลที่สูญเสียการติดต่อกับสภาพแวดล้อมอีกลักษณะหนึ่งนั้น จะมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วในลักษณะของการไม่เป็นตัวของตัวเอง เป็นบุคคลที่ต้องการการยอมรับจากผู้อื่นอย่างมาก จึงพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองตามความต้องการของผู้อื่นโดยไม่คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง พฤติกรรมส่วนใหญ่จะมาจากส่วนของตนเองตามมโนภาพ ทำให้บุคลิกภาพแปรปรวนมากโดยขึ้นอยู่กับว่ามีปฏิสัมพันธ์กับใคร

4. Inability to complete gestalt เป็นบุคคลที่ไม่สามารถทำให้สภาวะที่ค้างค้างอยู่ในจิตใจ (Unfinished business) เกิดความสมบูรณ์ได้ ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติตามมาเพราะพลังความสามารถในการรับรู้ของบุคคลส่วนหนึ่งจะติดค้างอยู่ โดยมักจะมีคามวิตกกังวลอยู่กับเรื่องราวที่ค้างค้างอยู่ในจิตใจ บุคคลประเภทนี้จะไม่สามารถอยู่กับภาวะปัจจุบันได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ แต่มักจะหมกมุ่นอยู่กับอดีต ย้ำคิดย้ำทำ กลัวความผิดพลาดจนเกิดความวิตกกังวลกับอนาคต

5. Disowning of needs บุคคลประเภทนี้จะแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เนื่องจากมีความคิดว่าตนเองตามมโนภาพไม่ควรทำอย่างนั้นอย่างนี้เพราะกลัวสังคมไม่ยอมรับ ดังนั้นบุคคลประเภทนี้ก็จะพยายามเก็บกดความรู้สึกนั้นไว้ทำให้พลังที่มีอยู่ในตนเองสูญเสียไป

6. Dichotomizing dimensions of the self บุคคลประเภทนี้จะรับรู้ตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่งอย่างสุดขีด โดยจะไม่สามารถยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเองในอีกลักษณะหนึ่งที่ตรงกันข้ามได้เลย

ตามแนวความคิดของวิธีการบำบัดรักษาทางจิตเวชแบบเกสตัล (Gestalt therapy) เชื่อว่าไม่มีอะไรสำคัญเท่ากับสภาวะปัจจุบัน เพราะอดีตเป็นสิ่งที่ผ่านพ้นไปแล้วและอนาคตเป็นสิ่งที่ยังไม่มีเกิดขึ้น ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ติดอยู่กับอดีตและอนาคตมากเกินไปจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดตามแนวคิดแบบเกสตัล (Gestalt therapy) จึงต้องฝึกให้บุคคลเรียนรู้ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองในสภาวะปัจจุบัน นั่นคือ การให้บุคคลได้ใช้พลังความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ทางอารมณ์อย่างเต็มที่โดยอยู่ในสภาวะที่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวยังมีความเชื่ออีกว่า ความรู้สึกของบุคคลที่ไม่ได้ระบายออกมาและยังติดค้างกับอยู่ในตัวบุคคล (Unfinished business) เป็นสิ่งที่รบกวนให้บุคคลต้องสูญเสียพลังงานไปในสภาวะปัจจุบันด้วย ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในหลาย ๆ ลักษณะ เช่น ความวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ และการโทษตนเอง เป็นต้น

หลักการของวิธีการบำบัดรักษาทางจิตเวชแบบเกสตัล (Gestalt therapy) คือ การให้ความสำคัญสภาวะปัจจุบัน (Here and now) ความรู้สึกที่ค้างค้างภายในจิตใจ (Unfinished business) รวมถึงการติดต่อและการต่อต้านการติดต่อ (Contact and resistance to contact) กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการให้ความสำคัญกับสภาวะปัจจุบัน (Here and now) เป็นการฝึกการรับรู้ถึงภาวะอารมณ์ความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลมีพลังอยู่กับปัจจุบัน (Power in the present) แต่อย่างไรก็ตาม มิใช่ว่าแนวคิดนี้จะไม่ให้ความสำคัญกับอดีตของบุคคลเสียเลย เพียงแต่ว่าผู้ให้การบำบัดทางจิตที่ทำการรักษาโดยอิงแนวคิดของทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับอดีต

ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้รับบริการในปัจจุบัน ซึ่งการให้ความสำคัญกับอดีตในรูปของปัจจุบันนั้นก็คือ เหตุการณ์ในอดีตนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกอย่างไรต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับอดีตในรูปอดีตที่บุคคลไม่สามารถกลับไปแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้อีก ในส่วนของความรู้สึกที่ค้างค้ำภายในจิตใจ (Unfinished business) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความรู้สึกที่ไม่ได้ระบายออกมา (Unexpressed feelings) เป็นสิ่งที่คอยรบกวนให้บุคคลสูญเสียพลังงานในปัจจุบัน ดังนั้น ผู้บำบัดจะต้องทำให้ผู้รับบริการได้รับรู้และกล้าเผชิญกับความรู้สึกนั้น แล้วระบายออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่วนการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมในการบำบัดทางจิตแบบเกสตัล (Gestalt therapy) นั้น สามารถทำได้โดยการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส ซึ่งการติดต่อที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นธรรมชาติกับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่น อย่างมีสติและรู้เท่าทันสภาวะการณ์ต่างๆ อันจะเป็นการช่วยให้บุคคลรับรู้และปรับเปลี่ยนการติดต่อใหม่อย่างสร้างสรรค์กับสภาพแวดล้อมของเขา โดยการติดต่อที่ดีจะช่วยเพิ่มการรับรู้ให้ชัดเจนขึ้น มีพลังและมีความสามารถในการที่จะเปิดเผยตนเองได้

3. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory)

จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ชื่อ Harry Stack Sullivan เป็นผู้ริเริ่มแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลขึ้น โดยเชื่อว่าพฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์เป็นผลมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยเฉพาะในช่วงวัยต้นของชีวิต และการเจ็บป่วยทางจิตเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งแนวคิดนี้ของ Sullivan ไม่ได้เน้นที่พลังผลักดันทางจิตซึ่งมาจากภายในตัวบุคคลเป็นพื้นฐานเหมือนกับกับ Freud และ Sullivan ก็ยังไม่เห็นด้วยกับ Erikson ซึ่งเน้นในเรื่องพัฒนาการทางด้านสังคมของบุคคล

Sullivan มีความเห็นว่าประสบการณ์ชีวิตในวัยต้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคคลนั้นในวัยปลาย และประสบการณ์ที่สำคัญก็คือ ความวิตกกังวล (Anxiety) ซึ่งเด็กจะได้รับการเลี้ยงดู ประสบการณ์ในวัยเด็ก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยแนวคิดทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน 2 ประการที่สัมพันธ์กัน คือ ความต้องการความพึงพอใจ (Satisfaction) ซึ่งเป็นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ และความต้องการความมั่นคง (Security) ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตสังคม ความต้องการด้านสรีรวิทยาจะได้รับการตอบสนองในสถานการณ์ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นั่นคือ ที่มาของความพึงพอใจและความรู้สึกมั่นคงในตัวบุคคล อันจะส่งผลให้บุคคลไร้ความวิตกกังวล Sullivan ได้เน้นให้เห็นถึงหลักการทางสรีรวิทยา (Biological principles) ในการทำความเข้าใจถึงพัฒนาการของมนุษย์ ว่า มนุษย์ทุกคนไม่สามารถแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นในการมีชีวิตได้ (Principle of communal existence) การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายและกิจกรรมทางสรีรวิทยามีผลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อม (Principle of functional activity) และมนุษย์มีการจัดระบบตนเองอย่างมีระเบียบผสมผสานกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการจัดระบบเช่นนี้จะช่วยให้การทำหน้าที่ของบุคคลเป็นไปตามพัฒนาการของระบบความเป็นตนเอง (Self-system) ซึ่งถือว่าเป็นระบบโครงสร้างของประสบการณ์ที่จะใช้เป็นเกราะป้องกันความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ฉันทิ (Good-me) คือ พฤติกรรมที่ได้รับการสนับสนุน อันจะทำให้เกิดสิ่งที่มีคุณค่าในตนเอง 2) ฉันทิไม่ดี (Bad-me) เป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการสนับสนุน อันจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล และ 3) ไม่ใช่ฉันทิ (Not-me) เป็นการที่บุคคลไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ อันจะส่งผลให้ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางสรีรวิทยาและทางจิตสังคม ดังนั้น บุคคลจึงพยายามแสดงการปฏิเสธตนเองเพื่อซึ่งถือว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความวิตกกังวลสูงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการยอมรับและการตอบสนองนั้น ๆ โดยบุคคลจะพยายามปฏิเสธพฤติกรรมเหล่านี้ของตนเองด้วยวิธีการในลักษณะของการใช้กลไกทางจิตแบบ Reaction-formation เช่น คนที่มีความรู้สึกแกรี้ยวกราด ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่นสูง จะแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม คือ อ่อนหวานพูดจาไพเราะเพื่อกลบเกลื่อนภาวะไม่เป็นมิตรที่ซ่อนเร้นอยู่ ซึ่ง Sullivan เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงและเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

จุดประสงค์ของการรักษาตามแนวความคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การแก้ไขประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพที่บุคคลเคยมีกับบุคคลอื่น โดยการใช้ประสบการณ์สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการ และผู้บำบัดเป็นสื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ใหม่ ในกระบวนการรักษาผู้บำบัดจะต้องสร้างความเชื่อถือไว้วางใจ โดยแสดงความจริงใจไม่เสแสร้ง ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถแยกแยะปัญหา และเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง อันจะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับผู้อื่น และสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม เป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานของสังคมได้

4. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory)

แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและนักพฤติกรรมศาสตร์ มีความเชื่อว่า พฤติกรรมทุกอย่างของมนุษย์ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ล้วนแล้วแต่เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเกิดจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น วิธีการที่จะแก้ไขพฤติกรรมต่าง ๆ อันไม่เป็นที่พึงประสงค์เหล่านั้นได้ คือ การจัดสถานการณ์ให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ใหม่ เพื่อให้เกิดการทดแทนด้วยพฤติกรรมใหม่ที่มีความเหมาะสมกว่า ทฤษฎีด้านพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory) มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) กล่าวคือ นักพฤติกรรมนิยมจะทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้เป็นพื้นฐาน นักพฤติกรรมศาสตร์จะให้ความสนใจกับการแสดงออกของมนุษย์มากกว่าความคิดและความรู้สึก โดยมีความเชื่อที่ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาและความรู้สึกได้ในภายหลัง ดังนั้น มนุษย์ในสายตาของนักพฤติกรรมนิยมไม่ได้มีความหมายในทางดีหรือเลว มนุษย์เปรียบเทียบกับเครื่องจักรกลที่มีความซับซ้อนจนสามารถที่จะตอบโต้ต่อเงื่อนไขในอดีตได้โดยอัตโนมัติ มองเห็นได้ชัดเจนและมีการสะสมสิ่งเร้าต่าง ๆ อย่างมากมายซึ่งสามารถทำนายการตอบสนองได้ การแสดงออกของมนุษย์เกิดขึ้นจากการเสริมแรงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้

ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory) การเกิดพฤติกรรมแปรปรวนหรือความผิดปกติทางจิตสามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้บุคคลตอบสนอง ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมการตอบสนองนั้นจะผิดแปลกไปจากมาตรฐานของสังคม อันเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่สมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตาม ผลของการตอบสนองนั้นก็สมารถทำให้บุคคลบรรเทาจากความรู้สึกที่เกิดจากสิ่งเร้าหรือสิ่งรบกวนนั้น ๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเสริมแรงทางบวก อันส่งผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น ในภาวะที่บุคคลเกิดความเครียด บุคคลก็จะเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อภาวะเครียดนั้น ๆ และถ้าหากว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นส่งผลทำให้ภาวะเครียดลดลง บุคคลก็จะเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ในรูปแบบดังกล่าวด้วยวิธีการเดียวกันนั้นซ้ำ ๆ ซึ่งการที่ภาวะเครียดลดลงนั้นถือได้ว่าเป็นการเสริมแรงที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวแล้วนั้นนั่นเอง

การที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากมาตรฐานของสังคมเหล่านั้นได้ ก็คือ การจัดสถานการณ์ให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ใหม่ตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมใหม่ที่มีความเหมาะสมกว่า โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้รับบริการให้ตั้งอยู่บนหลักแห่งความเป็นจริงตามมาตรฐานของสังคม การสร้างสถานการณ์ให้เกิดการเรียนรู้สามารถทำได้โดยการสร้างหรือหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ลดพฤติกรรมที่ผิดปกติ และเสริมแรงในพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติซ้ำจนกลายเป็นนิสัยหรือมีความประพฤติดีที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งได้มีนักทฤษฎีพฤติกรรมนิยมหลายท่าน เช่น Pavlov, Skinner, Wolpe ที่ได้ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. Classical conditioning เป็นพฤติกรรมบำบัดตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Pavlov ที่มีการวางเงื่อนไขโดยการให้สิ่งเร้า (Stimulus) และ การเสริมแรง (Reinforcement) การวางเงื่อนไขในลักษณะดังกล่าว ส่งผลให้มนุษย์แสดงปฏิกิริยาต่อสิ่งเสริมแรงที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ตามธรรมชาติ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้น พบว่า เป็นผลมาจากการประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในอดีตและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ในปัจจุบัน

2. Operant conditioning เป็นพฤติกรรมบำบัดตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner ที่มีการใช้วิธีการควบคุมการวางเงื่อนไข ซึ่งมีแนวคิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เป็นแรงเสริมโดยใช้สิ่งเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) และการทำให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหมดลงไปด้วยสิ่งเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) นอกจากนี้ Skinner ยังใช้วิธีการปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping technique) ซึ่งเป็นการปรับแต่งพฤติกรรมจากง่าย ๆ ไปสู่พฤติกรรมที่มีความซับซ้อน กระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ละขั้น โดยอาจทำได้ 2 วิธี คือ

2.1 Successive approximation เป็นการให้แรงเสริมกับพฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เราต้องการ โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนที่ค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่พฤติกรรมที่ง่าย ๆ ไปก่อน และให้แรงเสริมไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้รับบริการสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในขั้นสุดท้ายตามที่เรต้องการได้

2.2 Chaining เป็นการนำพฤติกรรมย่อย ๆ มาเรียงลำดับจากพฤติกรรมแรกจนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายตามที่เรต้องการในลักษณะเป็นแบบลูกโซ่ แล้วผู้บำบัดจะเริ่มต้นกระทำพฤติกรรมแรก ๆ ให้โดยเหลือพฤติกรรมสุดท้ายไว้ให้ผู้รับบริการปฏิบัติเอง โดยถ้าปฏิบัติได้ผู้บำบัดก็จะให้แรงเสริม การปรับแต่งพฤติกรรมด้วยวิธีนี้ผู้บำบัดจะต้องปฏิบัติเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ โดยเหลือพฤติกรรมขั้นสุดท้ายไว้ให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบถ้วนในต่อเนื่องของกลุ่มพฤติกรรมนั้น ๆ

3. Systematic desensitization เป็นการทำให้พฤติกรรมบำบัดตามแนวความคิดของ Wolpe ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมแปรปรวนเป็นการเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลของบุคคล ดังนั้น Wolpe จึงได้เสนอวิธีการตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยการจัดสถานการณ์ให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ใหม่ด้วยวิธีการผ่อนคลาย ซึ่ง Wolpe เชื่อว่าการผ่อนคลายเป็นภาวะที่ตรงกันข้ามกับความวิตกกังวล ดังนั้น การฝึกการผ่อนคลายในรูปแบบต่าง ๆ ก็น่าจะสามารถลดความวิตกกังวลได้ ในวิธีการรักษา Wolpe ใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบ Classical conditioning โดยใช้วิธีการจับคู่ระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นกลางกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หลังจากนั้นก็เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการปฏิบัติซ้ำ ๆ จนกระทั่งสิ่งเร้าที่เป็นกลางกลายเป็นเงื่อนไขของพฤติกรรมนั้น วิธีการนี้ถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนคุณค่าของสิ่งเร้า (Desensitization) และวิธีการจับคู่สิ่งเร้าในลักษณะนี้เรียกว่า Counter conditioning การทำให้พฤติกรรมบำบัดตามแนวความคิดของ Wolpe จะเน้นการผ่อนคลายและบำบัดตามลำดับขั้น โดยจัดลำดับความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด เมื่อบุคคลลำดับความคิดถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมา ก็จะใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้เข้าไปแทนที่ความรู้สึกนั้นๆ เพื่อให้บุคคลรู้สึกดีขึ้น การบำบัดด้วยวิธีนี้จำเป็นจะต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญาและความคิดมากพอสมควร เช่น การนึกภาพ การคิด การทบทวนความรู้สึก เป็นต้น

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาด้วยวิธีการของพฤติกรรมบำบัด โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งในหอผู้ป่วยจิตเวชได้มีการนำมาบรรจุไว้ในกิจกรรมประจำวันเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียกว่า Token economy program

ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ

1. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory)

ทฤษฎีการปรับตัว (Adaptation theory) ได้พัฒนาขึ้นโดยคอลลิสต้า รอย (Sister Callista Roy) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1964 รอยสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยเม้าเซนต์ แมรี รัฐลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา และสำเร็จปริญญาโททางการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ในปี ค.ศ. 1966 และศึกษาต่อด้านสังคมศาสตร์จนจบปริญญาโทและปริญญาเอกในปี ค.ศ.1975 และ 1977 ตามลำดับ รอยพัฒนาแนวคิดโดยมีแรงบันดาลใจจาก โดโรธี อี จอห์นสัน (Dorothy E. Johnson) ขณะศึกษาระดับปริญญาโท

ทางการพยาบาลร่วมกับความสนใจในพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กในการปฏิบัติงาน และยังมีพื้นฐานแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน (Helson's Adaptation level theory) ที่กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสิ่งเร้าและระดับการปรับตัวของบุคคล นอกจากนี้ยังมีพื้นฐานแนวคิดจากทฤษฎีระบบของเบอร์ทแลนฟตี (Von Bertalanffy's General System Theory, 1968) และทฤษฎีทางด้านปรัชญา

แนวคิดพื้นฐาน

1. **บุคคล** ตามแนวคิดของรอย หมายถึง บุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางชีวะ จิตใจ และสังคม รวมเป็นระบบหนึ่งซึ่งมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวของบุคคลมีกระบวนการเกิดขึ้น 2 ประเภท คือ

1) กลไกการควบคุม (Regulator Mechanisms) เป็นการทำงานของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อระบบการรับรู้ และการตอบสนองประสานกัน

2) กลไกการรับรู้ (Cognator Mechanisms) เป็นการทำงานในส่วนที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคล และกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลในบุคคล ทำให้เกิดการเรียนรู้การตัดสินใจและอารมณ์

2. **สิ่งแวดล้อม** ตามแนวคิดของรอย ครอบคลุมสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบ สิ่งเร้ามีทั้งสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3. **สุขภาพ** รอยกล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับการปรับตัว บุคคลจะต้องเผชิญกับปัญหาที่ต้องมีการปรับตัวในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะในสถานการณ์การเจ็บป่วย ความสามารถในการปรับตัวและภาวะที่บุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง กลไกการปรับตัวของบุคคลจะมุ่งรักษาความมั่นคงทางสุขภาพ

4. **การพยาบาล** รอยได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า การพยาบาล หมายถึง ระบบของความรู้เชิงทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยหรือมีแนวโน้มจะเจ็บป่วย “ทั้งคน” ด้านชีววิทยา อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งต้องอาศัยการวางแผนเป้าหมายร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้รับบริการ

ข้อตกลงเบื้องต้น ของทฤษฎีการปรับตัวของรอย

1. มนุษย์เป็นองค์ประกอบรวม ประกอบด้วย สภาวะทางชีวะ จิตใจ และสังคม
2. มนุษย์จะมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาทั้งด้านชีวะ จิตใจ และสังคม
3. การเผชิญสภาวะต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ จะมีการปรับตัวซึ่งเกิดขึ้นตามกลไกตามธรรมชาติ และกลไกจากการเรียนรู้ ทั้งด้านชีวะ จิตใจ และสังคม เพื่อรักษาสภาวะสมดุลของชีวิต
4. มนุษย์ทุกคนอยู่ภายใต้กฎของความปกติสุข การเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
5. มนุษย์ต้องการการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและเอาชนะสิ่งแวดล้อม
6. การปรับตัวของมนุษย์เป็นการทำหน้าที่ของมนุษย์ในการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าตามระดับการปรับตัว ซึ่งประกอบไปด้วยสิ่งเร้า 3 ประเภท คือ

6.1 สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่โดยตรง เช่น ภาวะโรคภัยไข้เจ็บ ภาวะสูญเสีย เป็นต้น

6.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคล นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง เช่น ระยะพัฒนาการ องค์ประกอบทางกรรมพันธุ์ แบบแผนทางสังคม วัฒนธรรมประเพณี เป็นต้น

6.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิมของบุคคล เป็นต้น

7. ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวที่จะก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวกมีขอบเขตจำกัด

8. การปรับตัวเพื่อรักษาสภาพสมดุลของบุคคลนั้น รอยได้ศึกษาแบบการปรับตัวของบุคคล พบว่าบุคคลจะมีการปรับตัวอยู่ 4 แบบ คือ

8.1 การปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา (Physiological)

8.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept)

8.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role-function)

8.4 การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependence relations)

การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยใช้ในพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด

คือ การส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์พึ่งพาหะหว่างกัน โดยเริ่มต้นที่การประเมินสภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยสภาพปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้รับบริการ การวางแผน การเลือกใช้วิธีการพยาบาลและประเมินผล ดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Assessment of Clients' Behaviors) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการโดยเน้นพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์พึ่งพาหะหว่างกัน พยาบาลใช้เทคนิคการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพของผู้รับบริการอย่างครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน

2. การวิเคราะห์และตัดสินพฤติกรรมปรับตัวของผู้รับบริการ (Judgement of Behavior as Adaptive or Maladaptive) เป็นการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการโดยใช้ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาในข้อ 1 นำมาพิจารณาตัดสินความสามารถในการปรับตัว (Adaptive) หรือความสามารถในการปรับตัว (Maladaptive) โดยคำนึงถึงสถานะของผู้รับบริการแต่ละรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้รับบริการ (Assessment of Influencing Factors) เป็นการประเมินเพื่อสืบค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการโดยพิจารณาสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว 3 ด้าน คือ

3.1 ประเมินสิ่งเร้าโดยตรง (Identifying Focal Stimuli) เป็นการค้นหาสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

3.2 ประเมินสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง (Identifying Contextual Stimuli) เป็นการค้นหาสาเหตุอื่น ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสภาพพฤติกรรมตามปัญหาของผู้ป่วย

3.3 ประเมินสิ่งเร้าแฝง (Identifying Residual Stimuli) เป็นการค้นหาสาเหตุที่อยู่ภายในตัวผู้รับบริการ เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติต่อการบริการของพยาบาลและสถานบริการพยาบาลและพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งจะได้จากการสนทนาและรับฟังผู้รับบริการพูดและระบายความรู้สึก

4. การระบุปัญหา (Problem Identifying) เป็นขั้นตอนในการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการภายหลังที่ได้ข้อมูลที่ได้มีการวิเคราะห์ถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลัง พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ปัญหาสำคัญด่วนต้องช่วยเหลือทันที คือ ปัญหาที่คุกคามชีวิต ความมั่นคงปลอดภัยของตัวผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ใกล้ชิด

4.2 ปัญหาสำคัญรองลงมาต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ได้แก่ ปัญหาที่คุกคามการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของผู้รับบริการและครอบครัว

4.3 ปัญหาสำคัญที่ต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาและเติบโตของผู้รับบริการและครอบครัว

5. การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาล (Goal Setting) เป็นการกำหนดเป้าหมายปลายทางที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังดำเนินกิจกรรมพยาบาลไปแล้ว ในแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ก็คือ การช่วยให้ผู้รับบริการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Maladaptive Behavior) ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (Adaptive Behavior) พฤติกรรมที่ผู้รับบริการได้อยู่แล้ว พยาบาลก็จะตั้งเป้าหมายสูงขึ้นโดยส่งเสริมให้มีการปรับตัวให้ดียิ่งขึ้น เป้าหมายดังกล่าวควรเป็นเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้จริง ภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้นลงแล้ว

6. การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Intervention: Selection of Approach) เป็นการปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยพิจารณาตามแผนการพยาบาลและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะใช้สติปัญญาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยพิจารณาตามความเหมาะสมกับสถานการณ์และเลือกวิธีการ สถานการณ์ปัญหาของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งในการพยาบาลจิตเวช พยาบาลจะต้องพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะมีสภาวะของจิตใจและพฤติกรรมที่ไม่อยู่นิ่ง

7. การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการสรุปและวิเคราะห์ประสิทธิผลของสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว โดยการสังเกตจากพฤติกรรมปรับตัวของผู้รับบริการ และข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้รับบริการโดยตรง หรือจากบุคลากรอื่นๆ อาจใช้การสังเกต การตรวจสอบ และนำข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนทำการพยาบาล และสรุปผล ในบางครั้งอาจพบว่า สภาพของผู้รับบริการยังไม่มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พยาบาลจะต้องค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใหม่ รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย วางแผนและเลือกกิจกรรมการพยาบาลใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลว (Peplau's Interpersonal Relations Theory)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว พัฒนาโดย ฮิลด์การ์ด อี เพปเปลว (Hildegard E. Peplau, ค.ศ. 1909-1999) ซึ่งเป็นพยาบาล จากประเทศสหรัฐอเมริกา ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน โดยเน้นสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และบทบาทของพยาบาลในสัมพันธภาพเชิงบำบัด

ความเชื่อเบื้องต้นของทฤษฎี บุคคลประกอบด้วยโครงสร้างทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนและทำให้แต่ละคนมีความแตกต่างกัน เมื่อมีภาวะคุกคามทางจิตใจ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพที่บุคคลมีกับบุคคลอื่น สัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตน และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้ นอกจากนั้นยังเป็นการพัฒนาบุคลิกภาพของทั้งผู้รับบริการและพยาบาลด้วย

แนวคิดหลักของทฤษฎี ได้แก่ จิตพลวัตทางการพยาบาล บทบาทของพยาบาล ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

จิตพลวัตทางการพยาบาล (Psychodynamic nursing)

เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยพยาบาลมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของตนเอง และของผู้รับบริการ สามารถช่วยผู้รับบริการให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาของตน ผ่านกระบวนการสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดในกระบวนการนี้พยาบาลและผู้รับบริการจะให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (mutual sharing) แต่ละฝ่ายมีความเข้าใจในบทบาทของตน โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับบริการได้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาและสามารถหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาของตนได้ ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้รับบริการในลักษณะนี้ทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดการพัฒนาและเติบโตไปด้วยกัน

บทบาทของพยาบาล (Nursing roles)

เพพพลาวได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลในหลายด้าน ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้รับการตอบสนองความต้องการของตน บทบาทเหล่านี้ได้แก่

- บทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ (resource person) ในการให้ข้อมูล หรือตอบคำถามแก่ผู้รับบริการในเรื่องทั่วไปที่มีความจำเป็นต่อผู้รับบริการ
- บทบาทในการเป็นผู้ให้การปรึกษา (counselor) โดยสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ระบายความคิดและความรู้สึกของตน ได้เข้าใจถึงปัญหาของตน และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้
- บทบาทในการเป็นครู (teacher) โดยการประเมินว่าผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องเรียนรู้สิ่งใด และเสนอแนะสิ่งที่เขาต้องเรียนรู้เพิ่มเติมให้
- บทบาทในการเป็นผู้นำ (leader) ที่จะเสนอแนวทางของปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อให้การบำบัดดำเนินไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้
- บทบาทในการเป็นผู้ทดแทนบุคคลอื่นให้แก่ผู้รับบริการ (surrogate) เช่น การทดแทนการเป็นแม่ให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เติบโตและมีวุฒิภาวะที่เหมาะสม

ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Phases of nurse-client relationship)

เป็นระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการได้เรียนรู้และทำงานร่วมกันในการหาแนวทางในการจัดการกับความยุ่งยากหรือปัญหาต่าง ๆ ของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะเริ่มต้น (Orientation) เป็นระยะแรกของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการ ครอบครัว และพยาบาลร่วมพูดคุยกันเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการ ร่วมกับการตัดสินใจเกี่ยวกับความช่วยเหลือและบริการที่ต้องการจากทีมสุขภาพ และร่วมกันวางแผนการดำเนินการเกี่ยวกับความช่วยเหลือและบริการที่ต้องการจากทีมสุขภาพ และร่วมกันวางแผนการดำเนินการเกี่ยวกับความช่วยเหลือและบริการที่จะได้รับ ซึ่งทั้งหมดจะกระทำผ่านกระบวนการร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (collaboration process)

ระยะระบุปัญหาและความต้องการบริการ (Identification) เป็นระยะที่ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถระบุความช่วยเหลือและบริการที่ต้องการได้ โดยผู้รับบริการจะมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลหรือผู้ที่มาช่วยเขาแก้ปัญหาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งใน 3 รูปแบบ คือ การพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล (Interdependence) หรือการแยกตนเองออกมาไม่พึ่งพาพยาบาลเลย (Independence) หรือการพึ่งพาพยาบาลอย่างมากโดยไม่พยายามพึ่งพาตนเอง (Dependence) ทั้งนี้การพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลในการแก้ปัญหาน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในระยะนี้

ระยะการแก้ปัญหาและใช้ประโยชน์จากแหล่งช่วยเหลือ (Exploitation) เป็นระยะที่ผู้รับบริการเรียนรู้ถึงบริการที่มีอยู่สำหรับเขา รวมถึงช่องทางต่างๆ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองในการปฏิบัติตนให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ และค่อยๆ ลดการใช้ประโยชน์จากแหล่งช่วยเหลือลง

ระยะปัญหาคลี่คลายและยุติสัมพันธภาพ (Resolution) เป็นระยะที่ปัญหาได้คลี่คลายลง และความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองผ่านความพยายามในการทำงานร่วมกันของพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ มีการพัฒนาและเติบโตขึ้น ทั้งนี้พยาบาลที่ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการก็เกิดการพัฒนาและเติบโตเช่นกัน ซึ่งถือเป็นสัญญาณที่ดีในการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การบำบัดรักษาและบทบาทของพยาบาล

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นสำคัญของการช่วยเหลือ เพบพลาว เน้นถึงการทำความเข้าใจตนเองและการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล เพื่อการพัฒนาและเติบโตขึ้นของพยาบาล และการพัฒนาความเข้าใจผู้รับบริการและการไม่นำความคิด ความรู้สึก ค่านิยมหรือทัศนคติส่วนบุคคลของตนมาเป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือผู้รับบริการ การที่ผู้รับบริการได้รับประสบการณ์ที่ดีจากสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับบริการที่มีปัญหาการหยุดนิ่งหรือการถดถอยของพัฒนาการได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่ขาดหายไปในช่วงวัยที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาและเติบโตขึ้น และทำให้ระดับพัฒนาการมีความเหมาะสมกับวัยมากขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

3. ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory)

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่นำมาประยุกต์ใช้ในปฏิบัติการพยาบาลอย่างกว้างขวาง คือ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวของ Duvall (1977) และทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวของ Carter และ McGoldrick (2005)

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวของ Duvall (1977)

Duvall (1977) ได้แบ่งระยะพัฒนาการครอบครัวไว้เป็น 8 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะจะมีการกิจที่สมาชิกจะต้องทำให้สำเร็จ จึงจะไปสู่ระยะต่อไปได้เป็นอย่างดี แต่ถ้าไม่สำเร็จตามระยะจะเกิดภาวะวิกฤติในระยะนั้น ที่ถือว่าเป็นระยะวิกฤติที่ต้องแก้ไข ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวนั้นมาจากปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะทั้งทางร่างกายและเสรีภาพ ปัจจัยด้านสังคมมีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของบุคคล ปัจจัยด้านบุคคลมีความต้องการและค่านิยมยึดมั่นในอุดมการณ์ พยาบาลจึงมีบทบาทอย่างมากในการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวตามพัฒนาการครอบครัวให้มีความเหมาะสม ถูกต้องยิ่งขึ้น เนื่องจากโดยลักษณะงานการบริการทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนโดยตรง ดังนั้นในยุคที่เน้นการบริการแบบสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่และมีบทบาทเพื่อสร้างเสริมให้ครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวตามพันธกิจของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ระยะพัฒนาการ ครอบครัวออกเป็น 8 ระยะ ดังนี้

1. ครอบครัวระยะเริ่มต้น (marital stage) เป็นการเริ่มต้นครอบครัวที่หนุ่มสาวมีการเลือกคู่ครองของตนเองและทำการสมรส หรือมาอยู่ร่วมกันโดยไม่ได้ทำการสมรส เป็นระยะที่คู่สมรสต้องปรับตัวเข้าหากันในการใช้ชีวิตร่วมกัน นับจากการสมรสจนกระทั่งภรรยาตั้งครรภ์

1.1 พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) จัดเตรียมที่อยู่อาศัย
- 2) สร้างระบบต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น ระบบการใช้จ่ายเงิน
- 3) ปรับตัว เข้าหากันและยอมรับพฤติกรรมและปรับบทบาท หน้าที่ใหม่ในครอบครัว
- 4) สร้างความพึงพอใจสัมพันธภาพทางเพศให้คงอยู่ตลอดไป
- 5) สร้างระบบการสื่อสารที่ดี ใช้สติปัญญา มีเหตุผล และซื่อสัตย์ต่อกัน
- 6) สร้างสัมพันธภาพกับเครือญาติ
- 7) สร้างวิถีทางการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- 8) วางแผนการมีบุตร
- 9) สร้างปรัชญาชีวิตร่วมกัน

1.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทผู้ให้ความรู้ คือสอน และให้ความรู้เกี่ยวกับพันธกิจครอบครัวในระยะเริ่มต้น พร้อมทั้งแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องการปรับบทบาทในชีวิตสมรสและเรื่องเกี่ยวกับเพศ การวางแผนครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว การดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ก่อนการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการมีบุตร รวมทั้งการปฏิบัติ ตัวระหว่างตั้งครรภ์ ฯลฯ ตัวอย่างเช่น “ครอบครัว สดใส” นายเอ อายุ 32 ปี อาชีพวิศวกร บริษัท เอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาและพี่น้องที่บ้านจังหวัดฉะเชิงเทรา ต่อมานายเอ ได้แต่งงานกับนางสาวบี อายุ 29 ปี ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ทั้งสองได้จดทะเบียนสมรส และได้แยกออกมาซื้อบ้านอยู่ในหมู่บ้านริมทะเล จังหวัดชลบุรี พยาบาลบีได้ออกเยี่ยมบ้านพบครอบครัวนี้เพื่อสร้างครอบครัวใหม่ซึ่งยังขาดความรู้ในเรื่องพันธกิจของครอบครัว จึงได้สอนสุศึกษาเรื่องพันธกิจครอบครัวในระยะเริ่มต้น และการปฏิบัติเพื่อการบรรลุเป้าหมายของครอบครัวตามพันธกิจครอบครัวในระยะนี้ นอกจากนี้พยาบาลยังได้คอยให้คำปรึกษากับครอบครัวสดใส ในเรื่องการปรับบทบาทในชีวิตสมรสและเรื่องเกี่ยวกับเพศ การวางแผนครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว การดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ก่อนการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการมีบุตรรวม ทั้งการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์

2. ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร (early childbearing families) เริ่มตั้งแต่มีบุตรคนแรกจนกระทั่งบุตรอายุได้ 30 เดือน หรือ 2 ขวบครึ่ง

2.1 พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) เตรียมการจัดการสำหรับการเลี้ยงดูบุตร
- 2) พัฒนารูปแบบการหารายได้และการใช้จ่ายเงินใหม่
- 3) ปรับบทบาทความรับผิดชอบในการทำงานใหม่
- 4) ปรับแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์
- 5) ขยายระบบการสื่อสารในปัจจุบันโดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์
- 6) ปรับความสัมพันธ์กับเครือญาติ
- 7) ปรับความสัมพันธ์กับผู้อื่น ชุมชน สังคม
- 8) แสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเป็นบิดา มารดา วางแผนสำหรับการมีบุตรในครอบครัว
- 9) รักษาตารางไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรมตามปรัชญาแห่งชีวิต

2.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทผู้ให้ความรู้ พร้อมทั้งแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) การเป็นพ่อแม่
- 2) การดูแลสุขภาพ
- 3) การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การปฐมพยาบาล
- 4) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเด็ก
- 5) การสังเกตประเมินพัฒนาการเด็กและการกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- 6) การวางแผนครอบครัว
- 7) สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. ครอบครัวระยะมีบุตรวัยก่อนเรียน (families with preschool children) ระยะนี้ บุตรคนแรก อายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี ครอบครัว ในระยะนี้มีโอกาสเป็นไปได้ที่สมาชิกครอบครัวจะมีจำนวน 3 - 5 คน คือ สามี ภรรยาหรือพ่อแม่ ลูกชายและลูกสาว พี่ชาย-น้องสาว ซึ่งครอบครัว จะซับซ้อนมากขึ้นและมีความแตกต่างกัน ระยะนี้ ส่วนมากจะเป็นช่วงที่พ่อแม่มีภารกิจและหน้าที่การงานมากซึ่งต้องใช้เวลามากในการทำงาน และยังต้องให้เวลาสำหรับ ลูกในบทบาทของพ่อและแม่ พ่อแม่ถือว่าเป็นสถาปนิกของครอบครัว เป็นผู้ออกแบบและชี้นำครอบครัวในการพัฒนา เป็นช่วงเวลาที่สำคัญ ของสามีภรรยาที่ต้องเพิ่มความแข็งแกร่งร่วมกัน และรักษาชีวิตสมรสให้ราบรื่นมีความสุข และช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ตามระยะพัฒนาการ สนับสนุน ให้เขาเป็นตัวของตัวเอง สามารถช่วยเหลือตัวเอง ได้

3.1 พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) จัดเตรียมสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอสำหรับสมาชิก ครอบครัว และคำนึงถึงความปลอดภัยของเด็ก เป็นสำคัญ
- 2) วางแผนปรึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- 3) ร่วมกันรับผิดชอบ เกี่ยวกับการขยายตัวของครอบครัวและการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของ สมาชิกครอบครัว จัดประสบการณ์ส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาส เจริญเติบโตและพัฒนา อย่างเต็มที่
- 4) รักษาความ พึงพอใจในสัมพันธภาพทางเพศ
- 5) รักษา ระบบ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว
- 6) รักษา ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติกับครอบครัว
- 7) จัดสรรทรัพยากรตอบสนองความต้องการ ของสมาชิก มีความสัมพันธ์กับสังคมภายนอก ครอบครัว
- 8) เผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อย่างท้าทาย

3.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทการเป็นผู้ค้นหาเกี่ยวกับพัฒนาการ และการ เจริญเติบโตของบุตรวัยก่อนเรียน คือ ประเมินครอบครัวและให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา ทั้งในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก และแสดงบทบาทการเป็นผู้สนับสนุน คือส่งเสริมกระตุ้นให้เด็กมีการเจริญเติบโต และ พัฒนาการตามวัย การป้องกันโรค การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การดูแลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การจัด สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สำหรับเด็ก การป้องกันอุบัติเหตุ และประเด็นสำคัญคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งมั่นคง ในชีวิตสมรส

4. ครอบครัวระยะมีบุตรวัยเรียน (Families with school children) ครอบครัว ระยะนี้จะเริ่มเมื่อ มีบุตรคนแรก อายุ 6 ปี และ สิ้นสุดเมื่อบุตรคนแรก อายุ 13 ปี เป็นระยะที่ ครอบครัวจะมีจำนวนสมาชิกมากที่สุด บุตรจะเริ่มเข้าเรียนที่โรงเรียนประถมศึกษา โดยพันธกิจของบุตรคือความขยันหมั่นเพียร ประสบความสำเร็จ ในการเรียน มีความสุข สนุกสนาน ขณะที่พ่อแม่ ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการแยกจากเด็กหรือปล่อยให้เด็กมีความสัมพันธ์ กับกลุ่มเพื่อนโรงเรียนและมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย

4.1 พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) เตรียมการสำหรับกิจกรรมของเด็ก และความเป็นส่วนตัวของพ่อแม่
- 2) รักษาสถานภาพทางเศรษฐกิจให้มั่นคง
- 3) ให้ความร่วมมือประสานงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงเรียน

- 4) ใช้ระบบการสื่อสารในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ยังคงรักษาความพึงพอใจของแต่ละบุคคลรวมทั้งคู่สมรส
- 6) มีความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันกับญาติของครอบครัว
- 7) เชื่อมโยง ครอบครัวกับสังคมภายนอก
- 8) ทดสอบและตรวจสอบปรัชญาของครอบครัวอีกครั้ง

4.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการ ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก การป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ปัญหาการเรียน พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ปัญหาการเรียน พฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ ปัญหาสุขภาพ การสื่อสารระหว่าง พ่อแม่กับลูก รวมทั้งปัญหาความสัมพันธ์ระหว่าง สามีและภรรยา

5. ครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่น (families with teenagers) เป็นช่วงระยะที่ครอบครัวมีบุตรคนแรก อายุ 13 ปี จนกระทั่งอายุ 20 ปี ช่วงเวลานี้ประมาณ 6-7 ปี หรืออาจจะสั้น หรือยาวกว่านี้ขึ้นกับบุตรเริ่มแยกออกไปจากครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวระยะนี้จะมีความผูกพันลดน้อยลง เนื่องจากพยายามที่จะให้เด็กมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นและให้อิสระแก่เด็กมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ อาจกล่าวได้ว่าช่วงชีวิต ครอบครัวในระยะนี้ค่อนข้างจะยุ่งยาก ทั้งพันธกิจ ของเด็กวัยรุ่นและของพ่อแม่วัยรุ่นต้องการอิสระ ค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่น โดยมากจะเกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ความคิดเห็นบรรทัดฐานจะแตกต่างกัน ระหว่างเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ดังนั้นปัญหาต่าง ๆ อาจเกิดตามมาได้

5.1 พันธกิจของครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) อำนวยความสะดวกตามความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิกครอบครัว
- 2) คิดคำนวณ เงินรายได้ของครอบครัว เพื่อวางแผนการใช้จ่าย
- 3) ร่วมกันทำหน้าที่และรับผิดชอบการดำเนินชีวิต ของครอบครัว
- 4) ให้ความสำคัญต่อสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสามีและภรรยา
- 5) รักษาระบบการสื่อสารที่ดี ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- 6) รักษาความสัมพันธ์กับเครือญาติ
- 7) เติบโตเป็นตัวของตัวเองอยู่ในครอบครัวและสังคมภายนอกอย่างมีความสุข
- 8) ดำเนินวิถีชีวิตตามปรัชญาการดำเนินชีวิต

5.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทผู้ให้ความรู้ พร้อม ทั้งแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในประเด็นการช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเด็กวัยรุ่น และมีทักษะการสื่อสารที่ดี รวมทั้งทักษะการแก้ไขปัญหา การตอบสนองปฏิกิริยาความต้องการของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยน้อยที่สุด จะเป็นการลดความขัดแย้งและปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

6. ครอบครัวระยะมีบุตรแยกจากครอบครัว (launching center families) พัฒนาการครอบครัวระยะนี้คือ ช่วงตั้งแต่บุตรคนแรกจนถึงบุตรคนสุดท้ายแยกจากพ่อแม่ ครอบครัวไป อาจไปทำงาน ไปศึกษาหรือแต่งงาน สร้างครอบครัวใหม่จนกระทั่งเกิด “รังร้าง” (empty nest) ระยะนี้ อาจจะค่อนข้างสั้นหรือยาวพอสมควรขึ้นกับจำนวนบุตร ถ้าหากบุตร ยังไม่แต่งงาน ยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่หลังจาก สำเร็จการศึกษา โดยทั่วไประยะเวลาช่วงดังกล่าวจะประมาณ 6 หรือ 7 ปี ภาระหน้าที่หลักของครอบครัวที่สำคัญคือ การเตรียมตัวบุตรให้มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองและบทบาทพ่อแม่จะเปลี่ยนเป็นปู่ ย่า ตา ยาย

6.1 พันธกิจของครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) จัดสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ และทรัพยากรตามการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวให้เหมาะสม
- 2) ค่าใช้จ่ายสำหรับการที่บุตรย้ายครอบครัวไป
- 3) แบ่งบทบาทความรับผิดชอบใหม่ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในครอบครัว รับบทบาทการเป็นปู่ ย่า ตา ยาย
- 4) พ่อแม่จะย้อนกลับมาด้วยกันเพียงสองคน คือ สามีและภรรยา
- 5) คงรักษา ระบบการสื่อสารที่ดีมีความสัมพันธ์ที่ดีภายใน ครอบครัวและกับครอบครัวใหม่ของบุตร
- 6) วงจร ครอบครัวจะขยายกว้างออกไปตั้งแต่บุตรเป็น ผู้ใหญ่ มีครอบครัว และมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นจากการแต่งงาน มีบุตรเขย-สะใภ้ หลานและเครือญาติ ส่งเสริมช่วยเหลือบุตรให้อิสระ และสามารถ สร้างครอบครัวใหม่พร้อมทั้งยอมรับสมาชิกใหม่ ของครอบครัว
- 7) สร้างความปรองดองเมื่อ เกิดความคับข้องใจในเรื่องความซื่อสัตย์และปรัชญาในการดำเนินชีวิต

6.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทการเป็นผู้ค้นหาเกี่ยว กับภาวะซึมเศร้า การ

พลัดพรากจากบุตร และ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของบุตรที่แยกออกไปอยู่ตามลำพังกับครอบครัวใหม่ พยาบาลจะต้องประเมินครอบครัว และให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาทั้งใน เรื่องการแยกครอบครัวใหม่ของบุตร เมื่อทราบ ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต้องมีการให้ คำแนะนำล่วงหน้าเพื่อให้ครอบครัวปรับตัว และยอมรับ การเปลี่ยนแปลงและมีวิถีในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ช่วยเหลือสนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำบุตร ในการสร้างครอบครัวใหม่ ยอมรับสมาชิกใหม่ของครอบครัวบุตร มีความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างคู่สามีและภรรยา

7. ครอบครัวระยะวัยกลางคน (families of middle years) เป็นช่วงที่บุตรแยกไปหมดแล้ว “รังร้าง”

มีพ่อแม่หรือสามีภรรยา อยู่ด้วยกันเพียงสองคน และเตรียมตัวเกษียณจากหน้าที่การงาน โดยทั่วไประยะนี้จะเริ่มเมื่อพ่อแม่ อายุประมาณ 45-55 ปี สิ้นสุดลงเมื่อเริ่มเกษียณจากงาน แต่ในปัจจุบันจะมีบ้างที่บางครอบครัว มีบุตรแต่งงาน และยังคงให้การช่วยเหลือไม่ว่า จะเป็นเรื่องการเงิน สิ่งของ การช่วยเหลือหลาน เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นผลดีทางด้านจิตใจพ่อแม่ มีความรู้สึกอบอุ่นใกล้ชิดไม่เหงาและรู้สึกยังมีคุณค่าในตนเอง มีความหมาย ในทางตรงกันข้าม พ่อแม่อาจจะรู้สึกลำบากเหนื่อยหนักต่อภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อบุตรที่ไม่สิ้นสุด

7.1 พัฒนกิจของครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) ดูแลรักษากันให้น่าอยู่
- 2) วางแผนเพื่อความมั่นคงของชีวิตในบั้นปลาย
- 3) รับผิดชอบต่อครอบครัว
- 4) สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อคู่สมรสให้มีความผูกพันใกล้ชิดให้เกิดความรู้สึกเป็นเพื่อน พึ่งพาอาศัยกันและกัน
- 5) มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวใหม่ของบุตร
- 6) คงความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือญาติโดยเฉพาะพ่อแม่ที่สูงอายุ
- 7) เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนสังคมเพิ่มมากขึ้น
- 8) ทบทวนเพื่อยืนยันว่าค่านิยมของวิถีชีวิตนั้น เหมาะสมและมีความหมายอย่างแท้จริง

7.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทการเป็นผู้ให้บริการ สิ่งสำคัญที่พยาบาลควรปฏิบัติ คือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ
- 2) ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของสามีและภรรยา
- 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร บุตรเขย-บุตร สะใภ้ หลานและพ่อแม่วัยชรา
- 4) ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุ

8. ครอบครัววัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่สามีภรรยาเข้าสู่วัยชราเริ่ม เกษียณอายุจากภาระหน้าที่การทำงานและเริ่มสูญเสีย คู่สามีภรรยา โดยทั่วไปจะมีอายุประมาณ 65 ปี หรือมากกว่านั้น ช่วงวิถีชีวิตวัยชราจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับฐานะทางการเงินหรือแหล่งสนับสนุนความสามารถในการดูแลรักษา ความ พึงพอใจที่บ้าน และภาวะสุขภาพของตนเองอาจ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อมีปัญหาสุขภาพและพบได้ บ่อยครั้งที่ปัญหาทางด้านสมองเมื่อสูงอายุ

8.1 พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) เตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย
- 2) ปรับการใช้จ่ายให้เหมาะสม ภายหลังการเกษียณ
- 3) สร้างความสะดวกสบาย ในการดำเนินชีวิต
- 4) ดูแลกันระหว่างสามีภรรยา
- 5) เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิต
- 6) อนุรักษ์ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรหลาน
- 7) ดูแลญาติที่สูงอายุ
- 8) อนุรักษ์ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนสังคม
- 9) ค้นหาความหมายของชีวิต คุณค่าประสบการณ์ที่มีค่า มีความหมายที่ผ่านมามาตลอดชีวิต

8.2 บทบาทของพยาบาล พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ สนับสนุน ในการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงการสูญเสียได้อย่างเหมาะสมโดยช่วยสร้างความเข้มแข็งทางด้าน จิตใจ เตรียมพร้อม ที่จะรับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้านการสูญเสียและการเจ็บป่วย ส่งเสริมกระตุ้นให้กำลังใจ ในการดูแลสุขภาพ สร้างความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ที่ดีในอดีตที่ผ่านมาทั้งในด้าน ครอบครัว หน้าที่ การงาน ความสำเร็จต่าง ๆ สนับสนุนให้มีกิจกรรมร่วมกับชมรม องค์กรต่าง ๆ ในสังคม ส่งเสริมให้ทำงานให้เป็นประโยชน์ ถ่ายทอดประสบการณ์ของชีวิตแก่บุตรหลานหรือ ชุมชน สังคม และพยาบาลควรให้คำแนะนำ แก่ บุตรหลานและครอบครัวให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรักความต้องการของพ่อแม่ที่สูงอายุ เพื่อให้การตอบสนอง ความต้องการของท่าน ให้คำปรึกษา ถึงแนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแลผู้สูง อายุด้วยความรู้สึกรักเคารพรักให้ เกียรติ จะเป็นสิ่งที่ช่วยจรรโลงใจพ่อแม่ผู้สูงอายุ บทสรุป ครอบครัวมีพัฒนาการ 8 ระยะ แต่ละระยะมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมเมื่อมีพัฒนาการเกิดขึ้น ย่อมมีพันธกิจครอบครัวตามมาด้วย ซึ่ง พัฒนาการของครอบครัวดังกล่าวเป็นพัฒนาการปกติของครอบครัวเดียว พัฒนาการก็จะดูไม่ซับซ้อนและตรงไปตรงมา แต่ในบริบทของสังคมไทยส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขยาย อาจมีทั้งครอบครัวรุ่นลูก รวมอยู่ด้วย ทำให้ครอบครัวนั้นอาจ มี 3 วงจร ครอบครัวซ้อนกันหรือครอบครัวใหญ่ครอบครัวเดียว สมาชิกในแต่ละครอบครัวย่อมต้องกระทำทั้งพันธกิจของ ครอบครัวย่อยและครอบครัวใหญ่ ไปพร้อม ๆ กัน ถ้าทุกคนกระทำหน้าที่ได้เหมาะสม ตามโครงสร้างของครอบครัว สมาชิกทั้ง 3 รุ่น ก็สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างอบอุ่นและมีความสุข นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและ สามารถประเมินครอบครัวตามระยะพัฒนาการได้ถูกต้องเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็น แนวทางในการวางแผนการสร้าง

เสริมสุขภาพ ครอบครัวตามพันธกิจในแต่ละระยะได้อย่างมีประสิทธิภาพและจะนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น และเป็นสุขของชุมชนและประเทศชาติต่อไป (สุริยา พองเกิด, สรวงทิพย์ ภูักฤษณา และสืบทระกูล ดันตลานุกูล, 2559)

4. ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวของ Carter และ McGoldrick (2005)

Carter และ McGoldrick (2005) ได้แบ่งระยะพัฒนาการครอบครัวไว้เป็น 6 ระยะ คือ

1. ระยะเติบโตใหญ่เรียนรู้ (Leaving home: single young adults)

เป็นระยะครอบครัวหนุ่มสาวซึ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นแต่ยังไม่ได้แต่งงาน ระยะนี้ผู้ใหญ่ตอนต้นจะพัฒนาความเป็นอิสระจากครอบครัวเดิมด้านเศรษฐกิจ

พัฒนาการที่จะต้องทำในระยะนี้คือ พัฒนาความเป็นตัวของตัวเองเป็นอิสระจากครอบครัวเดิม สร้างเป้าหมายชีวิตของตนเอง สร้างฐานะ สร้างความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับคนรักและเรียนรู้เตรียมตัวเพื่อที่จะอยู่กับคนรักฉันท์สามีภรรยาและสร้างความสมดุลระหว่างการแยกจากและการเชื่อมสัมพันธ์กับครอบครัวเดิมหรือพ่อแม่

2. ระยะสร้างครอบครัวใหม่ (The joining of families through marriage: the new couple)

เป็นระยะที่คู่สามี-ภรรยาอุทิศตนให้กับครอบครัวใหม่ของตนเอง

พัฒนาการระยะนี้คือ การสร้างความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา และการปรับความสมดุลของความสัมพันธ์ที่มีกับครอบครัวเดิมของทั้งสองฝ่ายและความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งจะช่วยให้คู่สามี-ภรรยาใหม่อยู่ในครอบครัวใหม่อย่างมีความสุข

3. ระยะครอบครัวเลี้ยงลูกเล็ก (Families with young children)

เป็นระยะที่ต้อนรับสมาชิกใหม่คือ บุตรเข้าสู่ครอบครัว

พัฒนาการระยะนี้คือ การปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยา สร้างความผูกพันกับบุตร ปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ของการเป็นบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร และการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้องกับบุตรของตน

4. ระยะครอบครัวเลี้ยงบุตรวัยรุ่น (Families with adolescents)

เป็นระยะที่ส่งเสริมให้บุตรมีความเป็นตัวของตัวเองและมีเอกลักษณ์

พัฒนาการระยะนี้คือ การปรับความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรเพื่อให้วัยรุ่นเป็นอิสระจากครอบครัวมากขึ้น สามี-ภรรยาหันกลับมาให้ความสนใจในคู่สมรสของตนเองและอาชีพการงานอีกครั้ง หลังจากที่ได้ทุ่มเทให้บุตรเป็นเวลานาน และการดูแลพ่อแม่ซึ่งเข้าสู่วัยชรา

5. ระยะครอบครัวที่บุตรแยกไปจากครอบครัว (Launching children and moving on)

เป็นระยะที่บุตรเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว จึงแยกออกจากครอบครัวไปมีชีวิตเพื่อสร้างครอบครัวใหม่ ครอบครัวเดิมกลายเป็นรังที่ว่างเปล่า

พัฒนาการระยะนี้คือ การยอมรับการแยกจากไปของบุตร การยอมรับการเข้ามาของสมาชิกใหม่ เช่น เขย-สะใภ้ สร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับคู่สมรสของตน ปรับความสัมพันธ์ที่มีต่อบุตรให้เป็นแบบผู้ใหญ่ต่อผู้ใหญ่ ต้อนรับ เขย-สะใภ้ และหลานเข้าสู่ครอบครัว ยอมรับความเสื่อมสมรรถภาพที่ค่อย ๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการจากไปหรือการตายของพ่อแม่

6. ระยะบั้นปลายของชีวิต (Families in later life)

เป็นระยะที่เข้าสู่วัยชรา

พัฒนาการระยะนี้คือ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนในฐานะวัยชรา แสวงหาบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับวัยชรา พยายามคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานและความกระตือรือร้นในชีวิต จัดการแบ่งปันทรัพย์สินให้บุตรหลานอย่างเหมาะสม ปรับตัวและจัดการกับความสูญเสียเนื่องการตายของคู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูง เตรียมตัวเตรียมใจสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง

5. แนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว (Family structure and function)

แนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว เกิดขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 (ประมาณปลายปี ค.ศ.1930) โดยได้รับอิทธิพลจากแนวความคิดของทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่นิยม (Structural – functionalism) โดยกลุ่มนักวิชาการด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม เน้นเรื่องโครงสร้างและหน้าที่ของระบบ ได้แก่ แรดคลิฟ-บราวน์ (A.R.Radcliffe–Brown) มาลินอฟสกี (B. Malinowski) พาร์สัน (Talcott Parson) และ เดอร์ไคม์ (Durkheim) ซึ่งสาระสำคัญของทฤษฎีโครงสร้าง และหน้าที่ คือระบบทุกระบบเกิดขึ้นและดำรงอยู่ โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะของระบบ และมีลักษณะโครงสร้างของระบบที่แตกต่างกัน

ข้อตกลงเบื้องต้น ในกรอบแนวคิดของทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ คือ

1. สังคมดำรงอยู่ได้เนื่องจากได้รับการตอบสนองหน้าที่ที่จำเป็น เพื่อความอยู่รอดของสังคมในระดับใดระดับหนึ่ง
2. ระบบย่อยในสังคมจะทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อให้สามารถตอบสนองหน้าที่ที่จำเป็นของสังคม
3. หน้าที่พื้นฐานเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ทุกสังคมและทุกครอบครัวต้องปฏิบัติ
4. บุคคลในครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่มีหน้าที่ช่วยกันตอบสนองหรือทำหน้าที่ของสังคมใหญ่ให้ลุล่วงไปได้
5. บุคคลและสังคมได้รับการดูแลจากครอบครัวและระบบสังคม จากข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว จะเห็นว่า

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยหรือระบบย่อยภายใต้โครงสร้าง ใหญ่ของสังคมที่เป็นระบบใหญ่ ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้สนองตอบความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัวและของสังคมโดยรวม ในขณะเดียวกันครอบครัวก็ได้รับการดูแลจากสังคมด้วย และจากนิยามของโครงสร้าง ที่หมายถึง ความสัมพันธ์ของหน่วยต่าง ๆ ที่มีองค์ประกอบย่อยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันและหน้าที่ หมายถึง การทำกิจกรรมเพื่อ ดำรงไว้ซึ่งส่วนรวม ซึ่งโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสมจะมีผลช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวนั้นสามารถทำหน้าที่ ของตนได้เป็นผลสำเร็จ แนวคิดโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว มีดังนี้

โครงสร้างครอบครัว

1. **โครงสร้างบทบาท** เป็นพฤติกรรมบ่งชี้ถึงการครองสถานภาพที่ตนเองดำรงอยู่ โครงสร้างบทบาทที่ดีจะมีลักษณะดังนี้
 - 1.1 บทบาทที่ปฏิบัติในครอบครัวไม่ขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมภายนอกคาดหวัง เช่น บทบาทบิดามารดา
 - 1.2 บทบาทของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกันและช่วยเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน
 - 1.3 การแสดงบทบาทของสมาชิกแต่ละคนมีความชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้
 - 1.4 สมาชิกสามารถปรับบทบาทได้เพื่อให้เกิดความสมดุล เมื่อมีความจำเป็น

2. **ระบบค่านิยม** เป็นระบบความคิด ความเชื่อทัศนคติ ของสมาชิกในครอบครัวที่มีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น ซึ่งแหล่งที่มาในการเรียนรู้ปลูกฝังค่านิยม จะมาจากครอบครัว โรงเรียนศาสนา ชุมชน เป็นต้น ค่านิยมเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างทางสังคมและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวซึ่งมีความแตกต่างกันไปของแต่ละครอบครัว

3. **ระบบการสื่อสาร** ในการอยู่ร่วมกันของครอบครัวจะต้องมีวิธีหรือรูปแบบการสื่อสารที่เฉพาะ ของตนเอง ซึ่งการสื่อสารนั้นเป็นกระบวนการที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม อารมณ์ความรู้สึก ของกันและกัน รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวจะแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์

4. **โครงสร้างอำนาจ** ในครอบครัวทุกครอบครัวจะมีโครงสร้างอำนาจอยู่ และอำนาจนั้นจะหมายถึงสมาชิกคนใดคนหนึ่งสามารถที่จะควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งโครงสร้าง อำนาจ จะประกอบด้วยฐานอำนาจ การตัดสินใจ ปัจจัยอื่น ๆ

หน้าที่ครอบครัว

1. หน้าที่ด้านความรักเอาใจใส่ เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดีมีบุคลิกภาพมั่นคง
2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู การอบรมเลี้ยงดู เป็นกระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อเป็นการปลูกฝังส่งเสริมลักษณะนิสัยที่ดีงาม การวางตนตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม การเรียนรู้ระเบียบทางสังคม และ วัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต
3. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษย์ สำหรับครอบครัวหน้าที่นี้ เป็นการสืบสกุลให้ครอบครัวดำรงต่อไป
4. หน้าที่ในการเผชิญปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากตลอดการดำเนินชีวิตครอบครัว ครอบครัวจะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็น บุคคล สิ่งของ สถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัว สิ่งที่อาจรบกวนความสงบสุขของครอบครัว เช่น การเสียชีวิต ของคู่ครอง การหย่าร้าง
5. หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ เพื่อนำมาใช้จ่ายอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดหาเสื้อผ้า อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย
6. หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก การจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต สำหรับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยสี่ (อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย) และบริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นันทนาการ และงานอดิเรก

การศึกษาทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว จะพบว่า ระบบทุกระบบเกิดขึ้นและดำรงอยู่ โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะของระบบ และมีลักษณะโครงสร้างของระบบที่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณา ครอบครัวพบว่า ครอบครัวมีลักษณะเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์ทั้งกับภายในและภายนอกครอบครัว มี เป้าหมายในการเกิดและดำรงอยู่ของครอบครัวแตกต่างจากระบบอื่นๆ รวมทั้งมีโครงสร้างของระบบ ครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้น การศึกษาลักษณะโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวจะช่วยให้เข้าใจการ ทำงานของระบบครอบครัวโดยรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาครอบครัวและให้การช่วยเหลือได้ และ ยังเป็นการน าระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยต่าง ๆ ภายในครอบครัวมาวิเคราะห์และพิจารณา ถึงการจัดองค์การภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันขององค์ประกอบย่อยในครอบครัวที่มีต่อ 17 โครงสร้างครอบครัว และความสัมพันธระหว่างครอบครัวกับกลุ่มเครือญาติ รวมทั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับระบบสังคมอื่นๆ ในชุมชนด้วย

6. ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Bioecological systems theory)

Bronfenbrenner (1994) ได้พัฒนาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner's ecological system theory) มีความเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกไปรอบๆ ตัวบุคคลตั้งแต่ บ้าน โรงเรียน ชุมชน จนถึงโครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น

ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างระบบบุคคลกับสิ่งแวดล้อม 4 ระดับ

1. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Microsystem)

เป็นระบบความสัมพันธ์ในระดับแรก ประกอบด้วยตัวของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ การเรียนรู้ อารมณ์ ความเชื่อและทัศนคติ ของบุคคล และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความ สัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมใกล้ ๆ ตัว

ได้แก่ ในครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน เช่น ความเชื่อหรือ พฤติกรรมของบิดา มารดา ย่อมส่งผลต่อทัศนคติและการแสดงออกต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ของเด็ก ความสัมพันธ์ในระดับนี้จะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมของเด็ก

2. ระดับกลาง (Mesosystem)

เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาจากตัวบุคคล เป็นความสัมพันธ์ของหน่วยหรือโครงสร้างของระดับ Microsystem ตั้งแต่ 2 โครงสร้างขึ้นไป โดยระดับเหล่านี้จะมีความเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของการเกิด พฤติกรรมของเด็ก ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียน โรงเรียนกับที่ทำงาน

3. ระดับภายนอก (Exosystem)

เป็นระดับของความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาอีกชั้นหนึ่ง เป็นระบบของสังคมที่ใหญ่ขึ้นที่บุคคลไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงหรือสิ่งนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบ โดยตรงต่อบุคคล เช่น ชุมชน สถานที่ทำงาน แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ หรือกล่าวถึงอิทธิพลที่ได้รับทางอ้อม แล้วส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้นขึ้นมา

ตัวอย่าง เช่น สภาพการทำงานของบริษัทมารดาที่เอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตร ทั้งด้านเวลา เงินค่าจ้างสวัสดิการ ทำให้สามารถเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิดและมีคุณภาพ ย่อมส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมของเด็ก

4. ระดับมหภาคหรือระดับใหญ่ (Macrosystem)

เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่นอกสุดของ ระบบนิเวศวิทยา โดยอยู่ห่างไกลออกจากตัวบุคคลมากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม กฎหมาย การเมือง การปกครอง เป็นระบบที่อยู่ไกลจากตัวบุคคล แต่ก็มีผลต่อการเกิด พฤติกรรมในแต่ละบุคคลเช่นเดียวกัน โดยจะเกิดเป็นมาตรการทางสังคมที่คนในสังคมให้การยอมรับบุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่แตกต่างกัน ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมจากบุคคล ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนเป็นระดับชั้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เทคนิคที่สำคัญในการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติด

1) การจัดการความเครียด

ความเครียด คือ ภาวะที่ร่างกายและจิตใจ เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง บุคคลอาจรับรู้และคิดว่าเป็นเรื่องที่เกินกำลังความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขได้ จึงรู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ ส่งผลให้มีการผิดปกติของร่างกายและพฤติกรรมตามมา

ความเครียดนั้นเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาการคิด การประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง พอจะรับไหว บุคคลก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าคิดว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยได้ ก็จะเครียดมาก

ผลกระทบของความเครียด

ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับหรือว่างเหงา หาวนอนตลอดเวลา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืดเพ้อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย ๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย ๆ แพ้อากาศง่าย

ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว่าเหว ลึนหวัง หมดความรู้สึกลึนสนน

ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ยานอนหลับ จู้จี้ขี้น ขวนพะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เจ็บข้อม เก็บตัว ความเครียด เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน การงาน ครอบครัว การเรียน สุขภาพ มลพิษ สิ่งแวดล้อม ความขัดแย้ง ระหว่างบุคคล ปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด
2. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล คนที่มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย เอาจริงเอาจังกับชีวิตและใจร้อน นอกจากนี้คนที่รู้สึกกว่าตัวเอง มีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น คู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทที่ไว้วางใจกันได้ ก็จะมี ความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง

แนวทางในการจัดการกับความเครียด มีดังนี้

1. หมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด ทั้งนี้อาจใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. เมื่อรู้ตัวว่าความเครียดเกิดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ปัญหาให้ได้อย่างรวดเร็ว
3. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นแง่บวก
4. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย
5. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

แบบประเมินความเครียด (ST5)

เป็นแบบที่ใช้วัดระดับความเครียด ซึ่งความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่พอเพียง หนี้สิน ภัยพิบัติต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วยเป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์ และโทษหากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้นั้นได้ เป็นแบบทดสอบที่บุคคลสามารถประเมินด้วยตนเอง มี 5 ข้อ และแต่ละข้อมีคำตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งการแปลผล จะแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ เครียดน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถของคนที่มีอยู่ในตัวเอง และนำมาใช้ เมื่อต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรค หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้คนเราสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต หรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้และอาจพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสโดยสามารถยกระดับความคิดจิตใจและการดำเนินชีวิต ในทางที่ดีขึ้นหลังเหตุการณ์ผ่านพ้นไป โดยมีการฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ดี สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ และก้าวผ่านไปได้อย่างแข็งแกร่งสามารถทำได้โดยสร้างความรู้สึกรับรู้ว่าคุณเป็นสำคัญของครอบครัวและสังคม รู้สึกว่าตนเองได้รับความรักความห่วงใยและกำลังใจอยู่เสมอ ปลูกฝังความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมีส่วนร่วมในการคิดการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อค้นหาตัวเองสร้างเป้าหมายในอนาคต ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ฝึกพูดคุยเล่าความรู้สึกนึกคิดระบายความทุกข์ใจไม่เก็บกดไว้

แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Grotberg, 1995)

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience)

คือ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง

องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 ประการ

1. I have การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในจิตใจ ได้แก่

- มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่สามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้
- มีคนที่คอยบอก/สอน/ตักเตือนถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการทำอะไรต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง
- มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ มีคนรอบข้างที่ทำให้เห็นว่าการกระทำที่ถูกที่ควรนั้นเป็นอย่างไร
- มีคนที่พร้อมที่จะให้กำลังใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง มีบุคคล/แหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา
- มีแหล่งให้ตนเองรับการบริการ/สวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย
- มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง

2. I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือ ความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่

- เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้
- เป็นบุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง
- เป็นบุคคลมีพื้นอารมณ์ดี
- รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้รอบข้าง
- พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น
- พร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำและยอมรับผลของการกระทำนั้น
- คิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง
- มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ
- มีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

3. I can ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่

- จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม
- หาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่
- มุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ
- บอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกของตนเอง
- ขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ
- รู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพ (Relationship) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำความรู้จักกันติดต่อสัมพันธ์ สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมกัน บุคคลที่สัมพันธ์กันจะได้รับผลกระทบจากกันและกันสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการทำความเข้าใจและติดต่อสื่อสารโดยที่มีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ โดยเน้นความคิด ประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการปัญหาเองได้ในช่วงระยะเวลาที่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดอย่างชัดเจน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ/พยาบาลและ

ผู้รับบริการ / ผู้ป่วยโดยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเยียวยา (Healing) ความงอกงามภายใน (Personal growth) รวมทั้งเพื่อการป้องกันความเจ็บป่วยโดยสัมพันธ์ภาพเกิดขึ้นและคงอยู่โดยเน้นที่ความต้องการของผู้รับบริการ เป็นสัมพันธ์ภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด เกิดจากการเคารพ การร่วมมือกันและต่างได้รับการพัฒนาจากสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดนั้นด้วย สัมพันธ์ภาพนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง ได้รับการเคารพนับถือและมีคุณค่าทั้ง ๆ ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือหรืออยู่ในภาวะที่ยากลำบาก

สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic Nurse-Patient Relationship)

เป็นกระบวนการในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ให้กลับมาอยู่ในโลกแห่งความจริง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง สามารถตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง เพื่อการยอมรับและนับถือตนเอง เข้าใจและยอมรับในเอกลักษณ์แห่งตน ปรับปรุงตนเองให้มีความผสมผสานในความคิด ความรู้สึกและการกระทำ
- พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพของตนเองและการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม
- สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีพัฒนาการทางอารมณ์และวุฒิภาวะอันนำไปสู่การแสดงออกอย่างเหมาะสม

ระยะของสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Phases of nurse-client relationship)

ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะเริ่มต้น (Orientation) เป็นระยะแรกของการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

ระยะระบุปัญหาและความต้องการบริการ (Identification) เป็นระยะที่ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาของตน สามารถระบุความช่วยเหลือและบริการที่ต้องการได้

ระยะการแก้ปัญหาและใช้ประโยชน์จากแหล่งช่วยเหลือ (Exploitation) เป็นระยะที่ผู้รับบริการเรียนรู้ถึงบริการที่มีอยู่สำหรับเขารวมถึงช่องทางต่างๆ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองในการปฏิบัติตนให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้

ระยะปัญหาคลี่คลายและยุติสัมพันธ์ภาพ (Resolution) เป็นระยะที่ปัญหาได้คลี่คลายลง และความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองผ่านความพยายามในการทำงานร่วมกันของพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ มีการพัฒนาและเติบโตขึ้น

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ

ความวิตกกังวล

พบบ่อยที่สุดที่เกิดขึ้นทั้งพยาบาลและผู้ป่วย/ครอบครัว

ผู้ป่วย/ครอบครัว

- การเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน บางเรื่องอาจได้รับการรับรู้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัว

พยาบาล

- ขาดความมั่นใจในการสนทนากับผู้ป่วย/ครอบครัว
- ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยา
- ขาดความมั่นใจว่าจะสามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วย/ครอบครัวได้

แนวทางการแก้ไขปัญหา

เตรียมตัวให้พร้อมตั้งแต่ก่อนการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสร้างบรรยากาศผ่อนคลายในการสนทนา

การทดสอบจากผู้ป่วย/ครอบครัว

เนื่องจากไม่มั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถช่วยเหลือหรือเป็นที่ไว้วางใจได้ ดังนั้น ผู้ป่วย/ครอบครัว อาจทดสอบพยาบาลได้ โดยการไม่ทำตามคำแนะนำ ขอตัวสิ้นสุดก่อนจบการสนทนา

แนวทางแก้ไขปัญหา

แสดงการยอมรับในฐานะบุคคลอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้การยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้เวลา และให้ความเสมอต้นเสมอปลายการต่อต้านไม่ยอมรับการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลอาจเป็นเพราะประสบการณ์เดิม เพื่อ การตอบคำถามซ้ำ ๆ ไม่ต้องการให้มีใครล่วงรู้เรื่องราวที่เก็บไว้ในใจ การแสดงออกอาจเป็นการปฏิเสธโดยตรงว่าไม่ต้องการพูดคุยติดต่อดูสารด้วยการตอบสั้น ๆ ห้วน ๆ หรือเงียบเฉยไม่สนใจ

แนวทางแก้ไขปัญหา

- ให้การยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ให้เวลาให้ความเสมอต้นเสมอปลายและความอดทน

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในระยะดำเนินการแก้ปัญหา

พยาบาลอึดอัดและกังวลใจในการใช้เทคนิคการสนทนาและความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วย

แนวทางแก้ไขปัญหา

เตรียมตัวให้พร้อม ปัญหาบางปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันทีทันใดต้องใช้ระยะเวลา หมั่นฝึกฝนหาความรู้เพิ่มเติม

พยาบาลไม่เข้าใจหรือไม่เห็นปัญหาของผู้ป่วย

แนวทางแก้ไขปัญหา

- รับฟังอย่างตั้งใจและเข้าอกเข้าใจ
- ควรเชื่อมโยงระหว่างข้อเท็จจริงที่ได้รับมากับความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลเกิดความสงสัยมากกว่าการเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย

แนวทางแก้ไขปัญหา

ต้องมีความตระหนักรู้ในตนเองว่าขณะนี้กำลังทำอะไร มีผลอย่างไรต่อตนเองและผู้อื่น มีหน้าที่และบทบาทอะไร เปลี่ยนความสงสัยเป็นความเข้าใจผู้ป่วย

ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาพยาบาล

แนวทางแก้ไขปัญหา

พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองและของผู้ป่วย โดยที่พยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาของตนเองและแก้ไขปัญหานั้นตามศักยภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการย้าเตือนถึงข้อตกลงตั้งแต่เริ่มตกลงบริการว่าต่างมีบทบาทอะไร

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การป้องกันและแก้ปัญหาความวิตกกังวลจากการพลัดพราก

เตรียมสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตั้งแต่วันแรกของการมีสัมพันธภาพ ย้าเตือนการสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะ ตกลงและย้าเตือนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการมีสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับการแยกจาก แนะนำแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือคลายเครียด ฉบับปรับปรุงใหม่. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=345>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2558.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกิจ เจริญสุข. (2558). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ชูชาติ ตีรรมย์. (2548). แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- ดารณี จงอุดมการณ์. (2558). การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: สายรุ้งกิจ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์.
- สายสมร เฉลยกิตติ และ นริสา วงศ์พนารักษ์. (2558). ครอบครัวบำบัด : การให้การปรึกษา และการเสริมสร้างพลังการคิดเชิงบวกในครอบครัว. วารสารพยาบาลทหารบก. 16(1). ม.ค. - เม.ย : 14-21.
- สุริยา ฟองเกิด, สรวงทิพย์ ภู่อุษา และสปีตระกุล ตันตลานุกุล. (2559). บทบาทพยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวบนพื้นฐานพัฒนาการครอบครัว. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ. 20 (39). กรกฎาคม - ธันวาคม : 133-142.
- Duvall, E. M. (1977). Marriage and Family Relationships. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Elder, R., Evans, K., Nizette, D., & Trenoweth, S. (2014). Mental Health Nursing: A Manual for Practice. UK: Elsevier.
- Keltner, N. L., & Steele, D. (2015). Psychiatric Nursing (7th ed). China: Mosby.

5

วิชาสัมมนาทางการพยาบาลในประเด็นคัดสรร ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสัมมนา

นางเนาวรัตน์ เกษมพร : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

การสัมมนา เป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการเรียนรู้วิธีการสัมมนา ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจ การร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ ปรัชญาและเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม เพื่อหาทางออกของปัญหาร่วมกัน สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันด้วยกันสื่อสาร ซึ่งเป็นที่มาของคำว่า สัมมนา

1. ความหมายของการสัมมนา

คำว่า “สัมมนา” ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะ ได้แก่ คณะกรรมการบัญญัติศัพท์ของกรมสามัญศึกษา (วิสามัญศึกษา) เดิมกระทรวงศึกษาธิการได้ให้ ความหมายของคำว่า “สัมมนา” มาจากคำว่า สำ + มน หรือ สำ+ มนา เท่ากับ สัมมนา ซึ่งแปลว่า การร่วมใจกัน การประชุมร่วมกัน เพื่อขบคิดปัญหาโดยอาศัยการค้นคว้าเป็นหลักฐาน (www.fineart.msu.ac.th)

การสัมมนา หมายถึง คำเรียกในการชุมนุมของผู้คนจำนวนหนึ่ง มีจุดประสงค์เพื่อใช้ในการอภิปรายหัวข้อ ซึ่ง จะใช้ในการบรรยาย โดยหัวข้อนั้นจะมีการเตรียมล่วงหน้า ให้ผู้ร่วมสัมมนาได้รับรู้กันอยู่ก่อนแล้ว โดยการสัมมนา ทางวิชาการดังกล่าว จะแบ่งออกเป็นช่วงโต้ตอบ โดยถกกันเรื่องหัวข้อซึ่งกำลังถูกบรรยายอยู่บนเวที โดยมีผู้บรรยาย เป็นเสมือนผู้นำ 1 คนเป็นหลัก และประกอบด้วยพิธีกร 2 คน ทำให้การบรรยายเป็นไปอย่างราบรื่น เพื่อนำทางการ สนทนาไปตามเส้นทาง (www.dcbstdcon.org) สมคิด แก้วสนธิ และสุนันท์ ปัทมาคา (2545) กล่าวว่า การสัมมนา เป็นการจัดในเรื่องลักษณะอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ หรือเป็นการระดมความคิดเรื่องใด เรื่องหนึ่ง เหมาะสมสำหรับกรณีที่มีผู้เข้าร่วมสัมมนามีประสบการณ์ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีความเท่าเทียมกันในการ แสดงความคิดเห็น ไม่มีวิทยากร มีแต่ผู้สัมมนาจากผู้เข้าร่วมสัมมนาดูด้วยกัน เพื่อเป็นตัวแทนในการรายงานการอภิปราย และดำเนินการสัมมนาไปตามตาราง ที่กำหนดไว้ ราชบัณฑิตยสถาน (2546) การสัมมนาเป็นการประชุมรูปแบบหนึ่ง ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และหาข้อสรุป หรือข้อเสนอแนะในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผลสรุปที่ได้ถือว่าเป็นเพียงข้อเสนอแนะ ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้องจะนำไปปฏิบัติตามหรือไม่ก็ได้ ไพพรรณ เกียรติโชติชัย (2548) การสัมมนา คือการที่กลุ่มบุคคลได้ร่วมใจพยายามแสวงหาความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วพยายามแลกเปลี่ยนความรู้ความคิด ที่แต่ละคนศึกษามาเพื่อหาแนวทาง หาข้อสรุปในเรื่องนั้นๆ ทำให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาสามารถใช้ความรู้จากการสัมมนา ไปปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การสัมมนา หมายถึง การประชุมเพื่อแสวงหาความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การประชุม ร่วมกันและความคิดเห็น โดยมีวัตถุประสงค์หรือการศึกษาในเรื่องเดียวกัน รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข และหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมร่วมกัน ดังนั้น เป็นการฝึกทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ การ วิเคราะห์ปัญหา และการเสนอแนวทางแก้ไข การแสดงออกโดยการพูด การสนทนาการอภิปรายที่เกี่ยวกับเนื้อหา ของเรื่อนั้น ๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปขอแนวทางที่มีความเป็นไปได้ โดยวิธีการปรึกษาหารือร่วมกัน

2. ความสำคัญของการสัมมนา

พื้นฐานของการสัมมนา คือ กระบวนการเรียนรู้หรือการแก้ปัญหา โดยอาศัย กระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกันในระหว่างผู้เข้าร่วมสัมมนา และนำผลที่ได้จากการ สัมมนามาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ใหม่ สัมมนามีบทบาทสำคัญต่อองค์การในกระบวนการพัฒนาบุคลากรและพัฒนา ทรัพยากรของหน่วยงาน เพื่อให้มีการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ การสัมมนาถูกนำมาใช้ ในการประมวลองค์ความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ โดยการประชุมพบปะ พูดคุย บรรยาย ชักถาม อภิปราย ระดมความคิดเห็น ทั้งผู้นำเสนอวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญ และผู้ร่วมการ สัมมนา ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นหนทางของการหาข้อสรุป อันจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ ที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและทรัพยากรอื่น ๆ ให้ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผศ.ดร.อินทิรา รอบรู้ 3.1 ความหมายและความสำคัญของการสัมมนา(www.eledu.ssru.ac.th/intira_ro/file.php)

กระบวนการดำเนินงานที่ดี ควรจะมีการวางแผนก่อนการปฏิบัติงาน และการตัดสินใจที่เหมาะสมโดยการคิดร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปที่ดีที่สุด แต่ละเรื่องอาจใช้วิธีการประชุม การสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงถือว่าการประชุมมีความสำคัญ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะ ดังนี้

เกษการดา สุภาพพจน์ (2549) กล่าวว่า การประชุมมีความสำคัญ เป็นการแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติงาน เสนอแนวคิดการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ นั้น จะต้องมีการปรึกษาหารือเป็นหมู่คณะ เพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือแนวทางที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลโดยส่วนรวม หรือเป็นความชอบของคนส่วนใหญ่ในกลุ่ม จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้องค์กรมีความเข้าใจตรงกัน และลดความขัดแย้ง ตัดสินใจการกำหนดนโยบาย การลงมติ การริเริ่มสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ การวิจัย และ การแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยเหตุที่การประชุมมีความสำคัญ เราจึงต้องใช้การประชุมให้เกิดประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่สำคัญผิดว่าเมื่อมีการประชุมก็เพียงพอแล้ว

1. เป็นการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว เมื่อบุคลากรได้มาพบปะคุยแบบเผชิญหน้า ประชุมโต้ตอบกันทันทีทันใด ทำให้ความเข้าใจกันได้ในเวลาอันสั้น ไม่ต้องเสียเวลาในการสื่อสารมาก
2. เป็นการระดมความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หาข้อสรุปหรือแนวทางในการตัดสินใจ ให้บรรลุตามเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อย่างดี
3. เป็นสื่อกลางในการพบปะแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้ ฯลฯ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องจะมีโอกาสชี้แจงข้อซักถาม ข้อสงสัยได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมแรงร่วมใจ มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานนั้น ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการปรับตนเองให้เข้ากับผู้อื่นและทราบข่าวสารเรื่องราวความเคลื่อนไหวในกิจการต่าง ๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้อง
4. เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานและการถ่ายทอดความรู้ข่าวสารต่าง ๆ เช่น การประชุมชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายต่างๆของหน่วยงานหรือการประชุมทางวิชาการ

ผล ยาวิชัย (2553) กล่าวว่า การปฏิบัติงานชีวิตประจำวันปัจจุบันต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความสัมพันธกับการเปลี่ยนแปลง มีการแข่งขันด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสูง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ การบริหารจัดการองค์กรตลอดเวลา มีความจำเป็นต่อการประกอบอาชีพของบุคคลทั่วไป มีบทบาทอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม การเมืองและเทคโนโลยีของประเทศ การดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพจำเป็นที่จะต้องมีการแข่งขันในทุก ๆ ด้าน โดยมุ่งหวังที่จะให้อาชีพที่ตนยึดถือปฏิบัติมีความเจริญรุ่งเรือง เป็นที่นิยมชมชอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสิ่งที่ตามมาคือ 1. ชื่อเรื่องสัมมนา 2. วัน เดือน ปี ที่จัดสัมมนา 3. สถานที่จัดสัมมนา

3. ผลที่ได้จากการสัมมนา

เป็นสิ่งที่ผู้จัดสัมมนาได้คาดหวังว่าการจัดสัมมนาจะทำให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้รับประโยชน์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จึงเป็นเรื่องที่ผู้จัดสัมมนาจะต้องมีการกำหนดผลที่คาดว่าจะได้รับการสัมมนาไว้ด้วย ตัวอย่างเช่น ผลที่ได้ รับความรู้การสัมมนา ผู้เข้าร่วมสัมมนา ได้รับความรู้ความสามารถนำเอาความรู้ที่ได้จากการสัมมนาไปพัฒนางานที่ตน ปฏิบัติอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. องค์ประกอบของการสัมมนามีดังนี้

4.1 ด้านบุคลากร หมายถึง บุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดสัมมนาแต่ละครั้งจะประกอบไปด้วยบุคลากร ดังนี้

1. บุคลากรฝ่ายจัดสัมมนา หรือคณะกรรมการจัดสัมมนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คณะกรรมการอาจ แบ่งฝ่ายออกเป็นฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ประธาน รองประธาน เลขานุการ ฝ่ายทะเบียน ฝ่ายเอกสาร ฝ่ายเหรียญกษาปณ์ ฝ่ายพิธีการ ฝ่ายอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ สื่อทัศนูปกรณ์ ฝ่ายอาหารและเครื่องดื่ม ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายปฏิคม และฝ่ายประเมินผล คณะกรรมการแต่ละฝ่ายที่กำหนดขึ้น อาจจะมีการผนวกรวมกันบางฝ่ายงานเข้าด้วยกัน ส่วนจำนวนบุคลากรที่จัดให้รับผิดชอบแต่ละฝ่ายอาจมีจำนวนที่ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับความจำเป็น ความสามารถ ของบุคคล เพราะว่าบางงานบางฝ่ายบุคลากรมีความสามารถหลายด้านก็สามารถปฏิบัติงานได้หลายอย่างในเวลา เดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามการออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการต้องลงนามคำสั่งแต่งตั้งโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุด ของหน่วยงาน หรือองค์กรนั้น ๆ

2. วิทยากรคือบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้บรรยาย ผู้นำอภิปราย และเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ โดยนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ นำเสนอให้กับผู้เข้าร่วมสัมมนาด้วยความมุ่งหวังที่จะให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้รับความรู้และ ประสบการณ์อย่างเต็มที่ ดังนั้นวิทยากรจึงเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีความสามารถ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้านใดด้านหนึ่งหรือเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่องที่ใช้ในการ สัมมนานั้น ๆ

3. ผู้เข้าร่วมสัมมนา ได้แก่บุคคลที่มีความสนใจใฝ่รู้ในปัญหาหรือประสบปัญหาต้องการแสวงหา แนวความคิดใหม่ๆ หรือมีความมุ่งหมายต้องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพื้นฐาน ความรู้และปัญหาที่สนใจจะศึกษาค้นคว้าคลึงกัน

4.2 องค์ประกอบด้านสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้สัมมนา ควรมีดังนี้

1. ห้องประชุมใหญ่ หมายถึงห้องประชุมขนาดใหญ่ที่ใช้ในการสัมมนา กำหนดที่นั่ง สามารถบรรจุ ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้จำนวนมาก ควรระบุสถานที่ตั้ง และการเดินทางเข้าถึงสถานที่จัดสัมมนา

2. ห้องประชุมขนาดกลางหรือขนาดเล็ก อาจต้องมีมากกว่าหนึ่งห้อง ควรอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน หรือบริเวณ เดียวกันกับห้องประชุมใหญ่ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการร่วมกิจกรรมหรือประสานงานหากมีปัญหา และเพื่อความ สะดวกในการเดินทางมายังห้องประชุมใหญ่

3. ห้องรับรอง เป็นห้องที่ใช้สำหรับรับรองวิทยากร แขกพิเศษ เพื่อให้พักผ่อนหรือเตรียมตัวก่อนสัมมนา แต่ถ้าสถานที่มีพื้นที่จำกัด อาจใช้ส่วนหน้าของห้องประชุมจัดวางโต๊ะรับแขก สามารถใช้ประโยชน์บนพื้นที่ดังกล่าวได้

4. ห้องรับประทานอาหารว่างมุมพักผ่อนนอกห้อง หรือหน้าห้องประชุมเป็นพื้นที่จัดไว้สำหรับให้ผู้เข้าร่วม สัมมนา ได้มาพักรวมทั้งเป็นจุดพักรับประทานอาหารว่าง

5. อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ ได้แก่ ชุดไมโครโฟนชนิดตั้งโต๊ะ ชนิดตั้งพื้น ไมโครโฟนไร้สาย ไมโครโฟนชนิด เล็กใช้หนีบติดคอปกเสื้อ เครื่องขยายเสียง เครื่องฉาย โปรเจกเตอร์ โน้ตบุ๊ก และอุปกรณ์ ไฟฟ้าที่เกี่ยวข้องกับเครื่องเสียง สี แสง และอื่น ๆ

6. ห้องรับประทานอาหาร เป็นห้องที่อำนวยความสะดวกจัดไว้สำหรับผู้เข้าร่วมสัมมนาได้ร่วมรับประทานอาหารเป็นทั้งห้องรับประทานอาหารเช้า กลางวันและอาหารเย็นในพื้นที่เดียวกัน

7. อุปกรณ์เครื่องมือ ประเภทเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องปริ้นเตอร์ และวัสดุอื่นๆที่จำเป็นในการจัดทำเอกสารประกอบคำบรรยายเอกสารสรุปการจัดสัมมนา ตลอดจนเอกสารและแบบฟอร์มอื่น ๆ ที่ใช้ในการสัมมนา

8. อุปกรณ์ด้านเครื่องเขียนเครื่องใช้สำนักงานที่มีความจำเป็นมีไว้ใช้ ได้แก่ ดินสอ ปากกาสำหรับเขียน กระดานไวท์บอร์ด น้ยาาลบคำผิด กระจกถ่ายเอกสาร กระดาษใช้พิมพ์งาน เครื่องเขียน ไม้บรรทัด คลิปเสียบ ป้ายชื่อ ติดหน้าอกผู้เข้าร่วมสัมมนาคณะกรรมการแต่ละฝ่าย ฯลฯ อุปกรณ์เหล่านี้ควรติดไว้ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ทันทีที่ต้องการ

4.3 องค์ประกอบด้านเวลา การกำหนดเวลาสำหรับการสัมมนา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง ผู้จัดการสัมมนาควรวางแผนให้คิดว่าควรจะใช้วันใดเวลาใด ดำเนินการจัดการสัมมนาจึงจะเหมาะสม

5. รูปแบบการอภิปรายมีดังนี้

5.1 การอภิปรายแบบโต้เถียง (Debate) เป็นการอภิปรายแบบโต้แย้งกันอย่างมีเหตุผลโดยมีผู้ค้านฝ่ายหนึ่งและผู้เสนออีกฝ่ายหนึ่ง หาเหตุผลมาหักล้างความคิดซึ่งกันและกัน ฝ่ายใดมีเหตุผลดีกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง ฝ่ายมีเหตุผลกว่าก็จะได้รับชัยชนะ โดยมีประธานเป็นผู้ตัดสินวิธีนี้ส่วนมากใช้ในการประชุมเรื่องสำคัญหรือใช้ในที่ประชุมสภา

5.2 การอภิปรายในชุมชน มีลักษณะของการจัดการหลายแบบดังนี้

1. การอภิปรายแบบพาเนล (Panel discussion) การอภิปรายแบบนี้จะให้สมาชิกประมาณ 3 คน 6 คน หรือ 8 คน ผู้พูดจะมีความรู้โดยทั่วไป อภิปรายหรือพูดในปัญหาอย่างเดียวกันโดยผู้พูดเป็นผู้ที่ศึกษาหาความรู้ค้นคว้าหาหลักฐานข้อเท็จจริงมาพูดต่อหน้าผู้ฟัง เป็นการสนทนาอย่างเป็นกันเอง โดยมีผู้ดำเนินการเป็นผู้เขียนให้ผู้อภิปรายแสดงความรู้ ความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ สำหรับตอนท้ายของการอภิปรายควรเปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้ร่วมอภิปรายด้วยการอภิปรายแบบนี้เหมาะสำหรับการแยกแยะประเด็นปัญหา และผู้อภิปรายทุกคนจะเป็นผู้ศึกษาหาความรู้ค้นคว้าข้อเท็จจริงในเรื่องที่จะอภิปรายมาก่อนแล้วมาพูดให้ผู้ฟังฟังการพูดของผู้อภิปรายแต่ละคนจะเป็นการพูดตามทัศนของตน การอภิปรายแบบนี้นิยมใช้กันมากในองค์การที่เป็นขอรับและเอกชนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวงการการศึกษา วิธีดำเนินการอภิปรายมีดังนี้

1. พิธีกรดำเนินการตามกำหนดการ โดยเชิญประธานเปิดการสัมมนาหลักจากนั้น พิธีแนะนำหัวข้อที่จะดำเนินการสัมมนาและผู้ร่วมดำเนินการอภิปรายทุกคน

2. เริ่มดำเนินการอภิปราย โดยเปิดโอกาสให้ผู้อภิปรายแสดงความคิดเห็นระหว่างผู้อภิปรายด้วยกันเอง โดยพิธีกรเป็นผู้สรุปแต่ละตอน

3. การจัดสถานที่การสัมมนา ควรจัดเวทียกพื้นและมีโต๊ะสำหรับวางเอกสารและวัสดุต่าง ๆ ให้แก่ผู้อภิปรายโดยจัดเป็นลักษณะแถวเดียวหรือรูปโค้งเล็กน้อย

5.3 การอภิปรายแบบซิมโปเซียม (Symposium Discussion) การอภิปรายนี้เป็นการอภิปรายทางวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ โดยผู้อภิปรายแต่ละคนจะเตรียมค้นคว้าหาความรู้ข้อเท็จจริง เฉพาะตอนหนึ่งตอนใดของเรื่องมาอภิปรายตามที่ได้ตกลงกันไว้ ผู้อภิปรายแบบนี้จะเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือชำนาญการด้านใดด้านหนึ่ง ส่วนผู้ดำเนินการอภิปรายจะมีหน้าที่เชื่อมโยงเรื่องต่าง ๆ ให้ต่อเนื่องประสานกันให้เป็นไปด้วยดีตลอดระยะเวลาของการอภิปราย หน่วยงานที่ใช้การอภิปรายแบบนี้กันมาก ได้แก่ หน่วยงานทางการศึกษา แพทย์ ทหาร ธุรกิจการจัดสถานที่ วิธีการดำเนินการอภิปรายเหมือนกับการอภิปรายแบบพาเนล แตกต่างกันเพียงแต่ว่าการจัดอภิปรายแบบซิมโปเซียมมีลักษณะเป็นวิชาการที่ให้ความรู้ซึ่งมากกว่า การอภิปรายแบบซิมโปเซียมนี้บางครั้งมักเรียกว่า “ชุมชนปราชญ์”

เพราะมีลักษณะคล้ายผู้อภิปรายมาบรรยายโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขามาอภิปรายให้ความรู้แก่ที่ประชุม ผู้อภิปรายจะใช้เวลาประมาณคนละ 10-15 นาที เป็นอย่างน้อยและเวลาการอภิปรายแบบนี้ไม่ควรเกิน 2-3 ชั่วโมง มีการดำเนินการอภิปราย มีดังนี้

1. พิธีกรเชิญประธานเปิดการอภิปราย จากนั้นแนะนำหัวข้อที่บรรยายและพิธีกร ภูมิหลังของวิทยากรแต่ละท่าน

2. เริ่มการบรรยายโดยพิธีกรประธานจะเป็นผู้เชื่อมโยงการบรรยายของวิทยากรแต่ละท่านและสรุปบางตอนที่มีเนื้อหาประทับใจเป็นพิเศษและคอยประสานงานให้การบรรยายดำเนินไปตามหัวข้อ และวัตถุประสงค์ที่วางไว้ หรือพิธีกรอาจจะหาเลขานุการ เพื่อช่วยในการเตรียมการและประสานงานด้านต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดความคล่องตัว

3. การจัดที่นั่งสำหรับผู้บรรยาย ควรจัดให้สูงกว่าผู้ฟังเพื่อให้ผู้ฟังมองเห็นผู้บรรยายอย่างชัดเจน

แบบพาเนล แบบซิมโปเซียม

1. ลักษณะการจัดเป็นกันเอง
2. วัตถุประสงค์ในการอภิปรายจะเป็นความรู้ทั่วไป
3. จำนวนคนในการอภิปราย 3-8 คน
4. ผู้ฟังได้รับความรู้ทั่วไป
5. ผู้ร่วมอภิปรายมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันได้อย่างเสรี

แบบซิมโปเซียม

1. ลักษณะการจัดเป็นทางการมากกว่า
2. ผู้อภิปรายจะเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความรู้เฉพาะด้าน
3. จำนวนคนประมาณ 2-5 คน
4. ผู้ฟังได้รับความรู้อย่างกว้างขวางละเอียดเพราะเป็นการรวบรวมผู้อภิปรายที่เชี่ยวชาญหลาย ๆ ด้านมาไว้ด้วยกัน
5. ผู้ร่วมอภิปรายมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันน้อยมากหรือไม่มีเลยเพราะต่างพูดในเรื่องที่ตนถนัด จะเห็นความแตกต่างระหว่างการอภิปรายแบบพาเนลและแบบซิมโปเซียม

2. การอภิปรายแบบปุจฉา-วิสัชนา (Colloquy) การอภิปรายแบบนี้ในประเทศไทยมักจะเรียกว่า อภิปรายแบบปุจฉา-วิสัชนาหรือ บางครั้งก็เรียกว่าการอภิปรายแบบโต้ปัญหาระหว่างกลุ่มวิทยากร กับกลุ่มผู้พูดผู้ฟังสามารถซักถามสามารถซักถามได้อย่างใกล้ชิดซึ่งเป็นการแก้ไขข้อข้องใจระหว่างกลุ่มคนทั้งสองกลุ่มได้เป็นอย่างดี วิธีการดำเนินการอภิปราย มีดังนี้

1. แบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ถามซึ่งเป็นผู้ฟัง และกลุ่มผู้ตอบซึ่งเป็นนักวิทยากร
2. จัดให้กลุ่มผู้ถามและกลุ่มวิทยากรนั่งคนละด้านโดยผู้ดำเนินการอภิปรายคอยควบคุมการซักถามระหว่างบุคคลทั้งสองกลุ่ม
3. เมื่อมีการโต้ปัญหา ผู้ดำเนินการอภิปรายควรสรุปปัญหาเรื่องๆหรือเป็นประเด็นไป
4. ผู้ดำเนินการอภิปราย จะต้องเป็นผู้สรุปการอภิปรายหลังจากเสร็จสิ้นการโต้ปัญหาแล้ว รวมทั้งสรุปผลการอภิปรายปัญหาต่าง ๆ ที่ได้ตอบกันมาแล้วด้วย

5.4 การอภิปรายแบบนี้ผู้ดำเนินการจะต้องมีความสามารถในการควบคุมรายการอภิปรายได้ดี ตลอดจนควบคุมเวลาในการพูดอย่างเคร่งครัด และการอภิปรายแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

รูปแบบการจัดสัมมนาโดยใช้เทคนิคอื่นๆ

1. การบรรยาย (Lecture of Speech) เป็นวิธีการที่เก่าแก่แต่ยังคงเป็นที่นิยมใช้กันอยู่มาก เพราะว่าจัดได้รวดเร็ว ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิเพียงรายเดียวต่อผู้ฟังจำนวนมาก แต่ก็ยังเป็นเทคนิคที่น่าเบื่อที่สุดสำหรับผู้ฟังหรือผู้ที่เข้าอบรม เพราะเป็นการพูดในทิศทางเดียวผู้ฟังไม่มีโอกาสได้ร่วมในการบรรยาย ซึ่งจุดอ่อนที่จริงไม่ได้อยู่ที่วิธีการแต่จะอยู่ที่บรรยายซึ่งจะต้องรู้จริงในเรื่องนั้นๆ จึงจะสามารถถ่ายทอดออกมาได้เข้าใจและสร้างความสนใจแก่ผู้ฟัง

2. การอบรมระยะสั้น (Short Courses) เป็นการฝึกอบรมหรือการเรียนบางวิชาอย่างเร่งรัด ภายในระยะเวลาอันสั้นอาจเป็นตั้งแต่ 1 วันถึง 2 สัปดาห์การเรียนเป็นแบบง่ายๆและเข้มข้นน้อย การเรียนระยะสั้นมักจะเป็นการเรียนรู้เพิ่มเติม ในวิชาเฉพาะสาขาของคนบางกลุ่มซึ่งทำงานในสาขานั้น ๆ เป็นประจำ ตัวอย่างเช่น short courses เช่น เรื่องการธนาคารของนายธนาคาร

3. การปฐมนิเทศ (Orientation Training) เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกใหม่เกี่ยวกับเรื่องราวของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอาจจะเป็นนโยบาย วัตถุประสงค์ สภาพแวดล้อม หรือระเบียบข้อบังคับของหน่วยงาน ลักษณะการจัดก็คล้ายกับการสัมมนาอบรมสมาชิกมีความคุ้นเคยและรู้จักหน่วยงานดียิ่งขึ้น แต่การปฐมนิเทศมีเวลาจำกัด บางครั้งสมาชิกก็ได้รับข้อมูลน้อยเกินไป

4. การสาธิต (Demonstration) เป็นการแสดงหรือนำของจริงมาแสดงวิธีการให้ได้เห็นการปฏิบัติจริงเหมาะกับงานกลุ่มเล็กๆ นิยมใช้กับหัวข้อวิชาการที่การปฏิบัติ เช่น การอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ

5. สถานการณ์จำลอง (Simulation) เป็นการจำลองสถานการณ์ในชีวิตจริง โดยจัดสถานการณ์ขึ้นแล้วกำหนดบทบาทของสมาชิกให้ทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย โดยสมาชิกทั้งกลุ่มต้องร่วมกันเล่นหรืออาจจะแบ่งเป็นกลุ่มเล็ก ๆ หลายกลุ่ม หลังจากนั้นก็มีกรอภิปรายสถานการณ์และเหตุการณ์เพื่อนำผลไปใช้ประโยชน์ **ข้อดี**ของการประชุมแบบนี้ คือ เป็นการสมาชิกได้แสดงออกและร่วมกิจกรรมกันช่วยให้สมาชิกได้รู้จักคิดอย่างมีเหตุผลและมีจุดหมาย **ข้อเสีย** คือ ต้องมีการเตรียมตัวทำให้เสียเวลาและประเมินผลสมาชิกแต่ละคนไม่ได้

6. การแบ่งกลุ่มเล็ก (Knee Group) เป็นการอภิปรายกลุ่มย่อยตั้งแต่ 3- 5 คน ในเรื่องใด ๆ ที่กำหนดให้หรือเรื่องที่สนใจร่วมกันเพื่อสรุปผล แนวทางการแก้ปัญหา แสวงหาข้อยุติภายใต้การนำของประธานกลุ่ม มีเลขานุการเป็นผู้บันทึก และสรุปข้อเสนอแนะลักษณะการสัมมนาที่ดี

1. ผู้เข้าร่วมสัมมนาทราบวัตถุประสงค์ของการสัมมนา
2. จัดให้มีกิจกรรมในการแก้ปัญหาร่วมกัน
3. จัดให้มีกิจกรรมในการเรียนรู้ร่วมกัน
4. จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น และข้อเท็จจริงร่วมกัน
5. ผู้เข้าร่วมสัมมนามีทัศนคติที่ดีต่อปัญหา ข้อเท็จจริง ผู้เข้าร่วมสัมมนา และตนเอง
6. ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องใช้ความคิดร่วมกันในการแก้ปัญหา
7. มีผู้นำที่ดี
8. ผู้เข้าร่วมสัมมนาเป็นผู้ฟังที่ดี
9. ผู้เข้าร่วมสัมมนาเป็นผู้พูดที่ดี
10. ผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกคนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการประชุมสัมมนาเพื่อให้งานสัมมนาบรรลุเป้าหมาย

6. ลักษณะที่ดีของการสัมมนา (www.usciamodalsilenzio.org)

1. กำหนดปัญหา หรือจุดประสงค์ให้ชัดเจนก่อนที่จะทำการจัดงานการสัมมนา และมีหนังสือแจ้งก่อนเพื่อให้ทุกคนได้รับรู้ว่าเราจะจัดสัมมนาเรื่องอะไร
2. ในการสัมมนาควรจะมีการหรือกิจกรรมที่นำมาเสริมเป็นความรู้ให้แก่ผู้ร่วมสัมมนา เพื่อให้ทุกคนมีการพัฒนา ศักยภาพของตนเอง
3. เปิดโอกาส ไม่ปิดกั้นในการแสดงความคิดเห็นของผู้ที่เข้าร่วมสัมมนา
4. ในการสรุปการสัมมนาควรใช้หลักประชาธิปไตย ซึ่งยอมรับในการตัดสินใจในฝั่งข้างมาก
5. ผู้ที่พูดในระหว่างกันสัมมนานั้นจะต้องศึกษาข้อมูลให้ดี สามารถจับใจความทุกความคิดเห็นของผู้ร่วมสัมมนา ให้ได้มากที่สุด

สรุป

จากที่กล่าวมาการสัมมนา ความหมายของการสัมมนา ความสำคัญของการสัมมนา รูปแบบลักษณะที่ดีของการสัมมนา ได้อธิบายอย่างละเอียดสามารถศึกษาได้ เพราะจากปัญหาเกิดขึ้นการสัมมนา การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดสิ่งที่พบวิชาสัมมนาไม่สามารถเรียนต่อเนื่องได้เพราะต้องมีระยะเวลาในการศึกษาค้นคว้า หาความรู้ด้วยตนเอง การจัดการเรียนการสอนเว้นระยะเวลาแทรกวันของแต่ละวิชาทำให้เกิดการเหนื่อยล้า สับสนในการจำทำให้ผู้เรียนไม่ชอบวิชาสัมมนาเพราะคิดว่าเรียนไปแล้วไม่มีประโยชน์ไม่นำไปใช้ในการทำงานจริงประโยชน์หลัก ๆ ของการสัมมนาซึ่งได้ประชุมและปรับให้เข้ากับบริบทของผู้อบรมให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการอบรม

บรรณานุกรม

ผล ยาวิชัย. (2553). สัมมนา. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

www.dcbdscon.org

www.fineart.msu.ac.th

www.usciamodalsilenzio.org

2. เครื่องมือและการเลือกใช้สถิติในการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุชาติ วงศ์อนันต์ :

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

การวิจัย คือ การแสวงหาความรู้ใหม่โดยการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ อันได้แก่ การระบุปัญหา การตั้งสมมติฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูลหรือข้อเท็จจริง การทดลองพิสูจน์ และการสรุปผล ในการศึกษาค้นคว้าเพื่อไขหาคำถามที่ค้นพบมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพยาบาล การวิจัยนับว่าเป็นวิธีการค้นคว้าหาคำตอบในประเด็นปัญหาทางการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัย (Steps in the research process) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ประกอบไปด้วย 13 ขั้นตอน คือ การระบุปัญหาวิจัย (Formulating the research problems) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Reviewing the related literature) การกำหนดกรอบแนวคิดทฤษฎี (Developing the theoretical framework) การระบุตัวแปร (Defining the variables) การตั้งสมมติฐาน (Formulating hypotheses) การออกแบบแผนการวิจัย (Selecting the research design) การระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Specifying the population and sample) การเตรียมเครื่องมือวิจัย (Preparing the research instruments) การวางแผนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล (Planning for data collection) การเตรียมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ (Preparing the data for analyses) การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing the data) การแปลผลและอภิปรายผลการวิจัย (Interpreting and discussing the research results) และ การเขียนรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัย (Writing research reports and disseminating research findings) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล รวมทั้งการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) การบริหารทางการพยาบาล (Nursing administration) และการศึกษาพยาบาล (Nursing education)

การวัด ความคลาดเคลื่อนจากการวัด และประเภทของข้อมูลวิจัย

การที่นักวิจัยมีเครื่องมือที่มีคุณภาพประกอบกับการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมกับตัวแปรที่สนใจศึกษาและสอดคล้องกับแผนการวิจัย นับได้ว่ามีอิทธิพลอย่างมากกับความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยที่ได้รับ เครื่องมือที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในงานวิจัยของตนเองนั้นอาจได้มาจากทั้งเครื่องมือที่มีอยู่แล้วจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะเป็นนำเครื่องมือต้นฉบับมาใช้เลยหรือนำเครื่องมือที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยของตนเองก็ได้ และถ้าผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาตัวแปรหรือมิติใหม่ที่ยังไม่มีการสร้างเครื่องมือวัดไว้เลย การสร้างเครื่องมือใหม่จึงเป็นหนทางเดียวที่เหมาะสมเพื่อที่จะทำให้โครงการศึกษาวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวัด ความคลาดเคลื่อนในการวัด ระดับของการวัด รวมไปถึงประเภทของข้อมูลหรือตัวแปรที่จะวัดบ้างในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ ก็เพื่อที่จะสามารถพิจารณาเลือกหรือสร้างเครื่องมือได้อย่างเหมาะสม

การวัดและความคลาดเคลื่อนจากการวัด

การวัด (Measurement) หมายถึง กระบวนการได้มาซึ่งค่าของสิ่งที่ต้องการวัด โดยค่าที่วัดได้อาจจะเป็นแบบต่อเนื่อง (Continuous) หรือไม่ต่อเนื่อง (Discrete) ก็ได้ เมื่อกล่าวถึงการวัดแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ที่รวมถึงการวิจัยทางการพยาบาล เราจะพบว่าทุกครั้งที่ทำการวัด ย่อมมีความคลาดเคลื่อนจากการวัด (Measurement error) เกิดขึ้นได้เสมอ ดังสมการ ต่อไปนี้

	O	=	T	+	e
	Observe score	=	True score	+	Error score
	ค่าที่ได้จากการสังเกต หรือ ค่าที่วัดได้	=	ค่าคะแนนจริงของสิ่งที่วัด	+	ค่าความคลาดเคลื่อนจากการ วัด

จากสมการ จะเห็นได้ว่า เมื่อค่าความคลาดเคลื่อน (Error score) ยิ่งเข้าใกล้ศูนย์ (0) มากขึ้นเท่าใด ค่าที่ได้จากการสังเกตหรือค่าที่วัดได้ (Observe score) ก็จะยิ่งเข้าใกล้ค่าคะแนนจริงของสิ่งที่ต้องการวัด (True score) มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งความคลาดเคลื่อนสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบสุ่ม (Random measurement error) และ ความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบมีระบบ (Systematic measurement error) โดยที่ความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบสุ่ม หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนจากการวัดที่เกิดขึ้นแบบไม่คงที่ เช่น การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย โดยการใช้แบบประเมิน Braden's Scale ของพยาบาลจำนวน 3 คน ซึ่งค่าคะแนนที่ได้จากการวัดอาจแตกต่างกันออกไปในลักษณะที่ไม่คงที่ ในการวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผลรวมของความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบสุ่มจะไม่เท่ากับศูนย์ (0) อย่างไรก็ตาม หากขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นหรือเข้าใกล้ขนาดของประชากร ผลรวมของค่าความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบสุ่มจะมีแนวโน้มลดลงจนเข้าใกล้ศูนย์และเท่ากับศูนย์ (0) ถ้าขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับประชากร ในส่วนของความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบมีระบบ หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนจากการวัดที่เกิดขึ้นแบบคงที่หรือสม่ำเสมอในทุกๆ ครั้งที่วัด ซึ่งค่าที่วัดได้อาจจะมากหรือน้อยกว่าค่าคะแนนจริงของสิ่งที่วัดก็ได้ โดยที่ค่าผลรวมของความคลาดเคลื่อนจากการวัดแบบมีระบบจะไม่เท่ากับศูนย์ (0) เช่น การชั่งน้ำหนักโดยใช้เครื่องชั่งที่ไม่ได้มาตรฐาน (น้ำหนักที่ได้จากการชั่งจะมากกว่าน้ำหนักตามความเป็นจริง 1 กิโลกรัม ในทุก ๆ ครั้งของการชั่ง) เป็นต้น

นอกเหนือจากความคลาดเคลื่อนจากการวัดทั้งสองประเภทดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น ยังพบว่ามีปัจจัยด้านอื่นๆ อีกที่ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการวัด ได้แก่ เครื่องมือวิจัย (Instrument) การใช้เครื่องมือวิจัยไม่เหมาะสม (Inappropriate method) ผู้วิจัยหรือผู้ใช้เครื่องมือวิจัย (Researcher) และ ปัจจัยด้านกลุ่มตัวอย่าง (Sample) โดยที่ปัจจัยในด้านเครื่องมือ นั้น พบว่า มีสาเหตุมาจากความคลุมเครือ (Ambiguous) และด้อยคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้งในส่วนของค่าความตรง (Validity) และ ความเที่ยง (Reliability) รวมไปถึงการเลือกใช้เครื่องมือวิจัยที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ในส่วนของผู้ใช้เครื่องมือ ก็พบว่า ความไม่พร้อม เช่น อยู่ในภาวะเหนื่อยล้า การขาดทักษะในการใช้เครื่องมือที่มีความสลับซับซ้อน การเข้าใจไม่ตรงกันของทีมวิจัย และแม้กระทั่งการจงใจบิดเบือนข้อมูลที่รวบรวมได้ของผู้วิจัย รวมไปถึงปัจจัยด้านกลุ่มตัวอย่าง เช่น การอยู่ในสถานะที่ไม่พร้อมจะให้ข้อมูล และการจงใจที่จะให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ก็ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการวัดได้ทั้งสิ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องเตรียมการป้องกันและพยายามหาวิธีการที่จะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการวัดในงานวิจัยของตนเองให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งวิธีการที่ว่านั้น มีดังต่อไปนี้ คือ

- การกำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่สนใจศึกษาให้ชัดเจน โดยจะต้องตรงกับแนวคิดและทฤษฎีของตัวแปร และคำถามในแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก็จะต้องสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการนั้นด้วย

- คำชี้แจงและข้อคำถามในแบบสอบถามต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ อ่านเข้าใจง่ายโดยที่สามารถตีความหมายได้ไปในแนวเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่เครื่องมือวิจัยมีขั้นตอนในการใช้ที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้วิจัยควรที่จัดทำคู่มืออย่างละเอียดเพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปในแนวเดียวกัน

- เลือกใช้เครื่องมือวิจัยที่มีความเหมาะสมทั้งกับตัวแปรที่วัดและกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ และที่สำคัญผู้วิจัยจะต้องยึดมั่นในหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัยที่ดี ทำวิจัยโดยปราศจากอคติ ซื่อสัตย์ทั้งต่อตนเองและสังคม และไม่มีความลำเอียงทางวิชาการในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย

ประเภทของข้อมูลวิจัย

ข้อมูล (Data) คือ ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดซึ่งอาจอยู่ในรูปของตัวเลข ข้อความ หรือ ในรูปแบบอื่นๆ ที่ผู้วิจัยรวบรวมมาจากแหล่งต่างๆ หรือ อาจจะสังเกตและ/หรือวัดมาจากกลุ่มตัวอย่างหรือประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อนำมาพิจารณาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ ตีความ อนุมาน และสรุปผลการวิจัยได้ ข้อมูลในการวิจัยสามารถแบ่งออกได้หลายลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่จะนำมาใช้พิจารณา ดังต่อไปนี้

1. ประเภทของข้อมูลวิจัยตามเกณฑ์แหล่งที่มา ข้อมูลในกลุ่มนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) โดยที่ข้อมูลปฐมภูมิ คือ ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดที่ได้จากแหล่งกำเนิดที่แท้จริง โดยที่คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลจะขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้วิจัยที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนของข้อมูลทุติยภูมิ นั่นก็คือ ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดที่ผู้อื่นได้ดำเนินการรวบรวมไว้แล้วก่อนหน้านี้ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องไปเก็บรวบรวมมาอีกต่อหนึ่ง ซึ่งความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลนอกจากจะขึ้นอยู่กับความสามารถของนักวิจัยในการคัดลอกข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ให้ได้มาอย่างครบถ้วนแล้วยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ที่ได้รวบรวมข้อมูลนี้ไว้ตั้งแต่ในครั้งแรก ดังนั้น ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลในระดับทุติยภูมิจึงมีมากกว่าข้อมูลปฐมภูมิ

2. ประเภทของข้อมูลวิจัยตามเกณฑ์ลักษณะของข้อมูล ข้อมูลในกลุ่มนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทเช่นกัน ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณลักษณะหรือเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ข้อมูลที่ผู้วิจัยสังเกตหรือวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ ในขณะที่ข้อมูลเชิงคุณลักษณะหรือเชิงคุณภาพนั้นไม่สามารถระบุออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของสิ่งนั้น เช่น ความคิดเห็น ผลการสังเกตที่เขียนในลักษณะของการบรรยาย เป็นต้น

3. ประเภทของข้อมูลวิจัยตามเกณฑ์สภาพของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลในกลุ่มนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว (Personal data) ข้อมูลสิ่งแวดล้อม (Environmental data) และข้อมูลพฤติกรรม (Behavioral data) ซึ่งข้อมูลส่วนตัว คือ ข้อเท็จจริงส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ อาชีพ และ ระดับการศึกษา ข้อมูลสิ่งแวดล้อมเป็นข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ลักษณะของท้องถิ่นที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในส่วนของข้อมูลพฤติกรรม เป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น ข้อมูลด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ ความถนัดหรือสติปัญญา ด้านจิตพิสัย (Affective domain) เช่น ทศนคติ ความวิตกกังวล ความเครียด ความวิตกกังวล และ ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เช่น ความสามารถในการปฏิบัติ การกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีคุณภาพ ย่อมนำมาซึ่งผลการวิจัยที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ซึ่งการที่นักวิจัยจะสามารถจัดการกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระดับของข้อมูลเพื่อที่จะเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์และแปลผลการวิจัยได้อย่างเหมาะสม ระดับของการวัดแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ คือ มาตรฐานนามบัญญัติ (Nominal scale) มาตรฐานเรียงลำดับ (Ordinal scale) มาตรฐานंतरภาค (Interval scale) และ มาตรฐานอัตราส่วน (Ratio scale) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- **มาตรานามบัญญัติ** เป็นมาตรวัดหรือระดับของการวัดที่ใช้กับตัวแปรที่มีค่าไม่ต่อเนื่องหรือตัวแปรประเภทกลุ่ม (Discrete or category) ตัวเลขที่กำหนดให้ในมาตรวัดระดับนี้มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างกัน ไม่ได้แทนอันดับ ขนาด ปริมาณ หรือคุณภาพใดๆ เลย ตัวเลขที่กำหนดไม่สามารถนำมาคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ได้

- **มาตราเรียงลำดับ** เป็นมาตรวัดที่ใช้กับตัวแปรที่มีค่าไม่ต่อเนื่องเหมือนกับ มาตรานามบัญญัติ แต่การกำหนดตัวเลขของการวัดระดับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบอกให้ทราบถึงอันดับหรือระดับ โดยให้ความหมายความแตกต่างในลักษณะของระดับ ตัวเลขเหล่านี้ไม่สามารถนำมาคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ได้ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เราพบเพิ่มเติมจากมาตรานามบัญญัติ นั่นก็คือ ทิศทางของความแตกต่าง เช่น มากกว่า น้อยกว่า เก่งกว่า เป็นต้น

- **มาตราอันดับ** เป็นมาตรวัดที่ใช้กับตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง ซึ่งค่าตัวเลขในแต่ละช่วงมีความหมายบอกให้ทราบถึงปริมาณที่แตกต่างกัน โดยที่ตัวเลขเหล่านี้สามารถนำมาคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ได้ด้วยการบวกหรือลบ เพื่อนำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบความแตกต่างในลักษณะที่ว่ามากกว่าหรือน้อยกว่ากันอยู่เท่าใด อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่กำหนดในมาตรวัดระดับนี้ก็ยังไม่สามารถนำมาคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ในลักษณะของการคูณและหารเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในลักษณะของจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ เนื่องจากมาตรวัดในระดับมาตราอันดับยังไม่มีค่าที่เป็นศูนย์ (0) แท้ คงมีเพียงแต่ค่าที่เป็นศูนย์ (0) สมมติ (Arbitrary or relative zero) เท่านั้น เช่น ข้อมูลอุณหภูมิร่างกาย ข้อมูลระดับเขาวนปัญญา หรือ ข้อมูลระดับเขาวนอารมณ์ เป็นต้น

- **มาตราอัตราส่วน** เป็นมาตรวัดในระดับสูงสุดที่ใช้กับตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องและมีศูนย์ (0) แท้ (Absolute zero) ตัวเลขที่กำหนดเพื่อแสดงคุณลักษณะของตัวแปรแต่ละช่วงตัวเลขมีค่าคงที่ และค่าในแต่ละช่วงตัวเลขจะมีระยะห่างที่เท่ากัน เนื่องจากมาตรวัดในระดับนี้มีศูนย์ (0) แท้ ตัวเลขที่กำหนดเหล่านี้จึงสามารถนำมาคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ได้ ทั้งในลักษณะของการบวกและลบเพื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างว่าน้อยกว่าหรือมากกว่ากันอยู่เท่าใด รวมถึงการคูณและหารเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในลักษณะจำนวนเท่าได้อีกด้วย เช่น อายุ ความสูง น้ำหนัก ระยะทาง และ ความเร็ว เป็นต้น

ประเภทของเครื่องมือและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

การที่นักวิจัยได้เรียนรู้เกี่ยวกับประเภทของข้อมูลและระดับของการวัด นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้วิจัยสามารถที่จะพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือในการวิจัยของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนับว่ามีความสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการวิจัย การที่นักวิจัยจะเลือกใช้เครื่องมือใดนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และลักษณะพฤติกรรมหรือตัวแปรที่ต้องการวัด ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นสำคัญ ในการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 5 ประเภทใหญ่ๆ คือ แบบทดสอบ แบบสังเกต แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินการปฏิบัติ

1. **แบบทดสอบ (Test)** คือ ชุดของคำถาม งาน หรือสถานการณ์ที่กำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นสิ่งเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองออกมา ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และ ทักษะพิสัย

2. **แบบสังเกต (Observation form)** คือ เครื่องมือที่ใช้ประกอบการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีหลายชนิด เช่น ระเบียบพฤติกรรม แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating scale) การสังเกตเป็นวิธีการซึ่งใช้ประสาทสัมผัสของผู้สังเกตโดยเฉพาะตาและหู เพื่อติดตามศึกษาพฤติกรรมที่บุคคลที่แสดงออกได้ทุกด้าน การสังเกตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และ แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) โดยมีแบบสังเกตเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสามารถใช้ได้ตลอดเวลา แบ่งออกเป็นแบบสังเกตที่ไม่ได้กำหนดโครงร่างการสังเกต (Unstructured observation) และ

แบบสังเกตที่มีการกำหนดโครงสร้างการสังเกต (Structured observation) ที่นิยมใช้ คือ แบบสำรวจรายการ (Checklist) และ แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยที่แบบสังเกตมีทั้งข้อดี คือ

- (1) สามารถเป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตามศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาได้ทุกด้าน
- (2) เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้สะดวก ใช้ได้ทุกเวลา และใช้ได้ทุกสถานที่
- (3) ใช้สังเกตพฤติกรรมของบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา

อย่างไรก็ตามแบบสังเกตก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้ คือ

- (1) พฤติกรรมหลายอย่างสังเกตได้ยากและต้องสังเกตหลายครั้ง ทำให้เสียเวลาสังเกตนาน
- (2) ถ้าผู้สังเกตขาดความพร้อมและทักษะในการสังเกต ก็จะทำให้การบันทึกข้อมูลลงในแบบสังเกตเป็นข้อมูลที่ไม่มีความแม่นยำหรือมีความผิดพลาด
- (3) ผู้สังเกตอาจมีความลำเอียงหรืออคติต่อผู้ถูกสังเกตบางคน ทำให้ได้ข้อมูลที่บันทึกลงใน แบบสังเกตบิดเบือน ส่งผลถึงการแปลผลการสังเกตที่คลาดเคลื่อน
- (4) ถ้าผู้ถูกสังเกตรู้ตัวจะเกิดการระวังตัวและปิดบังพฤติกรรมที่แท้จริง โดยการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นธรรมชาติ (Hawthorne effect)

3. แบบสอบถาม (Questionnaire) คือ เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมภายใน (พฤติกรรมด้านจิตพิสัย) ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น เจตคติ ความสนใจ เป็นต้น แบบสอบถามสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended questionnaire) และ แบบสอบถามปลายปิด (Close-ended questionnaire) ได้แก่ แบบสำรวจรายการ (Checklist) แบบจัดอันดับ (Rank order) แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มาตรจำแนกความหมาย (Semantic differential scale) และ มาตรวัดที่เป็นรูปภาพหรือสัญลักษณ์ (Doubly anchored visual analog scale or Visual analog scale) การใช้แบบสอบถามมีทั้งข้อดี คือ

- (1) เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้กับบุคคลจำนวนมากได้ในเวลาพร้อมกัน ทำให้ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย
- (2) แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ให้เวลาในการตอบอย่างอิสระได้ โดยให้ผู้ตอบรีบไปตอบ และนัดหมายเวลาส่งคืน ซึ่งไม่สร้างความตึงเครียดให้ผู้ตอบ
- (3) สามารถฝากส่งและรับแบบสอบถามคืนได้หลายวิธี ทำให้มีความสะดวกในการใช้เครื่องมือ
- (4) แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดที่ออกแบบดี จะช่วยให้สะดวกในการรวบรวมคำตอบและวิเคราะห์คำตอบ

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยก็ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของแบบสอบถาม คือ

- (1) แบบสอบถามเหมาะสำหรับผู้ที่อ่านและเขียนหนังสือคล่องเท่านั้น
- (2) ผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ได้ตั้งใจตอบ หรือไม่ให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่เป็นจริงหรือมอบให้คนอื่นตอบแทน ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงหรือคลาดเคลื่อนจากความจริง
- (3) คำถามบางข้ออาจไม่ชัดเจนสำหรับผู้ตอบบางคน และไม่มีโอกาสได้รับคำชี้แจง ทำให้คำตอบที่ได้มาไม่มีประโยชน์

4. แบบสัมภาษณ์ (Interview form) คือ เครื่องมือที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ จะเป็นแบบบันทึกคำให้สัมภาษณ์ซึ่งผู้สัมภาษณ์สร้างขึ้นมาเพื่ออำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล ลักษณะของแบบสัมภาษณ์อาจจะคล้ายกับแบบสอบถาม นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการสัมภาษณ์เป็นสื่อประเภทเครื่องบันทึกเสียง ซึ่งใช้อำนวยความสะดวกในการบันทึกรายละเอียดของข้อมูล ช่วยให้ผู้สัมภาษณ์พิจารณาย้อนทวนข้อมูลได้

และสามารถสรุปข้อมูลได้อย่างถูกต้องชัดเจน การสัมภาษณ์มี 2 ประเภท คือ

(1) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) นิยมใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) และ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept interview)

(2) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) โดยการดำเนินการสัมภาษณ์ตามรายการคำถามที่ได้กำหนดและจัดเรียงลำดับไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์มีข้อดี คือ

- (1) แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้วิจัยทราบข้อมูลที่แอบแฝงอยู่ในใจของผู้รับการสัมภาษณ์ ได้โดยใช้เทคนิคการพูดคุยที่ฉลาดจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ยอมเปิดเผยข้อมูลออกมา
- (2) การสัมภาษณ์จะช่วยให้ได้ข้อมูลประกอบเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งสามารถสังเกตไปพร้อมกับการสัมภาษณ์
- (3) แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้กับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่ขึ้นกับระดับการศึกษา

อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์ก็มีข้อจำกัดที่ต้องตระหนัก นั่นก็คือ

- (1) การสัมภาษณ์ต้องทำแบบคนต่อคน ทำให้ต้องสิ้นเปลืองเวลามาก และในกรณีที่ต้องเดินทางสัมภาษณ์นอกสถานที่ จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลาเพิ่มขึ้น
- (2) เป็นวิธีการที่ต้องรบกวนผู้ถูกสัมภาษณ์ มักจะสร้างความเบื่อหน่ายรำคาญและอาจจะไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร
- (3) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ค่อนข้างเป็นอัตนัย (subjective data) ความเที่ยงตรงของข้อมูลจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการตีความและสรุปความของผู้สัมภาษณ์
- (4) ถ้าผู้สัมภาษณ์ไม่มีเทคนิคในการพูดคุย หรือมีบุคลิกภาพที่ไม่ดี อาจไม่ได้รับความไว้วางใจและไม่ได้ข้อมูลที่เป็นจริง

5. แบบประเมินการปฏิบัติ (performance assessment form) คือ เครื่องมือที่ใช้ประกอบการประเมินการให้ปฏิบัติจริง มักเป็นแบบบันทึกผลการปฏิบัติตลอดกระบวนการ โดยการให้ปฏิบัติเป็นรูปแบบ หรือวิธีการที่กำหนดขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติงานหรือปฏิบัติกิจกรรมที่จัดเป็นพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย เช่น เริ่มวัดตั้งแต่ความสามารถในการเตรียมงาน วัดการลงมือปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน วัดผลงานและวัดพฤติกรรมด้านจิตพิสัยบางประการ

ลักษณะของเครื่องมือที่ดีและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยนับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการวิจัย การเลือกใช้เครื่องมือได้เหมาะสมกับคำถาม วัตถุประสงค์ และระดับการวัดของตัวแปรที่สนใจในการทำวิจัยนั้น ๆ จะส่งผลโดยตรงกับความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยที่จะได้รับ จากที่ได้กล่าวถึงไปแล้วข้างต้นเกี่ยวกับวิธีการได้ของข้อมูลและประเภทของเครื่องมือวิจัย ซึ่งพบว่าเครื่องมือที่นิยมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีทั้งหมด 5 ประเภทใหญ่ ๆ คือ แบบทดสอบ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบประเมินการปฏิบัติ โดยที่เครื่องมือแต่ละประเภทจะมีลักษณะสำคัญและความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แตกต่างกันออกไป ดังนั้น เพื่อให้สามารถเลือกใช้เครื่องมือได้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย นักวิจัยจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะของเครื่องมือที่ดี และวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่เหมาะสม

การระบุถึงคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ดีนั้น นักวิจัยสามารถพิจารณาได้จากคุณลักษณะที่สำคัญ 8 ประการ คือ ความตรง (Validity) ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) ความยากง่ายและอำนาจจำแนก (Difficulty and Discrimination) ความเป็นปรนัย (Objectivity) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) ความไว (Sensitivity) ความเป็นมิติเดียว (Uni-dimensionality) และ ความง่ายในการใช้ (Simplicity)

ถึงแม้ว่าคุณลักษณะทั้ง 8 ประการนี้ ล้วนแล้วแต่เป็นข้อบ่งชี้ในการใช้ตัดสินถึงคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ดี อย่างไรก็ตาม มีเพียงเครื่องมือในอุดมคติเท่านั้นที่มีคุณลักษณะครบถ้วนตรงตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ดังกล่าว ซึ่งในนี้ จะขอกล่าวถึงคุณลักษณะต่าง ๆ รวมไปถึงการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พอสังเขปดังต่อไปนี้

ความตรง (Validity) หมายถึง คุณลักษณะของเครื่องมือวิจัยที่มีประสิทธิภาพในการนำไปวัดตัวแปรที่สนใจศึกษาได้ผลของการวัดตรงตามจุดมุ่งหมายและมิติที่ต้องการวัด ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ความตรงสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เป็นคุณลักษณะที่เครื่องมือวิจัยนั้น ๆ ประกอบไปด้วย ข้อคำถามที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยทั่วไปแล้ว การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือสามารถดำเนินการได้โดยการขอให้ผู้เชี่ยวชาญ (Experts) พิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ได้มาจากแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปรที่สนใจศึกษา ซึ่งหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว นักวิจัยจะดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยที่จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่แนะนำ คือ 5 คน แต่ถ้าแนวคิดหรือประเด็นที่นักวิจัยกำลังศึกษาอยู่เป็นเรื่องใหม่ทำให้หาผู้เชี่ยวชาญได้ค่อนข้างยาก รวมไปถึงการมีข้อจำกัดในด้านอื่น ๆ นักวิจัยอาจพิจารณาลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ในงานวิจัยลงให้เหลือเป็น 3 คนก็ได้ โดยทั่วไปแล้วการกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมนั้นควรอยู่ในระหว่าง 3 ถึง 10 คน (Lynn, 1986) โดยที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ (Content validity index for scales: S-CVI) ที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992; Polit & Beck, 2006)

2. ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) เป็นคุณลักษณะที่เครื่องมือวิจัยมีข้อคำถามที่วัดได้ตรงและครอบคลุมโมทัศน์ของตัวแปรที่สนใจศึกษาในทุกมิติ ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านคุณลักษณะความตรงตามโครงสร้างสามารถทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 Known-group technique เป็นวิธีที่มีความนิยมนำมาใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกันอย่างแพร่หลาย โดยการนำแบบสอบถามหรือเครื่องมือที่มีอยู่นั้น ไปให้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีขนาดเท่า ๆ กันตอบภายใต้หลักการสำคัญ คือ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้น จะต้องมีความรู้หรือประสบการณ์ของสิ่งที่ต้องการวัดโดยเครื่องมือชิ้นนั้น ๆ ในทางตรงกันข้ามกัน ซึ่งผลที่วัดได้นั้นจะสะท้อนให้เห็นว่า เครื่องมือดังกล่าว สามารถแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างและใช้วัดสิ่งที่ต้องการได้จริงและแม่นยำ ในการคำนวณเมื่อได้ข้อมูลการวัดจากทั้ง 2 กลุ่มมาแล้ว ผู้วิจัยจะต้องทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้สถิติ Independent samples t-test ซึ่งถ้าผลการคำนวณที่ได้ในแต่ละข้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็จะมีหมายถึง แบบสอบถามหรือเครื่องมือดังกล่าวมีความตรงตามโครงสร้างนั่นเอง

2.2 Multi-trait multi-methods technique เป็นวิธีการหาความตรงตามโครงสร้างที่เรียกว่า “เทคนิคคุณลักษณะหลากหลายวิธีหลาย” แบ่งออกเป็น การหาความตรงเหมือน (Convergent validity) และการหาความตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) โดยที่การหาความตรงเหมือน คือ การนำแบบวัดหรือเครื่องมือ 2 ชุด ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลตัวแปรเดียวกันหรือใช้แนวคิดเดียวกันจากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ซึ่งถ้าผลการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ที่ได้มีค่าสูง แสดงว่า เครื่องมือทั้ง 2 ชุดนั้นประกอบไปด้วยข้อคำถามที่สามารถรวบรวมข้อมูลของตัวแปรได้ตรงและครอบคลุมในทุกมิติของโมทัศน์ที่สนใจศึกษา ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้วิจัยนำแบบวัดหรือเครื่องมือ 2 ชุดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลตัวแปรต่างกัน หรือใช้แนวคิดต่างกันจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 1 กลุ่ม แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ต่ำ อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความตรงเชิงจำแนกของเครื่องมือชิ้นนั้น ๆ แต่ถ้าผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่าสหสัมพันธ์สูง นั้นแสดงว่า มิติตัวแปรของแบบวัดหรือเครื่องมือ 2 ชุดดังกล่าว ไม่แยกจากกันชัดเจน โดยที่อาจมีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันอยู่

2.3 Factor analysis เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยหรือการวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการคำนวณหาความสัมพันธ์ (Communality) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่งๆ กับตัวแปรอื่นๆ ทุกตัว นับได้ว่าเป็นเทคนิคในการลดจำนวนตัวแปรลงโดยการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์สูงเข้าไว้ในกลุ่มเดียวกัน การวิเคราะห์ดังกล่าวนี้ สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) และ การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

3. ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (Criterion related validity) เป็นคุณลักษณะด้านความตรงของเครื่องมือวิจัยที่เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือหนึ่งๆ กับกับเกณฑ์ภายนอกบางอย่าง ซึ่งเป็นสภาพความเป็นจริงที่ได้จากการปฏิบัติ คุณลักษณะดังกล่าวนี้ สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 2 ประเภท คือ ความตรงตามสภาพการณ์ปัจจุบัน (Concurrent validity) และ ความตรงตามการพยากรณ์ (Predictive validity) ดังรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

3.1 ความตรงตามสภาพการณ์ปัจจุบัน (Concurrent validity) เป็นการตรวจสอบคุณลักษณะของเครื่องมือเพื่อหาความสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนดในปัจจุบัน ซึ่งดำเนินการได้โดยที่ผู้วิจัยนำแบบวัดหรือเครื่องมือ 2 ชุด (ชุด A: เครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้น และ ชุด B: เครื่องมือมาตรฐาน) ไปวัดในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน แล้วนำข้อมูลที่ได้ทั้ง 2 ชุด มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ซึ่งถ้าหากได้ค่าสหสัมพันธ์ในระดับที่สูง ก็จะเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความตรงตามสภาพปัจจุบัน

3.2 ความตรงตามการพยากรณ์ (Predictive validity) เป็นคุณลักษณะของเครื่องมือที่สามารถวัดตัวแปรหรือมโนทัศน์ที่กำลังศึกษาอยู่ได้ตรงตามเกณฑ์พยากรณ์ของคุณลักษณะนั้นๆ ในอนาคต เช่น GPA, TOEFL, IELTS เป็นต้น

ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) หมายถึง ความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่ได้จากการวัดเป็นคุณสมบัติที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่งของเครื่องมือวิจัยอันเป็นพื้นฐานนำไปสู่ความตรง ทั้งนี้ เนื่องจาก เป็นไปไม่ได้เลยที่เครื่องมือวิจัยนั้นจะมีความตรง โดยปราศจากความเที่ยง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ซึ่งตามหลักทฤษฎีแล้วจะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 แต่เมื่อใช้ในการระบุค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยแล้ว จะประเมินอยู่ในระหว่าง 0 ถึง +1 เท่านั้น ซึ่งถ้าค่าที่คำนวณได้เข้าใกล้ 1 จะสะท้อนถึงว่าเครื่องมือวิจัยนั้นมีค่าความเที่ยงสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยที่ยอมรับได้นั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยการพิจารณาต่างๆ คือ (1) เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์ ควรมีค่าความเที่ยง 0.95 ขึ้นไป (2) เครื่องมือโดยทั่วไปและเครื่องมือที่เป็นแบบสังเกต ควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป และ (3) เครื่องมือใหม่ที่เพิ่งเริ่มพัฒนาขึ้นหรือ เครื่องมือทั่วไปที่วัดเกี่ยวกับเจตคติ ก็สามารถยอมรับค่าความเที่ยงได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยใดๆ เป็นคุณลักษณะเฉพาะของเครื่องมือหนึ่งๆ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันออกไปตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนั้น ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน ที่มีคุณลักษณะตรงกับประชากรของงานวิจัยที่ศึกษา ถึงแม้ว่า เครื่องมือนั้นจะได้รับการพัฒนาขึ้นและมีค่าความเที่ยงในระดับที่สูงจนยอมรับได้แล้วก็ตาม การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยสามารถจำแนกออกเป็นประเภทใหญ่ๆ คือ การหาค่าความสอดคล้องภายใน การหาค่าความคงที่ และ การหาค่าความเท่าเทียมกัน ดังรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

1. การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) เป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุดในการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย เป็นการหาความสอดคล้องของข้อคำถามในเครื่องมือที่สะท้อนถึงความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) ของเครื่องมือหนึ่งๆ นั่นก็คือ การที่เครื่องมือมีข้อคำถามที่วัดคุณลักษณะหรือวัดมิติ (Domain) เดียวกัน ซึ่งค่าที่ได้จากการวัดจะมีค่าใกล้เคียงกับค่าที่เป็นจริง การหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ สามารถทำได้

หลายวิธี คือ การแบ่งครึ่งของชุดคำถาม (Split – half) การใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) การใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) และ การใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson 21: KR-21)

2. การหาค่าความคงที่ (Stability) เป็นความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดได้จากการวัดซ้ำ (Repeated measure or Test-retest method) 2 ครั้ง ในช่วงระยะเวลาห่างกันอย่างเหมาะสม คือ ประมาณ 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ระยะห่างอาจปรับได้ตามประเภทของเครื่องมือและตัวแปรที่ศึกษา

3. การหาค่าความเท่าเทียมกัน (Equivalence) เป็นการหาความเที่ยงโดยพิจารณาที่ความเท่าเทียมกันของเครื่องมือ ทั้งในลักษณะของการหาความเท่าเทียมกันของแบบสอบถามหรือแบบทดสอบคู่ขนาน (Alternative form or Parallel form) และ การหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater reliability) ซึ่งการหาความเท่าเทียมกันของเครื่องมือคู่ขนาน จะต้องมีความแนบแน่นจริงเท่ากัน มีความคลาดเคลื่อนในการวัดเท่ากัน และต้องมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งสองชุดเท่ากันด้วย

ความยากง่ายและอำนาจจำแนก (Difficulty and Discrimination) เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของแบบวัดผลทางการศึกษา หรือ แบบทดสอบความรู้ ซึ่งค่าความยากง่าย (P) จะอยู่ในระหว่าง 0 ถึง 1 โดยที่ข้อสอบที่ยากจะมีค่า P เข้าใกล้ 0 ในขณะที่ข้อสอบง่ายจะมีค่า P เข้าใกล้ 1 ส่วนข้อสอบที่มีความยากง่ายในระดับปานกลางจะมีค่า P อยู่ในช่วง 0.4 ถึง 0.6 โดยปกติแล้ว ค่า P ที่ยอมรับได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2 ถึง 0.8 สำหรับค่าอำนาจจำแนก (r) นั้นเป็นคุณลักษณะของเครื่องมือหรือแบบทดสอบที่ใช้ในการจำแนกความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งค่าอำนาจจำแนก (r) จะอยู่ในระหว่าง -1 ถึง +1 โดยข้อสอบที่มีอำนาจจำแนก ต่ำจะมีค่า r เข้าใกล้ 0 ในขณะที่ข้อสอบที่มีอำนาจจำแนกสูงจะมีค่า r เข้าใกล้ +1 (เป็นข้อสอบที่มีคุณภาพสูง) ส่วนค่า r เท่ากับ 0 แสดงว่าเป็นข้อสอบที่ไม่มีอำนาจจำแนก และค่า r ที่ติดลบ แสดงว่าข้อสอบมีอำนาจจำแนกในทางกลับกัน โดยปกติแล้ว ค่า r ที่ยอมรับได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2 ถึง 1.0

ความเป็นปรนัย (Objectivity) หมายถึง เครื่องมือที่คุณลักษณะ คือ

- (1) คำถามมีความชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย และทุกคนอ่านแล้วมีความเข้าใจในความหมายได้ตรงกัน
- (2) สามารถตรวจให้คะแนนได้เท่ากัน
- (3) การแปลความหมายของคะแนนสามารถทำได้ตรงกัน ซึ่งจะสังเกตได้ว่าข้อสอบที่ให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดให้ (Multiple choice) จะมีความเป็นปรนัยสูงกว่าแบบทดสอบที่เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questionnaire)

ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การที่เครื่องมืออื่นๆ นอกเหนือจากสามารถนำมาใช้รวบรวมข้อมูลตามความต้องการหรือตามวัตถุประสงค์แล้ว ยังใช้เวลาและงบประมาณน้อยอีกด้วย เป็นต้น

ความไว (Sensitivity) หมายถึง การที่เครื่องมือมีคุณลักษณะที่เมื่อนำไปใช้แล้วสามารถวัดค่าได้ละเอียด อย่างไรก็ตาม ความไวเป็นคุณลักษณะที่ไม่จำเป็นต้องมีในเครื่องมือวิจัยทุกประเภท เพราะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้ โดยทั่วไปแล้ว แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นช่วง เช่น มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มาตรประมาณค่า (Rating scale) และ มาตรจำแนกความหมาย (Semantic differential scale) จะมีความไวสูงกว่าแบบสอบถามที่มี 2 ตัวเลือก (Dichotomous)

ความเป็นมิติเดียว (Uni-dimensionality) หมายถึง การที่เครื่องมืออื่น ๆ สามารถวัดมิติต่าง ๆ ของตัวแปรที่ศึกษาโดยที่สามารถจำแนกออกจากกันได้อย่างชัดเจนในแต่ละมิติ

ความง่ายในการใช้ (Simplicity) หมายถึง คุณลักษณะของเครื่องมือวิจัยที่ง่ายต่อการนำไปใช้ ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก และสามารถพกพาได้สะดวก เป็นต้น

การเลือกใช้สถิติในการวิจัย

การพิจารณาเลือกใช้สถิติในการวิจัย มีประเด็นที่จะต้องคำนึงถึง คือ ประเภทของตัวแปร จำนวนตัวแปร ระดับการวัดตัวแปร และ เป้าหมายของการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนั้นๆ โดยที่ผู้วิจัยมีข้อควรระวังในการเลือกใช้สถิติเพื่อการวิจัย ดังต่อไปนี้ คือ

- (1) หลีกเลี่ยงการใช้สถิติที่สูงเกินความจำเป็น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้อ่านที่ไม่มีพื้นฐานทางสถิติ เช่น ถ้าต้องการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของวิธีสอน 2 วิธี สถิติที่เหมาะสม คือ t - test ไม่จำเป็นต้องใช้ ANOVA
- (2) ควรเลือกใช้สถิติให้สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย และ
- (3) ควรเลือกใช้สถิติโดยพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ เช่น ตัวแปร ระดับของการวัด

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างหรือใช้ประชากรทั้งหมด ฯลฯ องค์ประกอบเหล่านี้จำเป็นต้องนำมาร่วมพิจารณาในการตัดสินใจเลือกใช้สถิติด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้องแม่นยำและน่าเชื่อถือ อันจะนำไปสู่ผลการวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งข้อพิจารณาในการเลือกวิธีการทางสถิติที่ใช้อยู่ สามารถสรุปได้ดังรายละเอียดในตาราง ต่อไปนี้

แบบแผนการวิจัย	วิธีสรุปข้อมูลของตัววัด	การทดสอบทางสถิติ
Two independent groups	Proportions	Chi-square
		Fisher’s exact
	Rank ordered	Mann Whitney U test
	Mean	Independent t-test
Two related group (Matched groups)	Proportions	McNemar Chi-square
	Rank ordered	Wilcoxon signed rank
	Mean	Paired t-test
More than two independent groups	Proportions	Chi-square
	Rank ordered	Kurskal-Wallis H test
	Mean	ANOVA
More than two related groups	Proportions	Cochran’s Q test
	Rank ordered	Friedman
	Mean	ANOVA (repeated)
Analytical design	Proportions	Log linear Models*
		Discriminant analysis*
	Mean	Multiple regression*
	Ex-Un-exposed rate	Relative risk (RR)
		Odd ratio (OR)
* Multivariate analysis		

อ้างอิง

ที่มา: <http://cai.md.chula.ac.th/lesson/research/re10.htm#8>

บรรณานุกรม

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- สมบัติ ท้ายเรือคำ. (2552). ระเบียบวิธีวิจัยทางสำหรับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จิตติรัตน์ แสงเลิศอูทัย. (2558). เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 12 (58), 13 - 24.
- Davis, L. (1992). Instrument review: getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 104 – 107.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Pett, M.A., Lackey, N.R., & Sullivan, J.J. (2003). *Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research*. California: Sage Publications.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 489-497.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. (5th ed.). Boston: Pearson Education.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*. (4th ed.). New York: Springer.
- <http://cai.md.chula.ac.th/lesson/research/re10.htm#8>

ภาคผนวก



คำสั่งคณะกรรมการศาสตร์

ที่ 26 / 2564

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด ประจำปี พ.ศ. 2564
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร่วมกับ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

เพื่อให้การดำเนินงานของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด ประจำปี พ.ศ. 2564 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร่วมกับ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงแต่งตั้งบุคลากรในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นคณะกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว	ประธานกรรมการ
2. นายชาญชัย ธงพานิช	รองประธานกรรมการ
3. นางจันทร์เพ็ญ มูลศรี	รองประธานกรรมการ
4. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มมส.	กรรมการ
5. นางอภิญา วงศ์พิริโยธา	กรรมการ
6. นางสาวนริสา วงศ์พนารักษ์	กรรมการ
7. นางโสภิตา ดาวสดใส	กรรมการ
8. นางชนกพร ศรีประสาร	กรรมการ
9. นางเลอลักษณ์ แทนเกษม	กรรมการ
10. นางศิริณี คำเพราะ	กรรมการ
11. นางแสงเดือน นิยมณี	กรรมการ
12. นางสุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์	กรรมการ
13. นางสุจิตตา ฤทธิมนตร์	กรรมการ
14. นางศศิธร เต็มอินทร์	กรรมการ
15. นางสุพัสรี คำมูล	กรรมการ
16. ผู้ประสานงานรายวิชา	กรรมการ
17. นายชูชาติ วงศ์อนุชิต	กรรมการและเลขานุการ
18. นางเนาวรัตน์ เกษมพร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
19. นางกนกวรรณ บุญประสิทธิ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
20. นางสาวแดงบุหงา อินทร์ชูวงศ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

พิจารณาหัวข้อการฝึกอบรมและกำหนดการต่างๆ ในการจัดการฝึกอบรม ตลอดจนควบคุม ดูแล ให้คำปรึกษา และอำนวยความสะดวก ในการดำเนินงานของหลักสูตรให้บรรลุวัตถุประสงค์

2. คณะอนุกรรมการฝ่ายเลขานุการ

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. นายชูชาติ วงศ์อนุชิต | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. นางเนาวรัตน์ เกษมพร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 3. นางกนกวรรณ บุญประสิทธิ์ | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 4. นางเลอลักษณ์ แทนเกษม | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 5. นางสาวจันทร์จิรา สวาทพงษ์ | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 6. นางสาวแดงบุหงา อินทร์ชูวงศ์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 7. นางสาวณัฐภรณ์ ชัดทรายขาว | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

1. รับสมัครผู้เข้าร่วมอบรมตามโครงการฯ
2. จัดเตรียม เอกสารรับรองทะเบียน รายชื่อ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพของผู้เข้าร่วมประชุม
3. ทำจดหมายขออนุมัติโครงการเสนอมหาวิทยาลัย และดำเนินการขอ CNEU
4. ร่างคำกล่าวรายงาน และกล่าวเปิด – ปิด ในพิธีเปิดหลักสูตร
5. ประสานงานกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
6. รายงานความก้าวหน้า และสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ

3. คณะอนุกรรมการฝ่ายประสานงาน สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ และยานพาหนะ

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. เทพฤทธิ์ ภูมิหลนา | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. นายอนันต์ศักดิ์ แซ่การ | อนุกรรมการ |
| 3. นายวีระยุทธ ธรรมมา | อนุกรรมการ |
| 4. นายวิชาญ เพียหอชัย | อนุกรรมการ |
| 5. นายกัมปนาท พัวโสพิศ | อนุกรรมการ |
| 6. นางเนาวรัตน์ เกษมพร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 7. นางอรัญญา สาลี | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

1. ประสานงาน จองห้องประชุม
2. ดูแลความเรียบร้อยของสถานที่ในการจัดอบรมตามโครงการฯ
3. ดูแลความเรียบร้อยของวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์
4. จองรถ และจัดรถรับส่งวิทยากร
5. บันทึกภาพ และบันทึกเทปการบรรยาย
6. ประสานงานกับฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง
7. รายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ

4. คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. นายชูชาติ วงศ์อนุชิต | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. นางสาวนริสา วงศ์พนารักษ์ | อนุกรรมการ |
| 3. นางเลอลักษณ์ แทนเกษม | อนุกรรมการ |
| 4. นางจันทร์เพ็ญ มุลศรี | อนุกรรมการ |
| 5. นางโสภิตา ดาวสดใส | อนุกรรมการ |
| 6. นางสุจิตตา ฤทธิมนตรี | อนุกรรมการ |

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 7. นางศศิธร เต็มอินทร์ | อนุกรรมการ |
| 8. นางชนกพร ศรีประสาร | อนุกรรมการ |
| 9. ผู้ประสานงานรายวิชา | อนุกรรมการ |
| 10. นางเนาวรัตน์ เกษมพร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 11. นายสาธิต สมศรี | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 12. นางกนกวรรณ บุญประสิทธิ์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 13. นางสาวแดงบุหงา อินทร์ชูวงศ์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

1. ติดต่อ และเชิญวิทยากร ขอประวัติวิทยากร และขอต้นฉบับเอกสารประกอบการบรรยาย
2. ดูแลวิทยากร
3. จัดเตรียมเอกสารคู่มือหลักสูตรสำหรับผู้เข้าอบรม
4. รวบรวม สรุปและรายงานผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแต่ละรายวิชาต่อคณะกรรมการ
5. รายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ

5. คณะอนุกรรมการฝ่ายการเงิน

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. นางนงครัตน์ จันทรมหา | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. นางแสงเดือน นิยมณี | อนุกรรมการ |
| 3. นางโสภิตา ดาวสดใส | อนุกรรมการ |
| 4. ผู้ประสานงานรายวิชา | อนุกรรมการ |
| 5. นางกนกวรรณ บุญประสิทธิ์ | อนุกรรมการ |
| 6. นางเนาวรัตน์ เกษมพร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 7. นางสาวแดงบุหงา อินทร์ชูวงศ์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 8. นางสาวณัฐภรณ์ ชัดทรายขาว | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

1. สรุปและแจ้งรายชื่อให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
2. จ่ายค่าวิทยากรและจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายให้วิทยากร
3. จัดทำเอกสารและการเบิกจ่ายของหลักสูตร
4. ประสานงานกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
5. รายงานความก้าวหน้า และสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ

6. คณะอนุกรรมการฝ่ายประเมินผลการดำเนินการหลักสูตร

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. นางสาวนริสา วงศ์พนารักษ์ | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. นางสุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์ | อนุกรรมการ |
| 3. นางสาวจิตฤดี จันปัญญา | อนุกรรมการ |
| 4. นางสุจิตตา ฤทธิมนตรี | อนุกรรมการ |
| 5. นางชนกพร ศรีประสาร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 6. นายสาธิต สมศรี | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 7. นางศศิธร เต็มอินทร์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

1. รับผิดชอบประเมินผลการจัดหลักสูตร ประเมินผู้สอนแต่ละรายวิชา ภาพรวมหลักสูตร
2. รวบรวมสาระสำคัญและจัดทำรูปเล่มรายงานสรุปผลการดำเนินการหลักสูตร
3. ประสานงานกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
4. รายงานความก้าวหน้า และสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ

7. คณะอนุกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. นางจันทร์เพ็ญ มุลศรี | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. นางโสภิตา ดาวสดใส | อนุกรรมการ |
| 3. นางสาวแดงบุหงา อินทร์ชูวงศ์ | อนุกรรมการ |
| 4. นางสาวณัฐภรณ์ ชัดทรายขาว | อนุกรรมการ |
| 5. นายอนันต์ศักดิ์ แข็งการ | อนุกรรมการ |
| 6. นายวิระยุทธ ธรรมมา | อนุกรรมการ |
| 7. นางเนาวรัตน์ เกษมพร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| 8. นางอรัญญา สาลี | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่

1. ประสานงาน รับสมัคร และดูแลความเรียบร้อยของการสมัคร
2. จัดทำกำหนดการ ประชาสัมพันธ์โครงการและจัดทำใบสมัคร
3. ลงทะเบียนผู้เข้าอบรม
4. พิธีกร และพิธีกร ในพิธีเปิด-ปิด
5. จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน
6. ประสานงานกับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
7. รายงานความก้าวหน้า และสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ



โรงพยาบาลัญญารักษ์ขอนแก่น
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

775 หมู่ที่ 19 ตำบลศิลา อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0 4342 4500 - 3
โทรสาร 0 4342 4507
www.tyrkk.go.th

