

**การพัฒนาคู่มือ
การจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหย
ที่มีอาการร่วมทางจิตเวช**

โดย

นางสาวศิริพร ทองบ่อ

นางสาวอำพร โปสจา

นายนิมิต แก้วอาจ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



การพัฒนาคู่มือ
การจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพยาเสพติด
ที่มีอาการร่วมทางจิตเวช

โดย

นางสาวศิริพร ทองบ่อ

นางสาวอำพร โปสจา

นายนิमित แก้วอาจ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสียดิสสภาวะที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ซึ่งถือเป็นสื่อวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสียดิสสภาวะที่มีอาการร่วมทางจิตเวชในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากในการให้บริการที่ผ่านมาพบปัญหาของผู้เสียดิสสภาวะ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้คิดสภาวะเสียดิสอื่น ๆ คือ การมีพยาธิภาวะของสมอง สมอง (Encephalopathy) และมีการเสื่อมของทักษะการรู้คิด (Cognitive function) ทำให้การเรียนรู้ช้า หลงลืม เฉื่อยชา เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดร่วมกับผู้คิดสภาวะเสียดิสอื่นๆ มักพบปัญหาเรื่องการทำกิจกรรมช้ากว่าผู้อื่น ตามผู้อื่นไม่ทัน ไม่เข้าใจเนื้อหาของกิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น ต้องกระตุ้น กำกับ อธิบาย ชี้แนะ ช่วยเหลือ ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นในกลุ่ม เช่น ความรู้สึกเบื่อ หงุดหงิดที่ต้องรอคอย ไม่อยากเข้ากลุ่มด้วย นำไปสู่ข้อสรุปจากผู้นำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความจำเป็นที่ต้องมีการบำบัดที่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว และต้องแยกบำบัดผู้เสียดิสสภาวะจากผู้คิดสภาวะเสียดิสอื่น ดังนั้น คณะผู้จัดทำคู่มือ จึงได้ดำเนินการพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสียดิสสภาวะที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ขึ้น การพัฒนาคู่มือครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย และการพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต โดยมีการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาคู่มือ กำหนดกรอบแนวคิด ออกแบบ และจัดทำร่างคู่มือ ตรวจสอบคุณภาพของร่างคู่มือ นำร่างคู่มือไปใช้ จัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์และติดตามการนำคู่มือไปใช้เพื่อปรับปรุงต่อเนื่องด้วยการประชุมปรึกษา คั่นคว้าเอกสาร รายงานการศึกษา วิจัย และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งได้ คู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสียดิสสภาวะที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสียดิสสภาวะที่มีอาการร่วมทางจิตเวชต่อไป

คณะผู้จัดทำคู่มือ

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน.....	
วันที่.....	
เลขเรียกหนังสือ.....	
WM450 ๘4630พ ๘๕๕	

ศิริพรจิตต์ สรรพนาถ -- มร.พัชร์ สรรพนาถ
ศิริพรจิตต์ สรรพนาถ -- กิจกรรณ ชัยจิต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1	1
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการพัฒนาคู่มือ	3
กลุ่มเป้าหมาย	3
ระยะเวลาดำเนินการ	3
วิธีการดำเนินงาน	3
ผลลัพธ์ที่ได้	4
บทที่ 2	6
แนวคิด	6
ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย	6
หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	9
โปรแกรมจิตสังคมนาบัดแบบผู้ป่วนอกสำหรับผู้ติดยาบ้า	11
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
บทที่ 3	20
แนวคิดในการพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหย	20
ที่มีอากรร่วมทางจิตเวช	
บรรณานุกรม	27
รายชื่อที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ	32

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สารระเหย เป็นสารเสพติดที่มีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมันและดูดซึมผ่านปอดเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วก็จะเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน และมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ผลของการใช้ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของสารในกระแสเลือด ชนิดของเคมีภัณฑ์ที่ใช้ผสมในสารระเหย ปริมาณการเสพ วิธีการเสพ ความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อใช้เป็นเวลานานทำให้เกิดการสังเคราะห์ DNA ในสมองลดลง หรืออาจนำไปสู่การลดการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ทำให้สมองฝ่อ เกิดความผิดปกติของสมอง ความจำเสื่อม หลงลืม คิดช้า ความคิดสับสน การตัดสินใจบกพร่อง การเรียนรู้ลดลง IQ ต่ำลง ความสามารถในการอ่าน การเขียนลดลง บุคลิกภาพอารมณ์ และนิสัยเปลี่ยนแปลง เฉยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจการเรียน หรืองานอาชีพ มีอารมณ์อ่อนไหว หงุดหงิด เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกโกรธ โทษตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น, 2550; สถาบันธัญญารักษ์, 2551 และศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2554) รัฐบาลตระหนักถึงความรุนแรง และผลกระทบของปัญหาดังกล่าว ประกาศใช้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533 (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2551 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2551 เป็นต้นมา เพื่อช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดมีโอกาสเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัดแบบไม่เข้มงวด พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2553-2555 มีผู้เสพยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมด้วย เข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 22.62, 29.71 และ 31.26 ตามลำดับ ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยบังคับบำบัดแบบไม่เข้มงวด ที่ส่งเข้าบำบัดตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533 (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2551 ระยะเวลา 120 วัน (รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2553- 2555)

มีหลักฐานที่สนับสนุนอย่างชัดเจนว่า ผู้ติดยาเสพติดมีอาการทางจิต มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ติดยาเสพติดอื่นๆ คือ การมีพยาธิภาวะของสมอง (Encephalopathy) อย่างชัดเจน แสดงออกเป็นการเสื่อมของทักษะการรู้คิด (Cognitive function) ความจำ การใส่ใจ การรับรู้สิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว การประสานงานของสมอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เนื่องจากสมองส่วนต่างๆ ฝ่อ (van Valen, E. et al, 2009) ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดมีอาการก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น เรียนรู้ช้า หลงลืม เฉื่อยชา นอกจากนี้ พบว่าพยาธิสภาพเหล่านี้เกิดขึ้นแล้ว หากที่ฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิม ยิ่งเสพยาชานานเท่าใด ความเสียหายก็จะยิ่งรุนแรงขึ้นและถาวรมากขึ้น (van Hout M., et al, 2008)

ลักษณะเฉพาะของผู้เสพติดสารระเหยดังกล่าว ทำให้เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดร่วมกับผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ มักพบปัญหาเรื่องการทำกิจกรรมช้ากว่าผู้อื่น ตามผู้อื่นไม่ทัน และ ไม่เข้าใจเนื้อหาของกิจกรรมกลุ่ม ไขว่ถลาในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น ต้องกระตุ้น กำกับ อธิบาย ชี้แนะ ช่วยเหลือ ผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นในกลุ่ม เช่น ความรู้สึกละอาย หงุดหงิดที่ต้องรอคอย ไม่อยากเข้ากลุ่มด้วย นำไปสู่ข้อสรุปจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความจำเป็นที่ต้องมีการบำบัดที่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Maleseovich, D. & Jadin, T., 1995; ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยสารระเหยที่มีอยู่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบข้อเสนอแนะว่า ไม่ควรใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เข้มข้นรวดเร็วในผู้ติดสารระเหย แต่เสนอว่า ควรใช้รูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) และ ค่อยเพิ่มลำดับความเข้มข้นให้เป็นไปในลักษณะก้าวหน้า (Progressive Approach) โดยมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การเลิกเสพ (Abstinence) เพื่อหยุดการทำลายสมองเพิ่มขึ้น และเป็นวิธีเดียวที่จะทำให้สมองเกิดการฟื้นตัวได้ (Zhu XG. & Rieder M., 2012) ดังนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นตัวให้เร็วที่สุด (Early recovery) และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยติดสารระเหย

ถึงแม้ว่า จะมีข้อเรียกร้อง และความจำเป็นที่ชัดเจนถึงการมีโปรแกรมการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยติดสารระเหย กลับพบว่า ในประเทศไทย และหลายประเทศ ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดดังกล่าว (Howard, MO, 2011) โปรแกรมที่ได้รับการยอมรับว่า มีความเฉพาะเจาะจงต่อการบำบัดผู้ป่วยติดสารระเหยในปัจจุบัน คือ โปรแกรม National Youth Solvent Addiction Program (NYSAP) ในประเทศแคนาดา ที่ได้นำเอาแนวคิดการป้องกันการเสพซ้ำ (Marlatt & Gordon, 1985) มาผสมผสานกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น เกิดเป็นโปรแกรมการบำบัด ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ (Connection) การรับรู้ศักยภาพแห่งตน (Self-efficacy) และการมีจุดมุ่งหมาย รับรู้ความหมายแห่งชีวิตตน (Meaning of life) ซึ่งพบว่า การบำบัดได้ผล จนหลายประเทศใช้เป็นต้นแบบในการบำบัด (Zhu XG. & Rieder M., 2012; Bone R. et al, 2011)

สำหรับการบำบัดผู้ติดสารระเหยในประเทศไทย นั้น ผู้ป่วยสารระเหย ซึ่งมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยที่เข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์นั้น ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้า (Matrix Program) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะทางความคิด และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ติดสารระเหยเกิดการเรียนรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ โดยโปรแกรมจะมีการผสมผสานแนวคิดในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่หลากหลาย ทั้งการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early recovery) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention) การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group) และการให้การปรึกษารายบุคคล และครอบครัว (Individual counseling) โดยแนวคิดการบำบัดทั้งหมดนี้ ได้สะท้อนออกมาในเนื้อหา กิจกรรมการฝึกทักษะของโปรแกรม Matrix ทั้งหมดจำนวน 60 กิจกรรม

ดังนั้น จากลักษณะเฉพาะของผู้เสพติดสารระเหย ผลกระทบจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ติดสารเสพติดอื่น ตลอดจนข้อแนะนำจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยสารระเหย และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องแยกบำบัดผู้เสพติดสารระเหยจากผู้ติดสารเสพติดอื่น และมีคู่มือที่มีความกระชับ เฉพาะเจาะจง สะท้อนขั้นตอนและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้เสพติดสารระเหย ที่มีข้อจำกัดด้านการรู้คิด และพยาธิสภาพทางสมอง คณะผู้จัดทำคู่มือ จึงเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาเพื่อช่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการเผชิญสถานการณ์สู่เสี่ยงต่อการเสพยา มีความเข้มแข็งทางจิตใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าและศักยภาพแห่งตน ทำให้สามารถต่อต้านกับความกดดันในสถานการณ์สู่เสี่ยงต่อการเสพยาได้ และแก้ไขปัญหที่เหมาะสม จึงได้พัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาคู่มือ

1. เพื่อจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช
2. เพื่อสนับสนุนหน่วยงานให้มีคู่มือในการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน

1.3 กลุ่มเป้าหมาย

เป็นคู่มือสำหรับผู้บำบัดใช้ในการถ่ายทอดความรู้ตามแผนกิจกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช

1.4 ระยะเวลาดำเนินการ

ดำเนินการพัฒนาคู่มือในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2555 - มีนาคม 2556

1.5 วิธีการดำเนินงาน

พัฒนาคู่มือตามขั้นตอนการวิจัย และการพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2554)

1. วิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาคู่มือ โดยใช้อ้างอิงจากการประชุมทีมผู้บำบัดที่ต้องการให้มีแนวทางในการจัดกิจกรรมเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ รายงานผลการถอดบทเรียนการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ปีงบประมาณ 2554 ที่เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างจากผู้เสพติดสารอื่นทำให้เกิดปัญหาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยกันเพราะผู้เสพติดสารระเหยเรียนรู้ได้ช้า และ ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร รายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องที่มีข้อมูลถึงการเสื่อมของทักษะการรู้คิด ความจำ การใส่ใจของผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ซึ่งได้ข้อสรุปถึงความจำเป็นและความต้องการว่า ควรมีแนวทางการให้บริการที่เฉพาะและแยกออกจากผู้เสพติดสารอื่น โดยจัดทำเป็นคู่มือการจัดกิจกรรมให้กับผู้บำบัดไว้ใช้จัดกิจกรรมสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช

2. กำหนดกรอบแนวคิด โดยค้นหาคำว่าความรู้และแนวคิดการบำบัดผู้เสพติดสารระเหยจากเอกสาร รายงานการวิจัย ซึ่งมีแนวคิดที่สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจุดมุ่งหมายการบำบัดอยู่ที่การเลิกเสพยา เพื่อหยุดการทำลายสมองเพิ่มขึ้น เป็นวิธีเดียวที่จะทำให้สมองเกิดการฟื้นตัวได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้เสพติดสารระเหย คือ การช่วยให้ผู้เสพติดฟื้นตัวให้เร็วที่สุด (Early recovery) และป้องกันการกลับไปเสพยา (Relapse prevention) ดังนั้น ในการพัฒนาคู่มือ ครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ดังนี้ แนวคิดการเลิกเสพยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery: Jacobson & Greenley, 2001)

ที่มุ่งเน้นให้ผู้เสพติดมันต่อการเลิกเสพ แนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention: Marlatt & Gordon, 1985) ให้ความสำคัญต่อการสร้างความรู้ และทักษะให้ผู้เสพติดสามารถเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพซ้ำได้ และการฝึกทักษะทางสังคม การมีบทบาททางสังคม (Social Skills) เพื่อที่จะติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่เน้นให้ผู้เสพติดสำรวจเหตุผลถึงความรู้ ความเข้าใจเดิมเกี่ยวกับการเสพยา และเกิดความรู้ใหม่

3. ออกแบบและจัดทำร่างคู่มือ ประชุมผู้บำบัด เพื่อกำหนดโครงสร้าง ขอบเขต เนื้อหาของกิจกรรม การคัดสรรกิจกรรมที่สอดคล้องตามกรอบแนวคิด และจัดทำร่างคู่มือตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งได้ร่างคู่มือที่มีกิจกรรม ทั้งหมด จำนวน 45 กิจกรรม เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย จำนวน 1 กิจกรรม 2) การปรึกษารายบุคคล จำนวน 4 กิจกรรม 3) ทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น จำนวน 3 กิจกรรม 4) ทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 26 กิจกรรม 5) ครอบครัวยุติยา จำนวน 1 กิจกรรม 6) กิจกรรมสร้างเสริมทักษะชีวิต จำนวน 7 กิจกรรม และ 7) กิจกรรมสร้างสุข จำนวน 3 กิจกรรม โครงสร้างของกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ สาระสำคัญ วิธีดำเนินการ และสื่ออุปกรณ์ และจัดทำแผนการจัดกิจกรรม ซึ่งจำนวนกิจกรรมจะสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้เสพติดสารระเหยเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ 120 วัน

4. ตรวจสอบคุณภาพของร่างคู่มือ โดยผ่านการพิจารณาความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

5. นำร่างคู่มือไปใช้ โดยชี้แจงแนวทางการใช้คู่มือให้กับผู้บำบัดเพื่อนำไปใช้จัดกิจกรรมกับผู้เสพติดสารระเหยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประชุมเพื่อประเมินผลการนำร่างคู่มือไปใช้ และปรับปรุงอีกครั้งตามข้อเสนอแนะ

6. จัดทำรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ ชี้แจงทีมผู้บำบัดที่เป็นผู้ใช้คู่มือ และนำคู่มือไปใช้ในงานประจำกับกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เสพติดสารระเหยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่ เดือนเมษายน 2556 เป็นต้นมา

7. ติดตามการนำคู่มือไปใช้เพื่อปรับปรุงต่อเนื่อง เบื้องต้นได้ติดตามประเมินผลเฉพาะผู้นำคู่มือไปใช้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดด้านข้อมูลที่เป็นโอกาสพัฒนาต่อไปในการติดตามประเมินผู้นำไปใช้อื่นๆ การประเมินใช้วิธีการประชุมประเมินผลหลังนำคู่มือไปใช้ 1 ปี ผลการประเมินในความเห็นต่อคู่มือ พบว่า ผู้ใช้คู่มือมีความรู้และมั่นใจในการจัดกิจกรรมเนื่องจากมีสาระความรู้ให้ศึกษา และวิธีการถ่ายทอดความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้เสพติดสารระเหยเกิดความสนใจ ส่วนเนื้อหาของกิจกรรมยังไม่มีข้อเสนอแนะการปรับปรุง

1.6 ผลลัพธ์ที่ได้

1. ได้คู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการให้บริการ

2. ทีมผู้บำบัดได้เรียนรู้คู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวชมีความรู้ และเข้าใจวิธีการจัดกิจกรรมบำบัด สามารถให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่มารับบริการได้

3. เป็นการพัฒนาการให้บริการที่สนองตอบต่อปัญหาของผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช

บทที่ 2

แนวคิด

จากการศึกษาแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวชครั้งนี้ คณะผู้จัดทำคู่มือขอเสนอแนวคิดตามลำดับดังนี้ คือ ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้า และเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย

สารระเหย หมายถึง สารประกอบอินทรีย์เคมี ประเภทไฮโดรคาร์บอน ที่ได้มาจากน้ำมันปิโตรเลียมและก๊าซธรรมชาติ ตลอดจนการสังเคราะห์ทางเคมี มีลักษณะเป็นไอ ระเหยได้ง่ายในอุณหภูมิปกติ เมื่อสูดดมเข้าไปบ่อยๆ จะก่อให้เกิดการเสพติดทั้งร่างกาย และทางจิตใจ (Psychic dependence) โดยสารเหล่านี้มักถูกใช้เป็นส่วนผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น น้ำยาทาเล็บ น้ำยาล้างเล็บ เครื่องสำอางบางประเภท น้ำมันไฟแช็ก น้ำยาทำความสะอาด เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้จัดตัวทำลายที่ระเหยง่าย เช่น ethyl acetate ซึ่งพบในลูกโป่งวิทยาศาสตร์และสารบางตัว เช่น thinners พบในกาวยาต่างๆ เป็นสารระเหย เนื่องจากสารดังกล่าวเป็นปัญหาต่อการเสพติด

สารระเหยเกือบทุกชนิด จะเป็นของเหลวระเหยง่าย มีความหนืดและค่าแรงดึงผิวต่ำ จึงแพร่กระจายได้เร็ว ละลายได้ดีในไขมัน เมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม แพร่กระจายสู่ถุงลมปอดเข้าสู่กระแสเลือดกระจายอย่างรวดเร็วในส่วนต่างๆ เช่น สมอง ไชกระดูก ต่อมหมวกไต ไต และตับ การออกฤทธิ์ขึ้นกับความเข้มข้นของสารในกระแสเลือด โดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ใช้ในปริมาณต่ำทำให้เกิดฤทธิ์เคลิ้มฝัน ภาวะหลงผิด ประสาทหลอน ใช้ในขนาดที่สูงทำให้เกิดอาการโคม่าและชัก กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่า สารระเหยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง ในผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลานาน อาจทำให้การสังเคราะห์ DNA ในสมองลดลงหรืออาจนำไปสู่การลดการไหลเวียนของเลือดในสมอง ทำให้สมองฝ่อ (Cerebral atrophy) ความจำเสื่อม การเรียนรู้ลดลง IQ ต่ำลง หลงลืม คิดช้า เมื่อเสพยาเสพติดไปจนถึงระดับเสพติดแล้ว ถ้าไม่ได้เสพยาจะเกิดอาการขาดยา คือ รู้สึกอยากเสพยา หงุดหงิด ฟูง่าน โมโหง่าย นอนไม่หลับ เหงื่อแตก ชีพจรเร็วขึ้น มือสั่น ตัวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หาวนอน จาม คัดจมูก ปวดกล้ามเนื้อ น้ำตาไหล ขนลุก ตะคริว ปวดกระดูก เจ็บหน้าอก ประสาทหลอน บางรายมีอาการชัก เป็นต้น อาการเหล่านี้ เกิดภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังหยุดเสพยาเสพติด และอยู่นาน 2-5 วัน (ถ้าซ้ำ ลักษณะอาการเช่นนี้ และสมพร สุวรรณมาโจ. 2551)

ผลกระทบจากการใช้สารระเหย ขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีภัณฑ์ที่ใช้ผสมในสารระเหย ปริมาณการเสพ วิธีการเสพ ความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยพิษเฉียบพลัน หลังจากเกิดอาการเคลิ้มเป็นสุข ร่างกายตื่นเต้น ต่อมาเมื่อกำลัง พวดจ้ออแอ่ ควบคุมตัวเองไม่ได้ จากนั้นจะคลื่นไส้ อาเจียน หายใจถี่ เมาและเร็ว ประสาทหลอน หากสูดดมในปริมาณมาก อาจชักหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และอาจหัวใจวาย หรือสารระเหยอาจ

กดศูนย์หายใจทำให้ตายได้ ส่วนพิษเรื้อรัง เมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ พบว่า มีอาการทางระบบประสาท เช่น เคนโซเซ พุดล่าปาก มือสั่น ตัวสั่น หลงลืม ความคิดอ่านช้าลง สับสน นิสัยและอารมณ์เปลี่ยน มีอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นผิดปกติ การสร้างเม็ดเลือดหุคชะงัก เม็ดเลือดแดงต่ำ เลือดออกง่าย อ่อนเพลีย อาจเกิดมะเร็งในเม็ดเลือดขาว มีอาการทางระบบทางเดินหายใจอักเสบ ตั้งแต่ปลายจมูกจนถึงหลอดลม ปอด ถุงลม น้ำคั่งในปอด เลือดออกในถุงลม อาการทางระบบทางเดินอาหารมี อาการปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องเดิน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เลือดออกในกระเพาะอาหาร มีการทำลายเนื้อเยื่อของ ดับ ดับอักเสบ บางรายปัสสาวะเป็นเลือด มีอาการทางระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อลีบ เป็นอัมพาตได้ นอกจากนั้น ในระบบสืบพันธุ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงโครโมโซม ซึ่งมีหน้าที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม การเสพติดสารระเหย ส่วนใหญ่ไม่เสพติดทางกาย เมื่อหยุดใช้ไม่มีอาการทางร่างกายมากนัก บางรายอาจมีอาการที่เกิดจากการเสพติดมาเป็นเวลานาน (ล่าช้า ลักษณะพิษเรื้อรัง และว่องไว) สำราญทิวารัลย์. 2551)

ปัญหาที่สำคัญของผู้เสพติดสารระเหย คือ การติดทางด้านจิตใจ ผู้เสพติดสารระเหยจนมีอาการทางจิต มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ติดยาเสพติดอื่นๆ คือ มีพยาธิภาวะของสมอง (Encephalopathy) อย่างชัดเจน แสดงออกเป็นการเสื่อมของทักษะการรู้คิด (Cognitive function) ความจำ การใส่ใจ การรับรู้สิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว และการประสานงานของสมอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เนื่องจากสมองส่วนต่างๆ ฝ่อ (van Valen, E. et al, 2009) ส่งผลให้ผู้ติดยามีลักษณะก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น เรียนรู้ช้า หลงลืม เฉื่อยชา นอกจากนี้ พบว่า พยาธิสภาพเหล่านี้ เกิดขึ้นแล้วยากที่จะฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิม ยิ่งเสพมาช้านานเท่าใดความเสียหายก็จะยิ่งรุนแรงขึ้นและถาวรมากขึ้น (van Hout M., et al, 2008)

มีเหตุผลสนับสนุนมากมายให้คนใช้สารเสพติด เพราะทำให้ผู้ใช้เกิดความสุข แต่โดยหลักๆแล้ว พบว่า มีเหตุผล 4 ประการ คือ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย และบุญศิริ จันศิริมงคล. 2555)

1. FUN ต้องการความสุข (sensation seeking) เช่น ฉลองวันเกิด อยากสนุกกับเพื่อนๆ
2. FORGET ต้องการคลายทุกข์ (self medication) เช่น กลุ้มใจ เสียใจ ออกหัก สอบตก
3. FUNCTIONAL ช่วยการทำงาน ไม่มั่วง ขยัน
4. HABIT FORMING เคยชิน ทุกๆกิจกรรม สุขหรือทุกข์ก็ระลึกถึงสารเสพติด

การติดยาเสพติดและขั้นตอนของการเสพติดในคนที่ใช้สารเสพติด ไม่ใช่ใช้แล้วจะติดทันที แต่มักจะผ่านขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. เริ่มทดลอง อยากรู้ อยากเห็น (Experiment and first time use)
2. ใช้เป็นครั้งคราว (Occasional use)
3. ใช้สม่ำเสมอ ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ (Regular use)
4. เกิดภาวะพึ่งพา (Dependence)

การใช้ยาและสารเสพติด จะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอก หรือสมองส่วนคิด (Cerebral cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน หรือสมองส่วนอยาก (Limbic system) สมองส่วนคิดทำหน้าที่ในการควบคุมสติปัญญา ใช้ความคิดมีเหตุผล ในผู้ที่ติดยาเสพติดจะมีผลทำให้การคิดการตัดสินใจแย่ง ขาดความยับยั้งชั่งใจ

ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและไวต่อสารเสพติด ในผู้ที่ติดสารเสพติดจะมีผลทำให้สมองต่อต้านสิ่งกระตุ้นเร้าตามธรรมชาติ

ในคนที่ติดสารเสพติด จะมีลักษณะสำคัญ คือ จะต้องใช้สารเสพติดตัวนั้นเป็นประจำ และมีลักษณะต่อไปนี้อีกอย่างน้อย 3 ข้อ ภายใน 12 เดือนที่ใช้สารนั้น คือ

1. มีภาวะคือชา (Tolerance) คือ ต้องเพิ่มปริมาณที่ใช้ให้มากขึ้นกว่าเดิม จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม ถ้าใช้น้อยกว่าที่เคยใช้ หรือใช้เท่าเดิม จะไม่รู้สึก "high" เท่าเดิม
2. อาการขาดยา (Withdrawal) จะมีอาการทางร่างกาย ถ้าไม่ได้เสพสารเสพติดตัวนั้นอาการขาดยาจะมีลักษณะเฉพาะสำหรับสารเสพติดแต่ละตัว โดยขึ้นกับฤทธิ์ทางชีวเคมีและเภสัชวิทยา
3. ควบคุมการใช้สารเสพติดไม่ได้ (Impaired control) เริ่มใช้แล้วมักจะติดลม ใช้ต่อไปจำนวนมาก หรือใช้เวลานาน
4. หมกมุ่นอยู่กับการใช้หรือแสวงหาสารเสพติด (Preoccupation) ใช้เวลาทั้งวันหมกมุ่นอยู่กับการแสวงหาสารเสพติดมาใช้
5. มีความต้องการที่จะเลิกแต่ไม่สำเร็จ (Persistent desire to cut down)
6. มีความบกพร่องในหน้าที่ (Impaired function)
7. ยังคงใช้แม้รู้ว่าการใช้สารทำให้เกิดอันตราย หรือมีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (Continued use despite harmful effects)

ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด สามารถมองได้ใน 2 ลักษณะ คือ ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดที่เป็นไปในลักษณะสากล และเป็นไปในลักษณะเฉพาะตัวบุคคล

1. ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดในแง่ที่เป็นธรรมชาติของมนุษยชาติ มนุษย์ต้องการแสวงหาความสุขและความพึงพอใจในการดำรงชีวิต วิธีแสวงหาได้มาซึ่งความสุขที่ทำให้ในแต่ละคนแตกต่างกันออกไป การใช้ยาเสพติดจึงเป็นการแสวงหาความสุขอย่างรวดเร็ววิธีหนึ่ง สภาวะสุขที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ความสุขที่เกิดขึ้นจะหมดไปในระยะเวลาหนึ่งและจะกลับคืนมาใหม่เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าตัวเดิม นั่นก็คือ ยาเสพติด

2. ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดในลักษณะเฉพาะที่เป็นส่วนบุคคล โดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก บุคลิกลักษณะและสภาพจิตใจที่ไร้ซึ่งพลังดังนี้

ด้านร่างกาย จะสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น สุขภาพทรุดโทรม ผอม ซูบซีด น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำงานหนัก ริมฝีปากเขียวช้ำ แห้งแตก น้ำมูกน้ำตาไหล เหงื่อออกมาก กลืนตัวแรง มีร่องรอยการเสพยาให้เห็น นิ้วมือนิ้วมือขราบเหลือง ใบหน้าหมองคล้ำ ไม่อยู่นิ่ง เดินไปเดินมา บางรายชอบกัดกราม ค้านจิตใจและอารมณ์ มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ หงุดหงิด จุกแฉิบ ก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมแรงกระตุ้นขาดความอดทน ขาดเหตุผล หวาดระแวง ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดพลังใจ ไม่มีจุดหมายในชีวิต คิดว่าตนเองอ่อนแอ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ บางรายมีอาการทางจิตประสาท มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น เครียด ปัญหาบุคลิกภาพ การตัดสินใจบกพร่อง

ไม่ค่อยพึงพอใจกับสัมพันธภาพทางสังคมของตนเอง ด้านพฤติกรรม ชอบอยู่คนเดียว เก็บตัวเงียบขรึมผิดปกติ ปลีกตัวจากผู้อื่น ไม่มีระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ (สถาบันธัญญารักษ์, 2551)

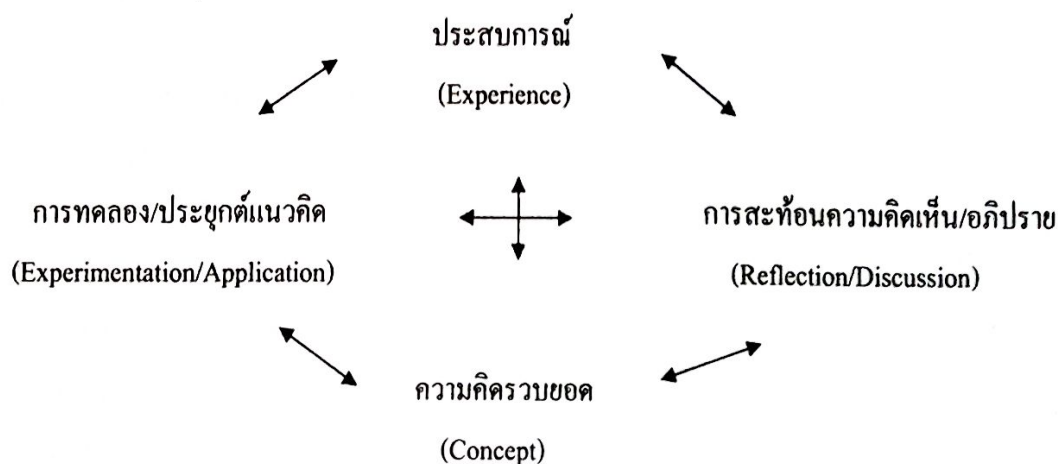
2.2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

โดยทั่วไปการเรียนรู้จะมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ (กรมสุขภาพจิต และ กรมการแพทย์, 2544)

1. การถ่ายทอดความรู้ หมายถึง บอกเล่าในสิ่งที่ผู้เรียนยังไม่รู้ ให้รู้
2. การสร้างความรู้ใหม่ หมายถึง ผู้เรียนแต่ละคนจะมีประสบการณ์ความรู้ในเรื่องนั้นๆ อยู่แล้วไม่มากนัก ดังนั้นจึงนำประสบการณ์เดิมของแต่ละคนที่จะเหมือนหรือไม่เหมือนกันมาแลกเปลี่ยนกันเพื่อสร้างความรู้ใหม่ที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

ฉะนั้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จึงมุ่งเน้นทั้งการเรียนรู้ที่สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และการถ่ายทอดความรู้ใหม่ที่ผู้เรียนยังไม่รู้เพิ่มเติมให้ สำหรับการนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในทางปฏิบัติขึ้นอยู่กับความเข้าใจและความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ของแต่ละคนอีกเช่นกัน หลักสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 5 ประการ คือ

1. อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเป็นพื้นฐานในการต่อเติมความรู้ใหม่
 2. มีการเรียนรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้นซึ่งกันและกันตลอดเวลา (Active learning)
 3. เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนและระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน
 4. จากการที่มีปฏิสัมพันธ์กันทำให้เกิดการขยายความรู้ของทุกคนให้กว้างขวางมากขึ้น
 5. เน้นให้ผู้เรียนทุกคนได้แสดงออกซึ่งความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ต่างๆ โดยผ่านการสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น พูด เขียน บทบาทสมมติ วาดรูป แสดงสัญลักษณ์ เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ความรู้ แนวทางทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี ดังนี้
1. ต้องทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยผู้เรียนแต่ละคนย่อมมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ มาก่อนแล้ว ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่อาจจะเหมือน หรือ แตกต่างกัน การทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์มี 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดเห็น/อภิปราย ความคิดรวบยอด และการทดลอง/ประยุกต์แนวคิด



1. ประสบการณ์ (Experience) ในขั้นตอนนี้ผู้สอนจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียน ซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ ได้ทบทวนและดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และแบ่งปัน ประสบการณ์ของตนเองให้แก่เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้ การที่ผู้สอน พยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ นั้น จะทำให้เกิดประโยชน์ ทั้งผู้สอน และผู้เรียน ดังนี้

- ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้ว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี

- ผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของ ผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอน อาจจะยกกรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อนความคิดเห็น/อภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็น ผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจัย ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปราย จะทำให้ได้ ข้อสรุปที่หลากหลายหรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การยอมรับ ความคิดเห็นของผู้อื่น การที่ผู้เรียนจะอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยเป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอน หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปราย หรือ ตารางการวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ

3. ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา (Knowledge) หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) เกิดได้หลายทาง เช่น การบรรยายของผู้สอน การ มอบหมายให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือ จากการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดย ผู้สอนอาจจะสรุปความคิดเห็น

4. การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็นองค์ประกอบ ที่ผู้เรียน ได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด หรือ ผลิตชิ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ แผนภาพ เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการ เรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1-3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการ สอนได้ เช่น ถ้าวัตถุประสงค์ของการอบรมตั้งไว้ว่า ให้ผู้รับการอบรมสามารถวางแผนการประเมินผลโครงการ ได้ กิจกรรมในการเรียนรู้ขององค์ประกอบนี้ ผู้สอนก็ต้องเตรียมใบงานให้ผู้รับการอบรมได้ทดลองทำแผนการ ประเมินโครงการ ผู้รับการอบรมจะต้องนำความรู้เกี่ยวกับการประเมินโครงการจากการเรียนรู้ในองค์ประกอบ ความคิดรวบยอดมาใช้

2. ทำให้เกิดการเรียนรู้สูงสุดด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group process) ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และบรรลุงานสูงสุด

การมีส่วนร่วมสูงสุด ทำได้โดย การออกแบบกลุ่ม หมายถึง จัดกลุ่มให้ผู้เรียนได้พูดคุยได้ทำงาน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึง ดังนั้น ทุกครั้งที่ให้ผู้เรียนทำอะไร คิดอะไร ตอบปัญหา หรือแสดงความคิดเห็นเรื่องอะไร ต้องให้ผู้เรียนทำในกลุ่มย่อยๆ ก่อน แล้วจึงรวบรวมเป็นกลุ่มใหญ่อีกครั้งหนึ่ง ลักษณะของกลุ่ม มีดังนี้

- กลุ่ม 2 คน คือ การจับคู่คุยกัน เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสในการพูดบอกเล่าประสบการณ์ความคิดเห็นของตนเอง

- กลุ่ม 3 คน คือ ผู้เรียนทั้ง 3 คน จะได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยได้รับบทบาทที่ชัดเจน (บทบาทสมมุติ) และสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท

- กลุ่มย่อย (3 - 4 คน) คือ การรวมกลุ่มด้วยวิธีง่ายๆ เพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกันในเวลาสั้นๆ โดยไม่ต้องการข้อสรุปหรือข้อสรุปไม่ลึกซึ้งมากนัก

- กลุ่มเล็ก (5 - 6 คน) คือ กลุ่มที่ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายในเรื่องนั้นๆ ได้อย่างลึกซึ้ง จนได้ข้อสรุปที่ชัดเจน

การออกแบบงาน คือ การกำหนดงานให้กับกลุ่มผู้เรียน ซึ่งการออกแบบงานที่ดีจะต้องมีความชัดเจนในเรื่องราวต่างๆ เช่น

- กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน เช่น แบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลาเท่าใด เมื่อทำงานนี้เสร็จแล้วทำอะไรต่อไป

- กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกให้ชัดเจน

- รายละเอียดของกิจกรรม ได้แก่ ใบกิจกรรม เช่น ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบคำถามต่อไปนี้.....ให้สมาชิกกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติดังนี้.....เป็นต้น ซึ่งการมอบหมายให้ช่วยกันตอบ นั้นผู้สอนต้องตั้งประเด็นคำถามที่ชัดเจนและตรงกับสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนหรือที่จะให้เกิดการเรียนรู้

2.3 โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้า

โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้าพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ โดยใช้โปรแกรมเมทริกซ์ (Matrix Program) ที่ประยุกต์จาก The Matrix Intensive Outpatient Program ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาเกือบ 20 ปี โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ Matrix มหาวิทยาลัย UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระดับรุนแรงโดยเฉพาะโคเคน และยาบ้า ในแบบผู้ป่วยนอก ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาดีแต่ต้นทุนน้อย

การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดในโปรแกรมเมทริกซ์ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ความเอาใจใส่ ความสนใจ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้รับการบำบัด และความจริงใจของผู้บำบัด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพในการรักษา สิ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษามากที่สุด ก็คือ สัมพันธภาพ

ในการรักษา สัมพันธภาพเป็นโอกาสให้ผู้รับการบำบัด มีความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคนที่เอาใจใส่ดูแลเขา การติดยาเป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีความบกพร่อง ผู้รับการบำบัดต้องได้รับการปฏิบัติ อย่างให้เกิดและมีศักดิ์ศรี การเพิ่มความรู้สึกรู้คุณค่าในตัวเองไม่สามารถเกิดขึ้นในภาวะที่เลวร้ายและวิกฤต ผู้บำบัดต้องให้ความหวัง ให้กำลังใจ ให้ความเมตตา และให้การสนับสนุน

โปรแกรมประกอบด้วย การทำกิจกรรมระหว่างผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด (ผู้ติดยา) และครอบครัว เน้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดยาที่เกิดจากสมองติดยา ฝึกทักษะการเลิกยา และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือสำหรับผู้บำบัด และผู้รับการ บำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้าโดยได้ประยุกต์เนื้อหาในแต่ละกิจกรรม ให้มีความเหมาะสมกับสภาพผู้บำบัด และผู้รับ การบำบัด จำนวน 5 เล่ม คือ 1) คู่มือการปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) 2) คู่มือกลุ่มฝึกทักษะการ เลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) 3) คู่มือกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention Skills Group) 4) คู่มือกลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group) และ 5) คู่มือผู้รับการบำบัด

แนวคิดสำคัญในการบำบัดของกลุ่มบำบัดโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก คือการปรับเปลี่ยน ความคิด และการควบคุมพฤติกรรม ตามทฤษฎี Cognitive Behavioral Model เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม วิธีการสำคัญ คือ การให้ความรู้ใหม่ (Re-education) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด และการ ควบคุมพฤติกรรม โดยการจัดตารางเวลา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ที่ทำให้ห่างไกลจากสารเสพติด แนวทางในการบำบัด จึงเน้นที่ความคิด และพฤติกรรมในปัจจุบันไม่ลงลึกถึงพื้นเพเดิมและความขัดแย้งในจิต ใต้สำนึก (Unconscious Conflict) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เน้นการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนวิธีคิด บทบาทของ ผู้บำบัดจึงแตกต่างจากกลุ่มบำบัดชนิดอื่นตรงที่ผู้บำบัดต้องมีบทบาท 2 ด้านที่สมดุลกัน คือ บทบาทในการถ่ายทอดความรู้ และบทบาทในการเป็นผู้ให้การปรึกษา ส่วนวิธีการบำบัดใช้กระบวนการกลุ่มเป็นกลวิธีในการ บำบัด โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยปัญหาต่างๆ เริ่มจากการแลกเปลี่ยนความคิด แล้วนำไปสู่การ แลกเปลี่ยนความรู้สึกรู้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ มีส่วนร่วมในกลุ่ม ไม่รู้สึกว่าตัวเองโดดเดี่ยว เนื่องจาก ได้พบสิ่งอื่นที่มีประสบการณ์หรือมีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน การรวมกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้รับการบำบัด มีส่วนสร้างความหวังต่อกัน ที่จะฟันฝ่าอุปสรรค และมีแรงจูงใจที่จะมารับการบำบัดจนครบตามกำหนด การมี ส่วนช่วยเหลือกันทำให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นคุณค่าของตัวเอง ซึ่งเป็นพลังให้หยุดยาได้อย่างต่อเนื่องในที่สุด ในกระบวนการกลุ่มของโปรแกรมเมทริกซ์ จะเกิดลักษณะที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การได้รับความรู้ใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้รับการบำบัดว่า สัมพันธภาพเกิดจากความสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ทำให้รู้ว่าจะปฏิบัติตัวกับผู้อื่น อย่างไร และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น เรียนรู้ความจริงของชีวิต การเลียนแบบ การแนะนำ การระบาย ความรู้สึก ความผูกพันภายในกลุ่ม ความเป็นพวกเดียวกัน การถ่ายทอดความรู้สึก การเสียสละได้ช่วยคิดถึง ปัญหาผู้อื่น ช่วยกันแก้ไข และความหวัง ที่เห็นผู้อื่นดีขึ้น หรือสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ โปรแกรมเมทริกซ์ มี องค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (อุษา พิงธรรม, บรรณาธิการ, 2544)

1. การปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) หรือการบำบัดรายบุคคล (Individual Session) และการบำบัดร่วมกับครอบครัว (Conjoint Session) เป็นกิจกรรมแรกเริ่มที่ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัดและครอบครัวพบกัน เพื่อทำความเข้าใจในการเข้ารับการบำบัดด้วยกิจกรรมอื่นๆ ในโปรแกรม และการพบกันครั้งต่อไป การปรึกษารายบุคคลจะช่วยเสริมสร้างความร่วมมือในการบำบัดของผู้รับการบำบัดและครอบครัว และเป็นการติดตามผลการบำบัดตลอดโปรแกรม หลักสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลของโปรแกรมนี้ คือ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview) ซึ่งผู้บำบัดจะสามารถรับรู้ภาวะแรงจูงใจของผู้รับการบำบัดได้ชัดเจนในการปรึกษารายบุคคลมากกว่าการรับรู้โดยรวมในกลุ่ม ผู้บำบัดมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจในการบำบัดแก่ผู้รับการบำบัด เพราะแรงจูงใจของผู้รับการบำบัด ส่วนใหญ่ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นได้เอง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมาบำบัดต่อเนื่อง หรือในกรณีที่ผู้รับการบำบัดกลับไปเสพซ้ำ หรือไม่ร่วมมือในการบำบัด

การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (Conjoint Session) เป็นสิ่งสำคัญในการดึงผู้รับการบำบัดให้รับการรักษาลงครอคฝั่ง ความสัมพันธ์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้สมาชิกคนสำคัญในครอบครัวของผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้รับการบำบัดต้องตระหนักเสมอว่า ระบบครอบครัวได้รับผลกระทบจากกระบวนการเลิกยา ดังนั้น ต้องพยายามนำบุคคลสำคัญของผู้รับการบำบัดเข้าร่วมในการปรึกษารายบุคคลด้วย เป้าหมายของการบำบัดรายบุคคลและร่วมกับครอบครัวคือ

1. เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้บำบัด
2. ให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวจัดการกับเรื่องวิกฤต บรรยายภาพ ทราบวิธีจัดการกับปัญหาและอธิบายกระบวนการในการรักษา โดยผู้บำบัดเป็นผู้แนะนำ
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัด ได้พูดคุยเรื่องการติดยาอย่างเต็มที่โดยไม่มีการตัดสินว่า ถูกหรือผิดภายใต้ความสนใจอย่างจริงจังของผู้บำบัด
4. นำสมาชิกคนสำคัญในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา
5. กระตุ้นส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีของผู้รับการบำบัด
6. ให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกที่ผู้บำบัดเป็นเสมือนทั้งครู และผู้ฝึกสอน

การปรึกษารายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง กิจกรรมภาคบังคับครั้งที่ 1 ถึง 9 สำหรับครั้งที่ 10 เรื่องการวิเคราะห์การติดยาซ้ำ จะทำเฉพาะกรณีที่มีการติดยาซ้ำจะเห็นได้ว่าผู้บำบัดจะพบผู้รับการบำบัดแต่ละคนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้รับการบำบัดแต่ละคน ในกรณีผู้รับการบำบัดขาดการเข้ากลุ่มอื่นๆ หรือมีปัญหาผู้บำบัดจำเป็นต้องใช้การปรึกษาหรือบำบัดเฉพาะราย กิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง มี ดังนี้ 1) ข้อตกลงและคำยินยอมในการรักษา 2) การหยุดใช้ยาและการจัดการเวลาประจำวัน 3) สารกระตุ้นประสาทและเพศสัมพันธ์ 4) ผื่นเกี่ยวกับเสพยาระหว่างการเลิกยา 5) การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัด 6) ระยะฝ่าวุฒิสรรค 7) การสนับสนุนจากครอบครัว 8) อารมณ์ และการเลิกยาเสพติด 9) การประเมินภายหลังการบำบัด และ 10) การวิเคราะห์การติดยาซ้ำ

2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกฝนทักษะสำคัญที่ทำให้เลิกยาเสพติด เทคนิคต่างๆ จะเป็นเรื่องพฤติกรรมและเน้นว่าจะต้องทำอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร ผู้รับการบำบัดสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่จะทำให้เลิกยาเสพติดได้โดยง่าย ผู้บำบัดเพียงแต่ให้บอกวิธีในการเริ่มต้นเท่านั้น กิจกรรมในการบำบัดรักษาเป็นเพียงการให้ข้อมูล และการตามสนับสนุนกลุ่มจะนำโดยผู้บำบัดและผู้ช่วยที่เป็นผู้รับการบำบัดที่หยุดเสพยามาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน เป้าหมายกลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น คือ

1. ให้โอกาสผู้รับการบำบัด ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะพื้นฐานต่างๆ ของการหยุดเสพยาในระยะแรก รวมถึงการจัดตารางกิจกรรมประจำวัน

2. แนะนำผู้รับการบำบัดถึงวิธีการพื้นฐานที่จะช่วยให้หยุดเสพยาได้

3. แนะนำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เช่น กลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน และให้ถือเป็นส่วน

หนึ่งของการรักษาแบบ Matrix

4. ปูพื้นฐานให้ผู้รับการบำบัดพร้อมที่จะเข้าร่วมกลุ่มต่างๆต่อไป เช่น กลุ่มป้องกันการติดยา กลุ่มความช่วยเหลือทางสังคม และการประชุมกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน

5. ให้ผู้ช่วยกลุ่มเป็นแบบอย่างในการเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้น

6. ทำให้ผู้ช่วยกลุ่มมีความภาคภูมิใจในตัวเองกระตุ้นให้มีพัฒนาการที่ดีต่อไป

กิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น มีจำนวน 8 ครั้ง ดังนี้ 1) หยุดวงจรการใช้ยา 2) ระบุตัวกระตุ้นภายนอก 3) ระบุตัวกระตุ้นภายใน 4) แนะนำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง 5) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยา 6) ปัญหาต่างๆ ในการเลิกยาในระยะแรก 7) ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และ 8) ข้อควรจำง่าย

3. กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention Skill Group) กลุ่มนี้ถือเป็นหัวใจของโปรแกรมการรักษาแบบ Matrix จุดประสงค์ของกลุ่ม คือ เป็นเวทีให้ผู้ที่ยติดยาเสพติดได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับเรื่องราวที่เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูจากการติดยา และโปรแกรมการป้องกันการกลับเสพยาซ้ำ กลุ่มนี้ให้บรรยากาศที่จะมีการแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับการกลับไปเสพยา และการป้องกัน สัญญาณที่แสดงว่าจะมีการกลับไปเสพยาซ้ำจะถูกระบุออกมาได้โดยผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดด้วยกัน ผู้รับการบำบัดที่กำลังมีแนวโน้มกลับไปใช้ยาจะได้ออกใจได้ ในขณะที่เดียวกันผู้รับการบำบัดที่กำลังไปได้ดีในการรักษาก็จะได้รับการส่งเสริมสนับสนุน บรรยากาศกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายใต้การชี้แนะของผู้นำกลุ่ม ซึ่งกลุ่มจะนำโดยผู้บำบัดและผู้ช่วย เป้าหมายกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ คือ

1. ให้ผู้รับการบำบัดมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่อยู่ในระยะ recovery

2. เพื่อแสดงสิ่งที่สำคัญที่ช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ

3. ให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มได้ร่วมเสนอประสบการณ์ที่สามารถเลิกยาได้นาน

4. เพื่อสร้างความแน่นแฟ้นในกลุ่มผู้รับการบำบัด

5. เพื่อให้ผู้นำกลุ่มทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้รับการบำบัดด้วยกัน

6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน

กิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ มีจำนวน 32 ครั้ง ดังนี้ 1) สุรา: ยาเสพติด ที่ไม่ผิดกฎหมาย 2) ความเบื่อ 3) การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ 4) งานและการเลิกยา 5) ความรู้สึก ผิดและความละอายใจ 6) การทำตัวไม่ให้ว่าง 7) แรงจูงใจในการเลิกยา 8) การพูดความจริง 9) การเลิกเสพยา เสพติดทุกชนิด 10) เพศสัมพันธ์และการเลิกยา 11) การป้องกันการกลับไปติดยา 12) ความไว้วางใจ 13) จงทำ ตนเป็นคนฉลาดแต่อย่าเข้มแข็ง 14) เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต 15) ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและ การเงิน 16) การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยา ครั้งที่ 1 17) การดูแลตนเอง 18) ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไป เสพยา 19) ความเจ็บป่วย 20) การรับรู้ถึงความเครียด 21) การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยา ครั้งที่ 2 22) การลดภาวะตึงเครียด 23) วิธีจัดการความโกรธ 24) การยอมรับ 25) การสร้างเพื่อนใหม่ 26) การฟื้นฟู สัมพันธภาพ 27) การสวดมนต์ไหว้พระ/ ทำสมาธิ 28) พฤติกรรมซ้ำๆ/การป้องกัน 29) การจัดการความรู้สึก - ภาวะซึมเศร้า 30) โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน 31) มองไปข้างหน้า: จัดการแก้ปัญหาในช่วงเวลาหยุดพัก และ 32) หยุดเสพยาทีละวัน (วันต่อวัน)

4. กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group) เป็นกลุ่มแรกที่ได้รับ การบำบัด ครอบครัว จะได้เข้าร่วมกิจกรรม ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาถูกนำเสนอในกลุ่ม เป็นโอกาสที่ทำให้ผู้รับการบำบัด ครอบครัว รู้สึกใกล้ชิดกันและร่วมทำกิจกรรมการบำบัด ถ้าผู้รับการบำบัดมีความใกล้ชิดกับบุคคลที่สำคัญในครอบครัว บุคคลเหล่านั้นจะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเลิกยา โอกาสการบำบัดจะประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ถ้า บุคคลสำคัญ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการเลิกยา ผู้บำบัดต้องให้การศึกษ ส่งเสริม สนับสนุนให้ครอบครัว และผู้รับการบำบัดเข้าร่วมในกลุ่มครอบครัวศึกษา เป้าหมายกลุ่มครอบครัวศึกษา คือ

1. เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดยา การเลิกยา การรักษา และผลของความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. เพื่อสอน ส่งเสริม สนับสนุนการเป็นตัวของตัวเองของผู้รับการบำบัด และสมาชิก ในครอบครัวในความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดยา
3. ให้บรรยากาศที่สื่อให้เห็นความเป็นวิชาชีพ ที่ผู้รับการบำบัดและครอบครัวจะได้รับการ รักษาอย่างมีศักดิ์ศรีและให้เกียรติ
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวรู้สึกสบายในการรักษา
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัว มีประสบการณ์กลุ่มที่ไม่ทำให้ผล กระทบกับคนที่กำลังเลิกยาอื่นๆและครอบครัวของเขา
6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม โดยการมีส่วนร่วม ในกิจกรรม
7. เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่า กระบวนการเลิกยามีผลต่อสัมพันธภาพปัจจุบัน และในอนาคตอย่างไร

กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา มีจำนวน 10 ครั้ง ดังนี้ 1) ตัวกระตุ้นและการอธิบาย 2) สุรา และร่างกาย 3) ประสบการณ์การเลิกยาของสมาชิก 4) ขำขัน: จากสวรรค์สู่นรก 5) เส้นทางสู่การเลิกยา 6) มันไม่ใช่ปัญหาของฉัน 7) การหลีกเลี่ยงและจัดการกับการกลับไปติดซ้ำ 8) ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการติดยา 9) บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา และ 10) การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยา

2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบ Matrix เป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบเข้มในรูปแบบผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ติดเมตาแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดสารเสพติดที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ในรัฐ ลอสแอนเจลิส (Rawson RA et al, 2004) และได้ถูกปรับให้สามารถใช้ได้ในผู้ติดสารเสพติดโดยทั่วไป รวมทั้งผู้ติดสุรา (Rawson RA., Obert JL., McCann MJ., and Ling, W., 2005) จากการศึกษาทบทวนบทความวิชาการ และ ผลการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรม Matrix ในผู้ติดสารเสพติดประเภทต่างๆ นั้น พบว่า ได้มีงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดนี้อย่างกว้างขวางทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาเอง และในประเทศอื่นๆ (Rawson RA, et al. 2004.) สำหรับในประเทศไทย สถาบันธัญญารักษ์ ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในการนำมาบำบัดผู้ป่วยติดยาแบบผู้ป่วยนอก และได้ปรากฏงานวิจัยที่บ่งถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบ Matrix ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อถัก (meta-analysis) โดยวิโรจน์ วีระชัย และคณะ (2552) ที่สังเคราะห์งานวิจัยด้านสารเสพติดในระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 32 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบ Matrix model มีค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (effect size = 0.33) ซึ่งถือว่าเป็นขนาดที่ยอมรับได้ เนื่องจากงานวิจัยที่บ่งถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม Matrix ในการศึกษาทั้งหมดเป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ไม่ใช่งานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มักจะพบค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า

ในประเทศไทย รูปแบบการบำบัดจิตสังคมแบบ Matrix ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ติดสารเสพติดหลายชนิด ทั้งในผู้ติดสุรา (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550) ในนักเรียนที่สูบบุหรี่ (นัทธินี วัฒนวรานันต์ และคณะ, 2552) แต่ส่วนมาก มักพบการใช้โปรแกรมจิตสังคมแบบ Matrix ในผู้ติดสารเสพติดโดยรวม โดยให้การบำบัดผู้ติดสารเสพติดไม่ว่าจะเป็น ขำขัน กัญชา บุหรี่ สารระเหย พร้อมกันไป ไม่แยกว่าเป็นการติดสารเสพติดชนิดใดบ้าง ถึงแม้จะมีรายงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม Matrix ในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดหลายประเภทดังกล่าวแล้วแต่ก็มีการศึกษาอีกจำนวนหนึ่งที่ระบุถึงความจำเป็นในการประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าว ในการใช้กับผู้ติดสารเสพติดในสถานการณ์จริง เช่น เกษม ตั้งเกษมสำราญ (2546) รายงานถึง ความจำเป็นในการประยุกต์ใช้โปรแกรม Matrix ในการบำบัดผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการบำบัดสารเสพติดและเนื้อหากิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดมีจำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ จึงต้องแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามลักษณะความรุนแรงของการติด ทำให้การบำบัดมีความสะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมีรายงานการศึกษาวิจัย ที่ระบุถึงความต้องการในการปรับโปรแกรม Matrix ให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ติดสารเสพติดแต่ละชนิด เช่น ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย (2550) รายงานการใช้การบำบัดแบบ Matrix

ในผู้ปวยติสุราที่พบว่า อุปสรรคสำคัญ คือ การที่ผู้ปวยมาไม่ครบเวลาในการบำบัด เนื่องจากติดปัญหาเวลาในการมารับการบำบัดตรงกับเวลาที่ต้องไปประกอบอาชีพการงาน โดยมีผู้บำบัดครบโปรแกรมเพียง 31.7 % (13 ใน 41 คน) ทั้งที่พบว่า ผู้ปวยที่อยู่บำบัดครบโปรแกรมนั้น ไม่กลับไปดื่มเลยถึง 46.2% (6 คน) เหลือดื่มเป็นครั้งคราว 3 คน (23.1%) และกลับไปดื่มอีก 4 คน (30.8%) ผู้วิจัยจึงเสนอแนะถึงความจำเป็นในการปรับรูปแบบและเวลาในการให้บริการเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ติสุราให้มากขึ้น

ในขณะที่ในกลุ่มผู้ติดยาหรืก็มีรายงานถึงความจำเป็นในปรับเนื้อหาในการบำบัดแบบ Matrix เพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้ติดยาหรืเช่นกัน เนื่องจากอุปสรรคในการเลิกยาหรืนั้น ส่วนมากเกิดจากการไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการเลิกยาหรื โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่วัยที่ติดยาหรืมาเป็นเวลานานมักรับรู้โทษของยาหรืว่าเป็นเรื่องไกลตัว อีกทั้งเป็นสารเสพติดที่ราคาถูกและหาซื้อได้ง่าย ประกอบกับปัจจัยทางสังคมที่ไม่เพียงไม่ต่อต้านการติดยาหรื แต่บางครั้งยังถ่ายทอดภาพการใช้ยาหรืกับความโก้เก๋อีกด้วย ดังนั้น โปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาหรืในปัจจุบัน จึงเน้นการสร้างแรงจูงใจและสร้างความตระหนักในความสำคัญของการเลิกยาหรื โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสพยาหรืใหม่และเยาวชน ซึ่ง นัทธินี วัฒนวรานันต์ และคณะ(2552) รายงานถึงการพัฒนาหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรืในจังหวัดเชียงราย โดยเน้นความสำคัญการสร้างแรงจูงใจในการอดยาหรื กระตุ้นให้มีการเริ่มพฤติกรรมลด ละ เลิกยาหรื ร่วมกับการใช้ โปรแกรม Matrix เพื่อตอกย้ำและป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

สำหรับการบำบัดผู้เสพยาหรืสารระเหย พบว่า มีข้อเรียกร้องที่ชัดเจนถึงความเฉพาะเจาะจงของโปรแกรมการบำบัด ซึ่งการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบตรงกันว่า ผู้ใช้สารระเหยส่วนมากมักเป็นเยาวชน มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าผู้เสพยาหรืชนิดอื่นๆ เมื่อใช้สารระเหยเป็นระยะเวลานาน จนมีพยาธิภาวะของสมอง (Encephalopathy) ทำให้มีความเสื่อมของการรู้คิด (cognitive function) ทั้งอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ การประมวลผลของสมอง ความคิดริเริ่ม และพลังชีวิต ทำให้ช่วงชีวิตที่กำลังเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มีอาชีพการงานที่มั่นคง เกิดการสะดุด นอกจากนี้ สารระเหยไม่ได้เพียงทำลายสมองเท่านั้น รายงานวิจัยยังพบว่า การสูดดมสารระเหยเป็นเวลานานยังก่อให้เกิดการทำลายอวัยวะภายใน ทั้ง ตับ ไต ทำให้ผู้ปวยมีร่างกายที่ทรุดโทรม อาจไม่สามารถดูแลตนเอง หรือประกอบอาชีพได้ ทำให้รู้สึกแปลกแยกจากสังคม และการสูดดมสารระเหยในจำนวนมากยังก่อให้เกิดภาวะหัวใจวาย ที่เรียกว่า sudden sniffing death ได้ จะเห็นว่า ผู้ติดยาหรืแบบเรื้อรัง ซึ่งการทำลายร่างกาย จิตใจ และสมองได้เกิดขึ้นแล้ว การบำบัด จึงควรใช้รูปแบบการบำบัดที่กระชับ ค่อยเพิ่มลำดับความเข้มข้น และทำซ้ำๆ อีกทั้งเนื้อหาในการบำบัดก็ควรสะท้อนถึงการดูแลร่างกาย การซ่อมสร้างความหมายและความหวังในชีวิต การใช้ชีวิตอย่างกลมกลืนในสังคม ร่วมไปกับการลด ละ เลิกเสพยาด้วย ทั้งนี้ งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า มีโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับว่า มีความเฉพาะเจาะจงต่อการบำบัดผู้ปวยติดยาหรืสารระเหยในปัจจุบัน คือ โปรแกรม National Youth Solvent Addiction Program (NYSAP) ในประเทศแคนาดา ที่ได้นำเอา แนวคิดแบบจำลองทางความคิดและพฤติกรรมของการป้องกันการเสพติด (Marlatt & Gordon, 1985) มาผสมผสานกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น เกิดเป็นโปรแกรมการบำบัด ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ (Connection) การรับรู้ศักยภาพแห่งตน (Self-efficacy) และการมีจุดมุ่งหมาย รับรู้ความหมายแห่งชีวิตตน

(Meaning of life) ซึ่งพบว่า การบำบัดได้ผล จนหลายประเทศใช้เป็นต้นแบบในการบำบัด (Zhu XG. & Rieder M., 2012)

สำหรับในประเทศไทยนั้น พบโปรแกรมการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้คิดสารระเหยอยู่บ้าง โดย ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น (2550) ได้จัดทำกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้เสพติดสารระเหยในหน่วยงาน เป็นการจกกิจกรรมบำบัดระยะสั้น 1 สัปดาห์ มีกิจกรรมบำบัด ทั้งหมด 7 ครั้ง แยกเป็น กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย 6 ครั้งและสำหรับครอบครัว 1 ครั้ง เนื้อหาของกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1) โทษ พิษภัยของสารระเหย เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของยาเสพติด และสารระเหย กลไกการออกฤทธิ์ ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และการซื้อขายและการคิดยา กิจกรรมครั้งที่ 2) การส่งเสริมสุขภาพจิต ครอบครัว และการส่งเสริมการสร้างพลังใจ กำลังใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง เนื้อหาประกอบด้วย สุขภาพจิต ครอบครัว วิธีการอยู่ร่วมกับลูกวัยรุ่น แนวทางการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมขอเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและสังคม และการสร้างพลังใจ กำลังใจ ความภาคภูมิใจ กิจกรรม ครั้งที่ 3) ทักษะการปฏิเสธ กิจกรรมครั้งที่ 4) การยอมรับในตนเองและผู้อื่น กิจกรรมครั้งที่ 5) การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 6) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 7) การมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องเส้นทางสู่การเลิกสารระเหย และการดูแลผู้เสพติดสารระเหย อย่างไรก็ตาม โปรแกรมดังกล่าวเหมาะกับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะสั้น ไม่เหมาะสำหรับผู้เสพติดสารระเหยจนมีอาการร่วมทางจิตเวช ที่มาเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยบังคับบำบัดแบบไม่เข้มงวดที่ส่งเข้าบำบัดตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2551 ในระยะเวลา 120 วัน

นอกจากนี้ สถาบันธัญญารักษ์ (2551) ได้เสนอแนะแนวทางการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยไว้ว่า ถ้ามีรูปแบบการบำบัดให้กับผู้ป่วยสารเสพติดอื่นอยู่แล้ว ก็สามารถใช้รูปแบบสำหรับการบำบัดนั้นกับผู้ป่วยสารระเหยได้ แต่มีข้อควรระวังในระยะแรกๆ เนื่องจากผู้เสพติดสารระเหย มักมีการเรียนรู้ลดลง การควบคุมอารมณ์บกพร่อง ซึ่งมักจะดีขึ้นในระยะต่อมา รูปแบบการบำบัดในระยะแรกควรเป็นกิจกรรมที่ง่ายๆ ไม่ซับซ้อน จัดให้มีกิจกรรมเสริม เช่น เกมส่ คนตรี เพื่อช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ระยะเวลาจัดกิจกรรมแต่ละครั้งควรเป็นเวลาสั้นๆประมาณ 20-30 นาที และ ควรหลีกเลี่ยงใช้กลุ่มการเผชิญหน้า (Confrontation group) ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ (2554) ที่รายงานการถอดบทเรียนจากทีมผู้บำบัดในการจัดกิจกรรมบำบัดให้ผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวชแล้วพบว่า ลักษณะเฉพาะของผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ที่เป็นปัญหาในขณะร่วมกิจกรรมบำบัด คือ เฉื่อยชา เลื่อนลอย ไม่ค่อยมีสมาธิ สนใจสิ่งรอบข้างน้อย สับสน หลงลืม จดจำได้น้อย อ่าน เขียนไม่ได้ หรือในบางราย อ่าน เขียนได้แต่ช้ากว่าจะนึก หรือสะกดคำได้ สำหรับการจกกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ทีมผู้บำบัดจึงได้มีข้อสรุปถึงแนวทางการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกัน คือ ควรเป็นกิจกรรมที่เนื้อหา่ง่าย และกระชับ ใช้เวลา ไม่เกินช่วงระยะความใส่ใจ (attention span) ที่จะทำกิจกรรมของ

ผู้รับการบำบัด ไม่ควรเน้นเป็นผู้สอน เน้นให้ผู้รับการบำบัดได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้ลงมือปฏิบัติ และในบางกิจกรรมที่มีเนื้อหายาก ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ได้ช้า ผู้บำบัดต้องใช้ความพยายามมากขึ้น อธิบาย ขยายความ ไม่เร่งรัด ให้เวลาได้ค่อยคิดค่อยทำ ทั้งนี้อาจจะต้องปรับบางกิจกรรมที่มีเนื้อหายาก อีกทั้งควรมี การตัดหรือรวมเนื้อหากิจกรรมที่คล้ายคลึงกันเป็นกิจกรรมเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสน จดจำง่าย ไม่ เป็นภาระต่อความสามารถด้านการรู้คิดที่มีขีดจำกัด อีกทั้งทำให้เนื้อหาที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อสารระเหยมากขึ้น เพิ่มเติมเนื้อหาความรู้ด้านสารระเหย โดยเฉพาะผลกระทบที่ร้ายแรงด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของตน กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกเสพ นอกจากนี้ ทีมผู้บำบัดได้มีความเห็น ตรงกันว่า ควรเพิ่มกิจกรรมจากเนื้อหาโปรแกรม Matrix ที่มีอยู่ โดยเพิ่มเติมกิจกรรมสร้างสุขที่ช่วยให้ผู้เสพคิด สารระเหยได้มองเห็นทางเลือกในการใช้ชีวิตที่เหมาะสม และเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งและรับรู้ศักยภาพแห่งตน ซึ่งทีมผู้ บำบัดเห็นตรงกันว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับการบำบัดมีพลังใจที่จะลด เลิกการใช้สารระเหย การรักและเห็นคุณค่า แห่งตน จะช่วยรั้งให้ผู้ติดสารระเหยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง หักห้ามตนเองในการไม่ไปเสพยาซ้ำได้ ไม่รู้สึกด้อยจน แปลกแยกตนเองจากสังคม และ เปิดรับแรงสนับสนุนจากสังคมมากขึ้น ซึ่งช่วยสนับสนุนเนื้อหาของกิจกรรม ที่โปรแกรม Matrix ได้มุ่งเน้นอยู่แล้ว

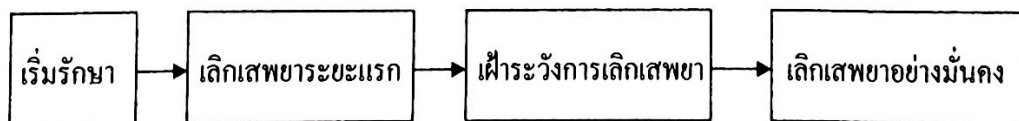
บทที่ 3

แนวคิดในการพัฒนาคู่มือ

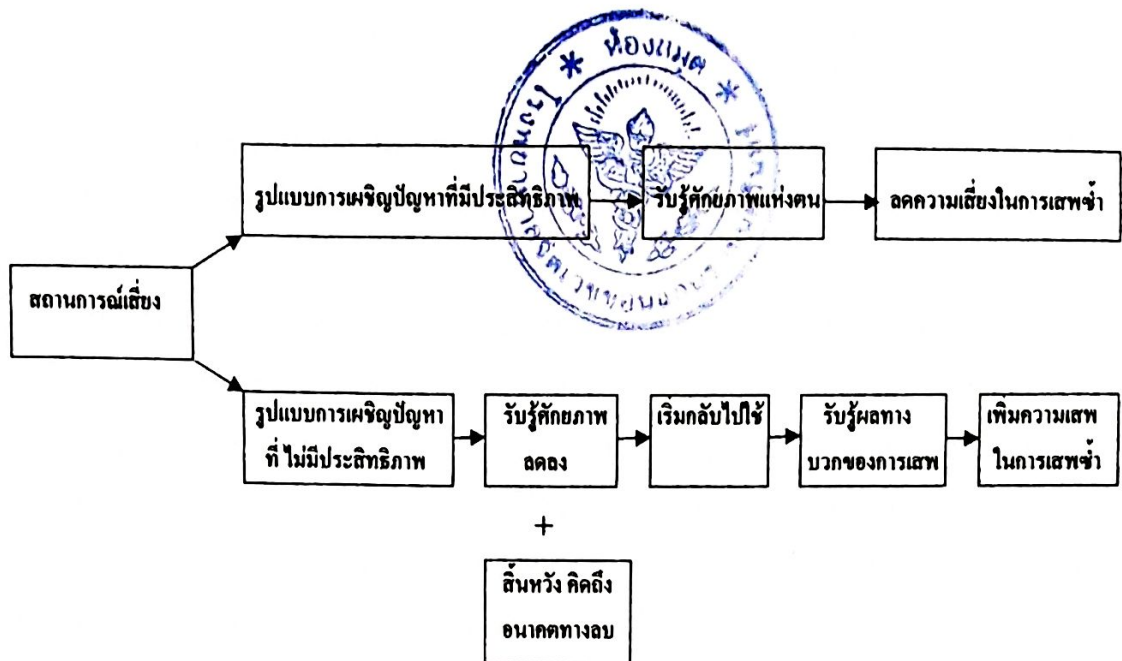
การจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช

คู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช เล่มนี้ เป็นคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้เสพติดสารระเหยลงมือปฏิบัติความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสพติด และเกิดความรู้ใหม่ โดยใช้หลัก 4 ประการ ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ ประสบการณ์เดิม การอภิปราย เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองและสะท้อนคิด ซึ่งหลัก 4 ประการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นี้ เป็นกระบวนการที่ได้รับการยอมรับว่า สามารถนำไปให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในลักษณะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นรูปแบบที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และผู้ป่วยจิตเวช (ชนาธิศา ปินะณาและ พรณิ บัญชรหัตถกิจ, 2556)

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ จะถูกนำมาใช้เป็นกระบวนการที่จะทำให้ผู้เสพติดสารระเหยเกิดการเรียนรู้เนื้อหาความรู้ และเกิดทักษะทางพฤติกรรมที่นำไปใช้ได้จริงโดยครอบคลุมแนวคิดด้านการเลิกเสพติด ในระยะเริ่มต้น (Early Recovery) ที่เป็นกระบวนการตลอดชีวิต (Life-Long process) เน้นให้ผู้ป่วยยึดมั่นต่อการเลิกเสพติด (Abstinence) ให้ได้จนชั่วชีวิต แนวคิดนี้เชื่อว่า เมื่อติดสารเสพติดแล้ว ชีวิตของผู้ติดจะแตกต่างจากผู้อื่นที่ไม่ได้ติดสารเสพติด ผู้ติดจึงต้องระวังตนเอง หักห้ามใจไม่ให้พลั้งเผลอไปใช้ และต้องยึดมั่นการระวังตนเองนี้ไปตลอดชีวิต โดยมีกระบวนการที่นำไปสู่การเลิกเสพติด ดังไดอะแกรม (Jacobson & Greenley, 2001)



โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้พยายามผลักดันผู้ป่วยจากเริ่มรักษา จนผู้ป่วยสามารถเลิกเสพติดอย่างมั่นคงให้ได้ อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันว่า อุปสรรคต่อการเลิกเสพติดที่สำคัญที่สุด คือ การพลั้งเผลอไปเสพติดซ้ำ ซึ่งจะต้องอาศัยแนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention) ที่อธิบายถึงกระบวนการกลับไปเสพติดซ้ำ และให้ความสำคัญต่อการที่ผู้บำบัดสร้างความรู้ และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว โดยที่ไม่แพ้ใจตนเองกลับไปเสพติดได้ เขาจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจควบคุมตนเองได้ นำไปสู่การรับรู้ศักยภาพแห่งตน (Self efficacy) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยยึดมั่นต่อกระบวนการเลิกเสพติดได้ แนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำนี้ มีกระบวนการที่อธิบายได้ดังไดอะแกรม (Marlatt & Gordon, 1985)



ทั้งนี้ ผลการวิจัย และแนวทางการบำบัดผู้ติดสารเสพติดในปัจจุบันได้บ่งชี้ไปในทางเดียวกันว่า ความเข้าใจจากครอบครัว แรงสนับสนุน การยอมรับและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อความเข้มแข็งทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่า และศักยภาพแห่งตน ทำให้สามารถต่อต้านความกดดันในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติดได้ (Bone R, et al. 2011) ดังนั้น นอกจากเนื้อหาการบำบัด ที่มุ่งให้ผู้ป่วยเลิกเสพอย่างถาวร และป้องกันการกลับไปเสพติดแล้ว การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึง ความจำเป็นในการต่อสู้ ปรับตัว เพื่อกลับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีทักษะที่จะติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและมีคุณค่าซึ่งเนื้อหาการบำบัดดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นในเนื้อหาครอบครัวศึกษา (Family Education) การฝึกทักษะทางสังคม การมีบทบาททางสังคม (Social Skills) นอกจากนี้ การทำความเข้าใจกับครอบครัวผู้ป่วยถึงความสำคัญของการกำจัดความคิดต่อผู้ป่วยและการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นเข้าใจและให้กำลังใจในการเลิกเสพ ก็เป็นเนื้อหาสำคัญที่ได้ถูกรวบรวมไว้ในคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดด้วย

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมของโปรแกรม Matrix ที่มีอยู่แล้ว มีเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญในการบำบัดผู้เสพติดสารระเหยตามแนวทางที่ผู้เชี่ยวชาญการบำบัดเฉพาะด้านสารระเหยได้แนะนำไว้อยู่แล้ว แต่อุปสรรคในการจัดประสบการณ์บำบัดที่พบ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องแยกบำบัดผู้เสพติดสารระเหยจากผู้ติดสารเสพติดอื่น และมีคู่มือที่มีความกระชับ และเฉพาะเจาะจง สะท้อนขั้นตอนและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้เสพติดสารระเหยที่มีข้อจำกัดด้านการรู้คิด และพยาธิสภาพทางสมอง

เพื่อที่จะปรับให้โปรแกรม Matrix มีความเหมาะสม และใช้การได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้เสพติดสารระเหย คณะผู้จัดทำคู่มือ จึงได้วิเคราะห์ และทดลองใช้ โปรแกรม Matrix ในผู้เสพติดสารระเหย ทั้งหมด 60 กิจกรรม แล้ววิเคราะห์ถอดบทเรียนจากผลการบำบัด เพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่ส่งผลต่อผู้เสพติดสารระเหยอย่างแท้จริง ทั้งนี้การสอนสุขภาพจิตศึกษาด้วยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้ถูกเลือกมาใช้เป็นกระบวนการสอนในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นวิธีการเรียนรู้ ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นหลัก และเน้นให้ผู้เรียนใช้ประสบการณ์เดิมของตนเองในการอภิปราย และ สะท้อนความคิด ซึ่งการเน้นการใช้ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยนี้เอง จะช่วยลดภาระในการคิดเชื่อมโยงจากตัวอย่างทั่วไป ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์ของตน การให้

สุขภาพจิตศึกษา ด้วยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ จะมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง ที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการรู้คิด เช่น ในผู้สูงอายุ หรือ ในผู้ดื่มสุรา (ศรีไพร ปอสิงห์ และ อนงค์ หาญสกุล, 2555; สุรัตน์ ปทุมบาล, 2555)

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสารระเหย ลักษณะเฉพาะของผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้า และการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ผ่านกระบวนการตามขั้นตอนการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ทำให้ได้คู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด ทั้งหมด จำนวน 45 กิจกรรม เนื้อหากิจกรรมครอบคลุมเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย จำนวน 1 กิจกรรม 2) การปรึกษารายบุคคล จำนวน 4 กิจกรรม 3) ทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น จำนวน 3 กิจกรรม 4) ทักษะป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ จำนวน 26 กิจกรรม 5) ครอบครัวศึกษา จำนวน 1 กิจกรรม 6) กิจกรรมสร้างเสริมทักษะชีวิต จำนวน 7 กิจกรรม และ 7) กิจกรรมสร้างสุข จำนวน 3 กิจกรรม ซึ่งเนื้อหากิจกรรมทั้งหมด มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย จำนวน 1 กิจกรรม เป็นความรู้ที่ผู้เสพติดสารระเหยจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความตระหนักในผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ครอบครัว วงจรการใช้สารระเหย ตำรวจ และทำความเข้าใจว่าตัวกระตุ้นใดมีผลต่อความคิด ความอยากเสพยาสารระเหย แยกแยะชนิดของตัวกระตุ้น และเรียนรู้วิธีการจัดการตัวกระตุ้น ซึ่งเนื้อหาเน้นเรื่องสารระเหยโดยเฉพาะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในสารที่ตนเองใช้โดยตรง เนื้อหาจะกระชับขึ้นเพราะไม่ได้กล่าวถึงสารเสพติดโดยรวม โดยได้ผนวกความรู้เกี่ยวกับสารระเหยที่ได้จากการค้นคว้า ร่วมกับความรู้เกี่ยวกับวงจรการใช้ยาเสพติด ตัวกระตุ้น และเรียนรู้วิธีการจัดการตัวกระตุ้นที่ได้จากคู่มือการปรึกษารายบุคคลของโปรแกรม Matrix

2. การปรึกษารายบุคคล คัดสรรเนื้อหากิจกรรมจากโปรแกรม Matrix ในองค์ประกอบการปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) มาจำนวน 4 กิจกรรม จากกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 10 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่คัดสรรมาดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้เสพติดสารระเหยได้เรียนรู้ว่า การใช้ชีวิตที่ผ่านมาส่งผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำอย่างไร ตารางชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปจากเดิมก่อนที่จะเสพยาอย่างไร มีแนวทางปรับปรุงตนเองได้อย่างไรเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตชีวิตได้ กิจกรรมที่คัดสรรมาจำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การหยุดใช้ยา และการจัดการเวลาประจำวัน 2) การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัด 3) ระบายความรู้สึก 4) อารมณ์ และการเลิกยาเสพติด

3. การฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น คัดสรรเนื้อหากิจกรรมจากโปรแกรม Matrix ในองค์ประกอบทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills) มาจำนวน 3 กิจกรรม จากกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 8 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้เสพติดสารระเหยได้เรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนปัญหาอื่นๆที่ตนเองต้องเผชิญในช่วงหยุดเสพยา และจะมีแนวทางดูแลตนเอง ซึ่งมีความจำเป็นที่ผู้เสพติดสารระเหยต้องวางแผนเตรียมรับสถานการณ์เหล่านั้นเพื่อลดแรงกดดันที่จะเกิดขึ้นได้ กิจกรรมที่คัดสรร

มาจำนวน 3 กิจกรรม คือ 1) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกลา 2) ปัญหาต่างๆ ในการเลิกลาในระยะแรก และ 3) ข้อควรจำง่าย

4. การฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ คัดสรรเนื้อหากิจกรรมจากโปรแกรม Matrix ในองค์ประกอบทักษะป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention Skills) มาจำนวน 26 กิจกรรม จากกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 32 กิจกรรม การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำเป็นหัวใจสำคัญที่ผู้เสพยาเสพติดควรต้องได้เรียนรู้ เนื่องจากเป็นช่วงของการฟื้นจากการติดยา กิจกรรมที่คัดสรรมาจำนวน 26 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความเบื่อ 2) การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ 3) งานและการเลิกลา 4) ความรู้สึกผิดและความละอายใจ 5) การทำตัวไม่ให้ง่าย 6) แรงจูงใจในการเลิกลา 7) การพูดความจริง 8) การเลิกเสพยาเสพติดทุกชนิด 9) เพศสัมพันธ์และการเลิกลา 10) การป้องกันการกลับไปติดยา 11) ความไว้วางใจ 12) จงทำตนเป็นคนฉลาดแต่อย่าเข้มแข็ง 13) เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต 14) ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน 15) การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยา ครั้งที่ 1 16) การดูแลตนเอง 17) ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยา 18) การยอมรับ 19) การสร้างเพื่อนใหม่ 20) การฟื้นฟูสัมพันธภาพ 21) การสวดมนต์ไหว้พระ/ ทำสมาธิ 22) พฤติกรรมซ้ำๆ การป้องกัน 23) การจัดการความรู้สึก - ภาวะซึมเศร้า 24) โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน 25) มองไปข้างหน้า : จัดการแก้ปัญหาในช่วงเวลาหยุดพัก และ 26) หยุดเสพยาทีละวัน (วันต่อวัน)

5. ครอบครัวศึกษา คัดสรรเนื้อหากิจกรรมจากโปรแกรม Matrix ในองค์ประกอบครอบครัวศึกษา (Family Education) มาจำนวน 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมบทบาทของครอบครัวในการเลิกลา และ กิจกรรมการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยา จากกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 10 กิจกรรม แต่เนื่องจากเนื้อหาสามารถเชื่อมโยงเป็นกิจกรรมเดียวได้ ประกอบกับครอบครัวมักมีปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่ต้องมาเข้าร่วมกิจกรรม จึงรวมกิจกรรมทั้งสองเป็น 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมบทบาทของครอบครัวในการเลิกลา และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมเป็นโอกาสที่ทำให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวรู้สึกใกล้ชิดกันและร่วมทำกิจกรรมการบำบัด

6. กิจกรรมสร้างเสริมทักษะชีวิต ความเข้าใจจากครอบครัว แรงสนับสนุน การยอมรับ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญอย่างยิ่งต่อความเข้มแข็งทางจิตใจที่จะช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดได้รับรู้คุณค่าและศักยภาพของตน ทำให้สามารถต่อต้านความกดดันในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำได้ ซึ่งได้ค้นคว้าข้อมูลความรู้ และคัดสรรเนื้อหากิจกรรมที่ผู้เสพยาเสพติดจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนี้

กิจกรรมเพื่อพัฒนาตนเองด้านจิตใจ การอยู่ร่วมกับผู้อื่น สัมพันธภาพที่ดี ตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และการเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ผู้เสพยาเสพติดจะได้เรียนรู้จากกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด จำนวน 5 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สนองต่อการพัฒนาผู้เสพยาเสพติด ดังกล่าว โดยได้คัดสรรจากคู่มือจัดกิจกรรมค่ายยาเสพติดสำหรับผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด จำนวน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณค่าของตนเอง กิจกรรมเป้าหมายชีวิตของฉัน และกิจกรรมอารมณ์นั้นสำคัญไฉน ส่วนอีกจำนวน 2 กิจกรรม คัดสรรจากคู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู คือ กิจกรรมจักรยานนี้มีข้อคิด และ กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งคัดสรรจากคู่มือวิทยาการการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจสมาชิกค่ายยาเสพติด

กิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้เสพติดสารระเหย มีทักษะที่จะหลีกเลี่ยงการให้กระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ โดยเฉพาะการถูกชักชวนจากกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติดที่อาจทำให้กลับไปใช้ซ้ำได้อีก จึงจำเป็นต้องได้เรียนเรียนรู้ ผู้เสพติดสารระเหยจะได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่คัดสรรจากคู่มือจัดกิจกรรมค่ายยาเสพติดสำหรับกลุ่มปกติและผู้เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด จำนวน 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมปฏิเสธอย่างไรไม่เสียเพื่อน

สำหรับกิจกรรมที่จะช่วยผู้เสพติดสารระเหย ได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม ได้คัดสรรกิจกรรมจากคู่มือวิทยาการการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจสมาชิกค่ายยาเสพติด มาจำนวน 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมทางออก

7. กิจกรรมสร้างสุข มีเหตุผลสนับสนุนมากมายให้คนใช้สารเสพติด เพราะทำให้ผู้ใช้เกิดความ สุข คลายทุกข์ การหาทางออกที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้เสพติดสารระเหยไม่กลับไปเสพซ้ำได้ กิจกรรมสร้างสุข จะช่วยให้ผู้เสพติดสารระเหยได้เรียนรู้วิถีของคนที่ออกไปที่ต้องจัดการความสุขของชีวิตในวัน เช่น การทำงาน พักผ่อน นอนหลับ ออกกำลังกาย ทำงานอดิเรกที่ชอบ หรืออื่นๆ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ไม่ว่างจนเกิดความรู้สึกเบื่อว่าไม่รู้จะทำอะไรและหาทางออกที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การหากิจกรรมให้ตนเองได้ทำหรือทำในกิจกรรมที่ชอบ และมีความสุข เป็นสิ่งจำเป็น โดยผู้เสพติดสารระเหยจะได้เรียนรู้จากกิจกรรมต่างๆ จำนวน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมทางเลือก กิจกรรมไหว้พระ/ทำสมาธิ และ กิจกรรมกีฬา

เนื้อหากิจกรรมทั้งหมด จำนวน 45 กิจกรรม ในคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช เล่มนี้ แต่ละกิจกรรมมีโครงสร้างของกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ สารสำคัญ วิธีดำเนินการ และสื่ออุปกรณ์ โดยมีแผนการจัดกิจกรรม ดังต่อไปนี้

- กิจกรรมครั้งที่ 1 โทษและพิษภัยของสารระเหย
- กิจกรรมครั้งที่ 2 ทางออก
- กิจกรรมครั้งที่ 3 ปฏิเสธอย่างไรไม่เสียเพื่อน
- กิจกรรมครั้งที่ 4 การจัดการกับอารมณ์
- กิจกรรมครั้งที่ 5 คุณค่าของตนเอง
- กิจกรรมครั้งที่ 6 เป้าหมายชีวิตของฉัน
- กิจกรรมครั้งที่ 7 บทบาทของครอบครัวในการเลิกยาและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน
- กิจกรรมครั้งที่ 8 การหยุดใช้ยาและการจัดการเวลาประจำวัน
- กิจกรรมครั้งที่ 9 การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัด
- กิจกรรมครั้งที่ 10 ระยะฝ่อาอุปสรรค
- กิจกรรมครั้งที่ 11 อารมณ์และการเลิกยาเสพติด
- กิจกรรมครั้งที่ 12 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยา
- กิจกรรมครั้งที่ 13 ปัญหาต่าง ๆ ในการเลิกยาระยะเริ่มต้น
- กิจกรรมครั้งที่ 14 ข้อควรจำง่าย ๆ (เคล็ดลับจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน)
- กิจกรรมครั้งที่ 15 ความเบื่อ

- กิจกรรมครั้งที่ 16 การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพติดซ้ำ
- กิจกรรมครั้งที่ 17 งานและการเลิกยา
- กิจกรรมครั้งที่ 18 ความรู้สึกผิดและความละอายใจ
- กิจกรรมครั้งที่ 19 การทำตัวไม่ให้ว่าง
- กิจกรรมครั้งที่ 20 แรงจูงใจในการเลิกยา
- กิจกรรมครั้งที่ 21 การพูดความจริง
- กิจกรรมครั้งที่ 22 การเลิกเสพติดทุกชนิด
- กิจกรรมครั้งที่ 23 เพศสัมพันธ์และการเลิกยา
- กิจกรรมครั้งที่ 24 การป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ
- กิจกรรมครั้งที่ 25 ความไว้วางใจ
- กิจกรรมครั้งที่ 26 จงทำตนเป็นคนฉลาด : แต่อย่าเข้มแข็ง
- กิจกรรมครั้งที่ 27 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต
- กิจกรรมครั้งที่ 28 ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน
- กิจกรรมครั้งที่ 29 การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยา
- กิจกรรมครั้งที่ 30 การดูแลตนเอง
- กิจกรรมครั้งที่ 31 ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพติด
- กิจกรรมครั้งที่ 32 อารมณ์นั้น สำคัญไฉน
- กิจกรรมครั้งที่ 33 จักรยานนี้มีข้อคิด
- กิจกรรมครั้งที่ 34 การยอมรับ
- กิจกรรมครั้งที่ 35 การสร้างเพื่อนใหม่
- กิจกรรมครั้งที่ 36 การฟื้นฟูสัมพันธภาพ
- กิจกรรมครั้งที่ 37 การสวดมนต์ไหว้พระ/ทำสมาธิเพื่อขอความสุขและเกิดปัญญา
- กิจกรรมครั้งที่ 38 พฤติกรรมซ้ำทำ/การป้องกันการหวนกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศอันเนื่องมาจากความใคร่
- กิจกรรมครั้งที่ 39 การจัดการกับความรู้สึก – ภาวะซึมเศร้า
- กิจกรรมครั้งที่ 40 โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน
- กิจกรรมครั้งที่ 41 มองไปข้างหน้า : จัดการแก้ปัญหาในช่วงเวลาหยุดพัก
- กิจกรรมครั้งที่ 42 หยุดเสพยาทีละวัน (วันต่อวัน)
- กิจกรรมครั้งที่ 43 กิจกรรมทางเลือก
- กิจกรรมครั้งที่ 44 ไหว้พระ / ทำสมาธิ
- กิจกรรมครั้งที่ 45 กิจกรรมกีฬา

โดยรายละเอียดของวิธีการจัดกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรม จำนวน 45 กิจกรรม ดังกล่าว ปรากฏ
ในเล่มคู่มือการจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติคสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:

วงศ์กมลโปรดักชั่น, 2544.

_____. คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: เบสท์ สตีป แอ็คเคอร์ไทซิง, 2554.

_____. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์ ร.ส.พ., 2544.

กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการนิเทศบริการจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก
สำหรับผู้ติดยาบ้า. ม.ป.ท., 2544.

เกษม ตั้งเกษมสำราญ. “โปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยนอกแบบประยุกต์โรงพยาบาลทองแสนขัน อำเภอทอง
แสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์”. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. (วันที่
19 - 21 สิงหาคม 2546 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร): หน้า 259 - 260.

จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, โรงพยาบาล. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ปีงบประมาณ 2553; 2554; 2555. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง, 2553; 2554; 2555.

ชนานิศา ปิ่นธนา และ พรณี บัญชรหัตถกิจ. “ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตร่วม
กับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง”. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 6 (มกราคม - มีนาคม
2556): 29- 36.

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย. “การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา: คิดตามผล
2 ปี”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 15 (กันยายน 2550): 170 -178.

นัทธินี วัฒนวรานันต์ และ คณะ. “รายงานวิจัยประสิทธิผลของหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ใน
สถานศึกษาในจังหวัดเชียงราย”. วารสารสาธารณสุขด้านนา 7 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2554): 142-157.

พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และบุญศิริ จันศิริมงคล. คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิก
บำบัด เล่มที่ 1 เรื่อง การประเมินปัญหาการใช้สารเสพติด. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์, 2555.

พิมพ์ทอง แจกจันทิก และสกุลรัตน์ จารุสันติกุล. คู่มือวิทยาการการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจสมาชิกค่าย
ยาเสพติด. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2546.

เขาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พชริน คุณคำชู, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร และศจี แซ่ตั้ง, บรรณาธิการ. คู่มือการวิจัย

และพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: เบสท์ สเต็ป แอ็คเวอร์ไทซิง, 2554

รัตนา สายพานิชย์, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อัญชลี จุมพฏ-จามิกร, อุไร บุรณพิเชษฐ์, เพ็ญใจ ทองพวง. “เปรียบเทียบ

ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix Program ในผู้ป่วยติดสุรากับผู้ป่วยติด

แอมเฟตามีน”. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 49 (2547): 3-13.

ลำช้า ลักษณะนิชนชัย. การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารระเหย. ใน ตำราการบำบัดผู้ป่วยเสพติดสารระเหย, หน้า

75-80, ลำช้า ลักษณะนิชนชัย และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2551.

_____. และวรพงษ์ สำราญทิมาวัลย์. ผลกระทบของสารระเหยต่อร่างกาย. ใน ตำราการบำบัด

ผู้ป่วยเสพติดสารระเหย, หน้า 29-57, ลำช้า ลักษณะนิชนชัย และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนัก

กิจการโรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2551.

วิโรจน์ วีรัชย์ และ คณะ. “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย: การวิเคราะห์อภิธาน”. J Med

Assoc Thai 92 (2009): 100 - 7.

ศิริพร ทองบ่อ, นิमित แก้วอาจ, อำพร โปสจา, นิภา ขอดสง่า และอาภาบุญ แดงวิบูลย์. การถอดบทเรียนการจัด

กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้เสพติดสารระเหยที่มีอาการร่วมทางจิตเวช. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่นราชชนรินทร์, 2554.

_____. และคณะ. คู่มือจัดกิจกรรมค่ายยาเสพติดสำหรับกลุ่มปกติและผู้เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด.

ขอนแก่น: เพ็ญพรินดิ้ง, 2546

_____. และคณะ. คู่มือจัดกิจกรรมค่ายยาเสพติดสำหรับผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด. ขอนแก่น:

เพ็ญพรินดิ้ง, 2546

ศรีไพร ปอสิงห์ และ อนงค์ หาญสกุล. “ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของระดับการปฏิบัติตัวในการดูแล

ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอดุสิต จังหวัดชัยภูมิ”. วารสารคณะพล

ศึกษา 15 (มกราคม -มิถุนายน 2555): 97-108.

ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น. รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยติดสารระเหย. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา, 2550.

ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สารระเหย. [เข้าถึง

จาก <http://nctc.oncb.go.th/subnctc/inhalant8.html>.]

สมพร สุวรรณมาโจ และลำซ่า ลักษณะนิชนัช. ความรู้เกี่ยวกับสารระเหย. ใน ตำราการบำบัดผู้ป่วยเสพติด
สารระเหย, หน้า 1-25, ลำซ่า ลักษณะนิชนัช และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการ โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2551.

สถาบันวิจัยรณรงค์. “การบำบัดรักษาเสพติดวิถีไทยจากปัจจุบันสู่อนาคต”. การประชุมวิชาการยาเสพติด
แห่งชาติ ประจำปี 2551 ครั้งที่ 9. วันที่ 14 - 16 กรกฎาคม 2551. ปทุมธานี.

สถาบันส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เชียงใหม่:

เชียงใหม่ บี เอส การพิมพ์, 2544

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด
ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ปี 2551. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552.

สุรัตน์ ปทุมบาล. “ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป”. วารสาร
สวนปรุง 28 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2555): 1-10.

องค์การอนามัยโลก. แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด: คู่มือเพื่อใช้สถาน
พยาบาลปฐมภูมิ. แปลและเรียบเรียงโดย สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ
พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. กรุงเทพฯ: คูณาไทย, 2554.

อุษา พึ่งธรรม, บรรณาธิการ. โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก: คู่มือการให้การปรึกษา
รายบุคคล (Individual Counselling). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
2544.

_____, บรรณาธิการ. โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก: คู่มือกลุ่มครอบครัว
ศึกษา (Family Education Group). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
2544.

_____, บรรณาธิการ. โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก: คู่มือกลุ่มฝึกทักษะการเลิก
ยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย, 2544.

_____, บรรณาธิการ. โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก: คู่มือกลุ่มฝึกทักษะป้องกัน
การกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention Skills Group). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย, 2544.

- Debra Dell and Carol Hopkins. Residential Volatile Substance Misuse Treatment for Indigenous Youth in Canada. **Substance Use & Misuse** 46 (2011): 107 - 113.
- Evelien Van Valen, Ellic Wekking, Gert Van der Laan., et al. The Course of chronic solvent induced encephalopathy : A systematic review. **Neuro Toxicology** (June 2009): 1172 - 1186.
- Jacobson N, Greenley D. What is Recovery? A conceptual model and Explication. **Psychiatric Service** 52 (2001): 482 - 5.
- Kultegin Ogel, Sibel Coskun. (2011). Cognitive Behavioral Therapy-Based Brief Intervention for Volatile Substance Misusers During Adolescence : A Follow-Up Study. **Substance Use & Misuse** 46 (2011): 128 - 133.
- Matthew O. Howard, Scott E. Bowen, Eric L.Gardon., et al. Inhalant Use and Inhalant Use Disorder in the United States. **Addiction Science & Clinical Practice** (July 2011): 18 - 31.
- Malesevich, D., and Jadin, T. Of huffers and huffing : A survey of adolescent inhalant abuse. In: Center for Substance Abuse Treatment. Treating Alcohol and Other Drug Abuses in Rural and Frontier Areas : 1994 Award for Excellence Papers. **Technical Assistance Publication Series 17. DHHS Publication Number(SMA) 95-3054**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995.
- Marlatt, G.A.; and Gordon, J.R. EDS. **Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors**. New York: Guildford Press, 1985.
- Moniek S. E. van Hout, B. Schmand, Ellie M. Wekking, Betto G. Deelmam. Cognitive functioning in patients with suspected chronic toxic encephalopathy : evidence for neuropsychological disturbances after controlling for insufficient effort. **Neural Neurosurg Psychiatry** 77 (2006): 296 - 303.
- Moniek S. E. van Hout, Ellie M. Wekking, Ina J.Berg, Betto G. Deelmam. Psychosocial and Cognitive Rehabilitation of Patients with Solvent-Induced Chronic Toxic Encephalopathy: A Randomised Controlled Study. **Psychother Psychosom** 77 (2008): 289 - 297.
- Rawson, R.A., Obert, J.L., McCann, M.J., Ling, W. The Matraix Model Handouts and Worksheets The Family Unit Spanish **CD-Rom**. Center City. Minesota Hazelden, 2005.

Rawson RA., Marinelli - Casey M, Aglin M.D. et al. A Multi-site Comparison of Psychosocial Approaches for the Treatment of Methamphetamine dependence. **Addiction** 99 (2004): 708 - 717.

Russell Bone, Colleen Dell, Monique Koskie, Michelle Kushniruk and Cynthia Shorting. The Lived Experience of Volatile Substance Misuse : How Support Contributes to Recovery and Sustained Well-being . **Substance Use & Misuse** 46 (2011): 119 - 127.

Sheree Cairney, Nicole O Connor, Kylie M. Dingwall., et al. A prospective study of neurocognitive changes 15 years after chronic inhalant abuse. **Addiction Research Report** 108 (2013): 1107 - 1114.

Zhu XG J.&Rieder M. Intervention for Inhalant Abuse among First Nations Youth. **Paediatric child Health**: 17 (August-September 2012): 391 - 392.

รายชื่อที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ประภาส อุครนันท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. นายแพทย์อิทธิชัย นาคสมบุรณ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผศ. ดร. จินตนา ลีละไกรวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ดร.ชนกฤทัย ชื่นอารมณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. นางสาวธิดา รัตนสมบัติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์