

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่จะเลิกใช้เฮโรอีนของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย มาใช้ประกอบโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดเฮโรอีน
2. ปัจจัยกำหนดความตั้งใจแสดงพฤติกรรม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดเฮโรอีน

เฮโรอีน เป็นสารเสพติดที่รู้จักกันแพร่หลายมานาน จัดเป็นสารเสพติดชนิดร้ายแรง เริ่มคิดค้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2441 โดยนักเคมีชาวเยอรมันชื่อ Dressen ได้นำมอร์ฟีนมาผสมกับ น้ำยาเคมีอะซีติกแอนไฮไดรด์ (acetic anhydride) หรืออะซีติคลอไรด์ (acetyl chloride) จึงเกิดเป็นเฮโรอีน ทำให้มีฤทธิ์รุนแรงหรือสูงกว่ามอร์ฟีน 5-8 เท่า ในสมัยแรก ๆ นิยมนำมาใช้เป็น ยาระงับอาการไอ ระงับอาการเจ็บปวด ต่อมาเมื่อพบว่าเฮโรอีนมีฤทธิ์ในการเสพติดได้ง่าย แต่เลิกยากจึงสั่งระงับการใช้ยานี้ สำหรับประเทศไทยได้สั่งระงับการใช้เฮโรอีนเป็นยารักษาโรค และระงับอาการไอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้สารเฮโรอีนเป็น สารเสพติดชนิดร้ายแรง (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2531)

ชนิดของสารเสพติดเฮโรอีน

เฮโรอีนที่แพร่ระบาดในประเทศไทย ตามที่ตรวจพบมี 2 ชนิด คือ

1. เฮโรอีนบริสุทธิ์(pure heroin) มีลักษณะเป็นผงสีขาว ละเอียด ไม่มีกลิ่น รสขมจัด ทางราชการ เรียกเฮโรอีนเบอร์ 4 เรียกกันในหมู่ผู้เสพยาว่า “ผงขาว” ใช้วิธีละลายน้ำแล้วฉีดเข้า หลอดเลือดดำ

2. เฮโรอีนผสม (mixed heroin) มีลักษณะเป็นเกล็ด ไม่มีกลิ่น รสขมจัด โดยการนำสารอย่างอื่นผสมลงไปในเฮโรอีนบริสุทธิ์ โดยผสมกับบุหรี่ยาบหรือเจือปนในอาหาร เครื่องดื่ม หรือเกร็ดเฮโรอีนใส่ผงตะกั่วบุหรี่ยาบแล้วใช้ไฟรน จะเกิดปฏิกิริยาเป็นควันไอระเหยแล้วสูดเข้าไป เรียกเฮโรอีนประเภทนี้ว่า เฮโรอีนเบอร์ 3 ซึ่งเป็นเฮโรอีนที่มีพิษร้ายแรงกับผู้เสพยา

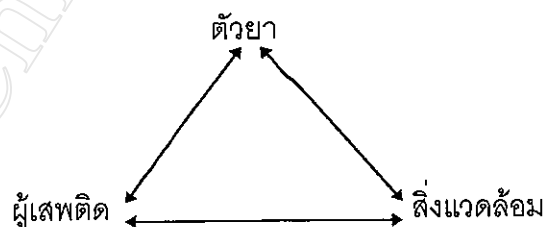
สาเหตุของการเสพติดเฮโรอีน

ในการรักษาโรคใด ๆ ก็ตาม การรักษาจะต้องเป็นไปตามองค์ประกอบของโรคนั้น ๆ การรักษาให้หายขาดจะต้องแก้ที่ต้นตออันเป็นสาเหตุของโรคให้ได้ ยาเสพติดเป็นเพียงเสมือนอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ บุคลิกภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ (จรัสสุวรรณเวลา, 2523) เพื่อให้เข้าใจสาเหตุของปัญหาเสพติดเฮโรอีนควรทราบถึงองค์ประกอบของปัญหาเสพติดโดยทั่วไปดังนี้

1. ตัวผู้เสพติด (addict)
2. ตัวยาหรือสารเสพติด (drug or substance)
3. สิ่งแวดล้อม (environment)

ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัย จะมีผลต่อกันและกันอย่างที่จะละเว้นสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ เมื่อจะพิจารณาปัญหาการติดเฮโรอีน การวางแผนการรักษา การป้องกัน และการแก้ปัญหาทั้งในภาวะเฉียบพลันและในอนาคต

ลักษณะความเกี่ยวพันของปัจจัยทั้ง 3 นี้ อาจเขียนเป็นภาพง่าย ๆ ดังนี้



1. ตัวผู้เสพติด (addict) มีข้อสังเกตว่า คนที่ติดยาหรือสารเสพติดนั้น จะไขว่คว้าหาสารที่เขาเสพติดมาใช้ เพราะไม่ทราบว่ามันจะเกิดพิษร้ายแรง เพราะมีทุกข์ใจมากและไม่รู้วิธีการจะดับทุกข์ อยู่ในวัยคะนอง ขาดความรอบคอบ ถูกชักจูงโดยวิธีการต่าง ๆ ถูกกระแสความนิยมในสังคมแฟชั่น ในรูปแบบกดดันจากกลุ่มให้ต้องใช้สารนั้น ๆ แต่ก็คิดว่าคนในกลุ่มที่มีปัญหา

เหมือนกันร่วมอยู่ในสังคมและวัยเดียวกัน แต่ก็ไม่ใช่ผู้ติดยาอื่นเหมือนกัน หรือแม้จะมีเจตคติในการใช้ยาหรือสารต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของตน คนต่างท้องที่ ต่างวาระ ก็จะมีควมสนใจเลือกใช้สารเสพติดต่างกัน วิธีเสพก็แตกต่างกันไป ซึ่งลักษณะของผู้ติดยาอื่นคือ ผู้เสพยาติดยาจะมีอายุอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 16-24 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง เพราะยาอื่นต้องการตลาด มีผู้ผลิตนำมาขายและขายปลีกย่อยให้ ผู้เสพยาติดยาเกี่ยวข้องกับคนหลายคนจึงต้องอยู่ในที่ที่เจริญและมักพบว่าเด็กวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียนหรือระบบการศึกษา มีปัญหายาเสพติดชนิดนี้มากกว่าเด็กนอกโรงเรียนการศึกษา (บรรจง สืบสมาน, 2536 : 621)

จากประสบการณ์บำบัดรักษาผู้ติดยาอื่นของบรรจง สืบสมาน (2536) มีข้อพิจารณาเกี่ยวกับตัวผู้ติดยาอื่นดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางกรรมพันธุ์ คนทุกคนจะมีปฏิกิริยาต่อสารเสพติดชนิดเดียวกันในขนาดเท่ากันหรือแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคคล สภาพร่างกายทางระบบประสาท การแพ้ (allergy) หรือสภาพ metabolism ของแต่ละคน

2. อายุ คนในช่วงอายุแตกต่างกัน การคิดการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาชีวิต การทนต่อความทุกข์และความมั่นคงทางจิตใจย่อมแตกต่างกัน

3. บุคลิกภาพ โดยทั่วไปบุคลิกที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ติดยาได้ง่ายมักประกอบด้วยลักษณะซี้ดงวอล ปรับตัวยาก ชอบพึ่งพาคนอื่น เก็บกดอารมณ์ หรือความคับแค้นใจ ปลดปล่อยตามแรงผลักดันและต่อต้าน (impulsive and rebellious) จากการศึกษาผู้ติดยาอื่นด้วยการใช้ Rorschach Test ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีลักษณะ immature, anxious, less secure และมีแนวโน้มที่จะ outburst ได้ง่าย

สำหรับบุคลิกภาพผิดปกติอื่น ๆ เช่น antisocial personality disorder, narcissistic personality disorder ก็อาจพบได้

ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ บุคลิกของผู้ติดยาอื่นหลังจากเสพยาติดยาแล้ว มักมีลักษณะคล้ายคลึงกันในแบบพูดเก่ง แต่เชื่อถือไม่ค่อยได้ หมกมุ่นอยู่กับเรื่องเสพยาติดยาทำอะไรทุกอย่างเพื่อแลกกับยาเสพติด มีลักษณะเสื่อมลงทั้งทางร่างกาย บุคลิกภาพ จิตใจ วินัย เพื่อนที่คบก็เฉพาะพวกที่เสพยาติดยาด้วยกัน

4. ผู้เสพยาติดยามีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตร่วมด้วย การเจ็บป่วยอาจเป็นเหตุให้ผู้ติดยาใช้ยาอื่นเป็นยาเพื่อรักษาหรือลดอาการให้ตัวเอง ที่พบได้คือ ผู้ติดยาเรื้อรัง มีอาการเจ็บป่วยติดต่อกันนาน ๆ หลังการผ่าตัด กระดูกหัก หรือเพื่อช่วยอาการนอนไม่หลับ คิดมาก อาการหูแว่ว เมื่อใช้ยาอื่นก็ลดอาการได้

5. ใช้สารเสพติดเพื่อช่วยลดความเครียดในการทำงาน การปรับตัวในชีวิตประจำวัน เครียด และไม่รู้จักคลายความเครียดอย่างอื่น หรือสภาพชีวิตที่ต้องแยกจากครอบครัว ว้าเหว่ ขาดที่ปรึกษา

6. สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข การที่จะสรุปว่าครอบครัวชนิดใดสร้างผู้ติดเฮโรอีนมากกว่าย่อมเป็นการยาก มักขึ้นอยู่กับลักษณะบรรยากาศในครอบครัว แบบแผนการพูดจา สื่อความหมาย การแสดงอารมณ์ แต่น่าสังเกตว่าเมื่อใดครอบครัวมีบรรยากาศไม่น่าอยู่ สมาชิกในครอบครัวไม่อยากกลับบ้าน จะเสมือนมีแรงผลักดันให้เขาอยู่นอกบ้าน แล้วก็จะถูกแรงจูงใจจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีนอกบ้าน ให้เข้าสู่สังคมของการใช้ยาเสพติดเพื่อความทุกข์ใจ จนเสพติดในที่สุด

7. อิทธิพลจากเพื่อน (peer influence) ความหมายข้อนี้เน้นที่กลุ่มวัยรุ่นมากกว่าอายุอื่น โดยเฉพาะจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างวัยรุ่นที่มีสภาพครอบครัวไม่เป็นสุข จะถูกอิทธิพลเพื่อนชักจูงไปในทางใช้เฮโรอีนได้ง่าย เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีบรรยากาศเหมาะสม พ่อแม่ลูกมีความอบอุ่น พูดจาปรึกษากันได้ เพื่อนก็มักไม่มีอิทธิพลในการจะไปชักจูงให้มาใช้เฮโรอีน

สิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวผู้ป่วยยาเสพติดมากที่สุดคือบ้านและครอบครัวของเขาเอง ถ้าจะพูดว่าครอบครัวลักษณะใดสร้างปัญหาเสพติดมาก ก็คงต้องตอบว่าไม่มีลักษณะครอบครัวใดชี้ชัดลงไป แต่มีลักษณะบางประการในแง่การสื่อสาร การอบรมเลี้ยงดู การแสดงอารมณ์ต่อกัน (emotional expression) และความคาดหวัง (expectation) ซึ่งมีลักษณะที่พบบ่อย ๆ ในครอบครัวของผู้ติดเฮโรอีน ดังนี้

1. Failure of communication โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างพ่อกับลูก หรือพ่อแม่กับลูก ในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น

1.1 มักพูดกันเฉพาะ negative communication ไม่มีการชมหรือให้กำลังใจ แต่มีท่าทีจับผิด หรือพูดเฉพาะด้านลบว่า

1.2 พูดประชด (vicarious communication) คือพูดเป็นเชิงยุยงให้ทำเลว หรือไปเสพติดเสียเลยถ้าทำได้

1.3 เด็กใช้วิธีทำผิดเพื่อให้พ่อแม่สนใจ เอาใจใส่ตัวมากขึ้น (a cry for help) เช่น เกเรเรียน ไม่กลับบ้านตรงเวลา เริ่มใช้ยาเสพติด หรือให้ตำรวจจับ ซึ่งลักษณะการทำผิดเพื่อเรียกร้องความสนใจนี้มักจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

1.4 พ่อแม่ที่มีท่าทีปฏิเสธลูกอย่างมาก (massive parental denial) พ่อแม่มักมีท่าทีปฏิเสธการทำผิดของลูกแม้จะเห็นอยู่ก็ทำเหมือนไม่เห็น มักแสดงว่า “ลูกฉันต้องเป็นคนดี ไม่ใช่ลูกฉันที่ไปติดยาเสพติด”

2. ปัญหาการเก็บกดอารมณ์โดยเฉพาะความโกรธในครอบครัว โดยทำที่ว่าไม่สามารถยอมรับความโกรธที่แสดงออก ถือว่าไม่ดี เป็นกิริยาต่ำ แสดงว่าไม่อบอุ่น ไม่รักกัน อารมณ์ที่แสดงต่อกันในครอบครัว ต้องดีเข้าหากัน แสดงกิริยาดี ซ่อนเก็บความโกรธไว้

3. การคาดหวังเกี่ยวกับตัวเด็กที่อาจส่งผลในทางไม่ดี (pathogenic parental expectations) มักจะเป็นไปในทางตั้งความหวังในตัวลูกสูงเกินไป และเด็กไม่สามารถทำตนให้ประสบผลสำเร็จตามความหวังของพ่อแม่ได้ ประกอบกับพ่อแม่ใช้ความสำเร็จของลูกเป็นเงื่อนไขที่จะให้ความรักแก่ลูกด้วย หรือกรณีที่ตั้งความหวังในทางชั่ว (มักแสดงออกโดยการพุดจาด้วยอารมณ์ แสดงความลำเอียง หรือไม่คิดว่าลูกจะเจ็บใจจำใส่ใจ) เด็กมักแสดงออกว่ามีปมด้อย เป็นผู้แพ้ และทำตัวเลวทรามตามคำพ่อแม่ที่คาดหวัง

การพิจารณาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านตัวยา และตัวผู้เสพติดโดยตรงจะประกอบด้วย

ก. Availability) คือมียาและสารเสพติด (มากหรือน้อย) ในสิ่งแวดล้อม ถ้ามีอยู่มาก ก็สะดวกที่คนมีทุกซ์ต้องการหาความสุขแบบใช้สารเคมี ก็จะหามาใช้ได้ง่าย สังเกตได้ว่ามาตรการต่อต้านยาเสพติดในหลายประเทศ พยายามมุ่งที่จะแก้ปัญหาที่จุดนี้ คือป้องกันไม่ให้สารเสพติดเข้าประเทศของเขาได้มากที่สุด

ข. Access คือผู้มีวิธีหรือหนทางที่จะหยิบ ขื้อหาสารหรือยาเสพติดมาใช้ได้อย่างง่ายดาย

ค. Opportunity มีโอกาสที่จะใช้บ่อย ๆ เช่น มีเวลาว่าง มีสถานที่เหมาะสมที่กลุ่มที่เสพด้วยกันจะไปพบปะมั่วสุม มีเงินทองที่จะจับจ่ายซื้อสารนั้นมา โอกาสที่อำนวยให้ทำให้เกิดความถี่ของการใช้มากขึ้น (frequency)

ง. Willingness to use ผู้ใช้เกิดความพอใจที่จะใช้ยาเสพติด เพราะการใช้ทำให้มีความพอใจและความสุข (pleasure) เป็น self-rewarding และเป็น reinforcement ให้ใช้ซ้ำ ๆ ด้วย (บรรจง สืบสมาน, 2536 : 626)

ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคของผู้ติดเฮโรอีน

1. Early stage : Heavy use, Beginning abuse

ผู้เสพติดจะใช้เฮโรอีน โดยเพิ่มขนาดมากขึ้น ต้องใช้ประจำหรือใช้บ่อยกว่าเดิม โดยความจงใจ หรือตั้งใจของเขาเอง และมักให้เหตุผลในเชิง Symptomatic usage เพราะเมื่อไม่ใช้ จะเริ่มแสดงอาการของการขาดยาต่าง ๆ เริ่มคบเกาะกลุ่มกับคนติดยาเสพติดด้วยกัน

2. Middle stage ; Dependence, Addiction

ขนาดที่ใช้ (dose) สูงขึ้นกว่าเดิมมาก เพราะเหตุผลทางความทนยา (tolerance) เพิ่มความถี่ของการใช้มากขึ้น เพื่อให้คงความรู้สึกสบาย ถ้าขาดไปแสดงอาการขาดยาชัดเจน สังเกตว่าถ้าในภาวะที่ขาดเฮโรอีน อาจใช้การดื่มเหล้ามาก ๆ ยากล่อมประสาทแรง ๆ ยาแก้ไอที่เข้าตัวยาในกลุ่มฝิ่น เป็นการผัดผ่อนชั่วคราวจนกว่าจะมาใช้ได้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการเสื่อมถอย (deterioration) ทางด้านการงาน ครอบครัว บุคลิกภาพ ไม่มีความรับผิดชอบพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งอาจมีปัญหาทางเพศในลักษณะ Impotence

3. Advanced stage : Disability, Death

ผู้ป่วยมีลักษณะเสื่อมโทรมมาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคแทรกจากพิษของเฮโรอีนและความสกปรกที่รับเข้าไปพร้อมกับวิธีการเสพ ทำให้เกิดโรคติดเชื้อหรือโรคแทรกซ้อนทางระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยมักมีลักษณะต้องพึ่งพาคนอื่นในการจัดการ สิ่งต่าง ๆ ให้ถ้าถูกครอบครัวปฏิเสธหรือทอดทิ้ง ก็อาจพบเป็นปัญหาสังคมและต้องการพึ่งบริการจากรัฐ มักขาดอาชีพหรือถ้ายังพอหาเงินได้ ก็จะใช้จ่ายในเรื่องเฮโรอีนทั้งหมด มักตายก่อนถึงวัยอันควร จากสภาพร่างกาย โรคแทรก หรืออุบัติเหตุ หรือฆ่าตัวตาย

อาการที่แสดงในระยะต่าง ๆ

1. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มักแยกตัวจากคนอื่น ๆ หมกมุ่นครุ่นคิดถึงเฮโรอีน และวิธีการที่จะได้มา ในระยะติดลึก (hard core case) ถึงกับยอมทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เฮโรอีน มักแสดงความหุนหันุนใจฉุนเฉียว (impulsive) และ impaired judgement ในเรื่องการทำงาน หรือการใช้จ่ายเงินของตัวเอง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ในระยะแรก ๆ ถ้าคนใกล้ชิดพูดถึงลักษณะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากเดิม เขามักปฏิเสธ (denial) และใช้วิธีกล่าวโทษ (projection) สิ่งอื่นหรือคนอื่น แสดงความวิตกกังวลซึ่งจะมากขึ้นพร้อม ๆ กับการติดสารเสพติดมากขึ้น อารมณ์แสดงออกทางซึมเศร้า รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า บางครั้งมีอาการรุนแรง ในระยะติดลึกแสดงความรู้สึกสิ้นหวังหมดอนาคต ไม่มีใครช่วยได้ และมักคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ในบางขณะ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สัมพันธภาพส่วนบุคคลเสียไปพร้อม ๆ กับการใช้เฮโรอีนมากขึ้น เริ่มจากในบ้าน เพื่อนฝูง ญาติ และการงานอาชีพ โดยคนรอบข้างมักแสดงความผิดหวังและขุ่นเคืองที่ผู้ป่วยติดเฮโรอีน ไม่ทำตามสัญญา ขาดความรับผิดชอบ ทำให้ไม่มีใครอยากคบหรือทำงานร่วมด้วย เพื่อนมีน้อยลง เหลือแต่เพื่อนที่ใช้เฮโรอีนด้วยกันเป็นส่วนมาก

ในครอบครัว ผู้ติดยาอื่นจะขาดความรับผิดชอบตามบทบาทที่ดีของตน ขาดวินัย และความรับผิดชอบ ก่อปัญหาทางอารมณ์ และความขมขื่นใจให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

4. การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (biomedical changes) การเปลี่ยนแปลงนี้มักสังเกตเห็นในระยะเวลาที่ผู้ติดยาอื่นเสพยาติดอย่างจริงจัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในแต่ละคนก็แตกต่างกันตามสภาพร่างกายเดิม โรคแทรกจากการใช้ยาอื่น และพิษจากยาอื่น โดยทั่วไปจะสังเกตเห็นภาวะทุพโภชนาการในขนาดต่าง ๆ ร่องรอยของอุบัติเหตุ ความเสื่อมทางระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย และโรคจากการติดเชื้อ ความเสื่อมทางเพศ (sexual function)

อาการและอาการแสดงของผู้ติดยาอื่น

ยาอื่น จะเป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทหรือต่อจิตประสาท (psychoactive substances) โดยทั่วไปมักมีฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะที่ neuro-neural (synaptic) junction ซึ่งมีผลต่อ neurotransmitters และเหตุผลที่ช่วยเสริมให้ผู้ติดยาหรือยาพวกนี้ อย่างไม่เหมาะสมไม่ควรจนเกิดปัญหาการเสพยา ก็อาจจะเป็นผลจากสารหรือยาพวกนี้ที่สามารถช่วยให้เกิด

1. กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (facilitate social interaction)
 2. เปลี่ยนแปลงความรู้ตัวและสติสัมปชัญญะ (alter consciousness)
 3. ช่วยแก้สภาพอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา (to heal) เช่น ลดความเศร้า ความคับแค้นใจ ปมด้อย อาการนอนไม่หลับ-เจ็บปวด
 4. ลดความยุ่งยากที่ต้องเผชิญในสังคม (to reduce in constraining social settings) ตัวอย่างเช่น ความยุ่งยากใจในครอบครัว ในกลุ่มเพื่อน
- เพราะการใช้สารพวกนี้ทำให้เกิด assertion กล้าแสดง กล้าพูด รู้สึกเข้มแข็งขึ้น

Dependence and Tolerance

คือการเสพยาและความทนยาจะเกิดควบคู่กัน ปัจจัยที่มีผลให้เกิด dependence ได้แก่

1. ธรรมชาติของยา (nature)
2. ขนาดที่ใช้ (dose) และวิธีนำสารเข้าสู่ร่างกาย (routes of administration)

3. ผลของยาต่อจิตใจ (secondary reinforcement) ทำให้เกิดความสบาย ความพอใจ ทำให้ต้องการใช้ซ้ำอีก

Physical Dependence

คืออาการทางกายที่พบในขณะขาดยา ถ้าให้เขาขาดเฮโรอีนประมาณ 4-5 ชั่วโมง จะเห็นอาการขนลุกหนาว ๆ ร้อน ๆ หาว จาม ปวดตามตัว กล้ามเนื้อ กระตุก เหงื่อไหลซึม อึดอัดในอก ปวดท้องอาเจียน จนถึงชัก อาการเหล่านี้ อาจเรียกว่า abstinence syndrome หรือ withdrawal symptoms

Psychological Dependence

อาการอยากยา (craving) ความต้องการจะได้เฮโรอีนมาเสพ และย้าคิดถึงแต่เฮโรอีน หรือความพอใจที่ได้จากการเสพเฮโรอีน เป็นภาวะทางจิตใจที่มีอิทธิพลในการทำให้เกิด repeated usage และ relapse หลังการรักษาได้มาก มีผู้พยายามแยกแยะว่า craving แท้จริงคืออะไรเกิดจากเหตุใด บางคนว่า เพราะไม่สบายใจ กาย นอนไม่หลับ ความปวดกระตุก หรือผลรวมของความรู้สึกเหล่านี้ แต่ยังไม่อาจสรุปให้แน่ชัด ลงท้ายเป็นที่ยอมรับกันว่าเฮโรอีนทำให้เกิด Craving ในผู้เสพติดได้มากกว่ายาตัวอื่น ๆ

Tolerance (Intracellular Adaptation)

สภาพที่ร่างกายลดการตอบสนองต่อสารที่เข้ามาในร่างกายอย่างต่อเนื่องกัน ทำให้ผลต่อร่างกายต่ำลงทั้งที่ปริมาณที่เข้าไปเท่าเดิม หรือถ้าต้องการจะให้ได้ผลเท่าเดิม จะต้องเพิ่มขนาดให้มากขึ้นอีก

ผลของ Tolerance ทำให้เกิด

1. ผู้เสพติดต้องเพิ่มขนาดมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้เกิดผลที่ต้องการเท่าเดิม
2. เพิ่มโอกาสที่จะหายามาใช้เอง (opportunity)
3. เพิ่มจำนวนครั้งการใช้อยาในช่วง 1 วัน
4. มีการทำลาย และเกิดพิษต่อร่างกายมากขึ้น
5. เกิดสภาพการติดยา

(บรรจง สืบสมาน, 2536 : 628)

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ในส่วนของมาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด(แผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2539 : 11-14) กำหนดไว้เป็น 3 ระบบ คือ

ระบบที่ 1 การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ(voluntary system) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งต้องการจะเลิกยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งปัจจุบันมีอยู่ 217 แห่งทั่วประเทศ ในส่วนของรัฐบาลมีทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ทบวงมหาวิทยาลัย เทศบาลและกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 178 แห่ง และสังกัดภาคเอกชนรวม 39 แห่ง โดยวิธีการบำบัดรักษามีทั้งการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณ

ระบบที่ 2 การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (compulsory system) เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ ทณฑสถานบำบัดพิเศษ กรมราชทัณฑ์ สังกัดกระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม

ระบบที่ 3 การบำบัดรักษาในระบบบังคับ (compulsory system) เป็นการใช้กฎหมายบังคับผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่ที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 สาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้คือ ให้ผู้ต้องสงสัยว่าติดยาเสพติด โดยการพิสูจน์จากปัสสาวะและทางการแพทย์ไปเข้ารับการบำบัดยาเสพติด เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในพ.ร.บ.นี้ขณะนี้ยังไม่มีกฏระเบียบบังคับฯ ดังกล่าวมาใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงานก่อตั้งศูนย์

ก่อนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดควรจะได้รับ การตรวจวินิจฉัยว่า ติดสารเสพติดชนิดใดหรือไม่อย่างแน่ชัดก่อนทุกราย การรักษาผู้เสพยาหรือสารเสพติด จะยากกว่าการรักษาโรคอื่น ๆ โดย

1. ถึงแม้จะทำลายล้างสารเสพติดจากตัวผู้ป่วยหมดแล้ว เขาก็ยังไม่หาย และพยายามจะหาทางนำสารนั้นเข้าสู่ตัวเขาเองอีก
2. แรงจูงใจที่นำเขามารับการรักษา มักเกิดจากการถูกบังคับโดยวิธีการต่าง ๆ มิใช่จากความอยากจะเลิกเสพยาจริง ๆ ของเขาเอง

3. ความสะดวกของการหาสารเสพติดมาใช้ในชุมชนมีมาก (accessability) เมื่อชีวิตยังมีทุกซกก็กลับไปใช้อีก

4. การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย บุคลิกภาพของเขา เพื่อให้เข้มแข็งต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ต้องใช้ยา เป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก

ดังนั้นผลสำเร็จที่เกิดในการรักษา มักจะเกิดเพราะตัวผู้ป่วยเอง ตั้งใจ เต็มใจ และตัดสินใจเลิกเสพเองมากกว่าวิธีการของแพทย์ ซึ่งอาจเรียกว่า เป็นการ “เอาคนออกจากยาเสพติด” แต่แพทย์ผู้รักษาก็จะมีบทบาทสำคัญในการทำให้เขาเกิดความตั้งใจและตัดสินใจที่จะเลิกใช้ยาเสพติดให้ได้

การรักษาผู้เสพยาเสพติดที่ยังยึดเป็นหลักการทั่วไปประกอบด้วยขั้นตอนการรักษา 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ (preadmission)
2. ขั้นล้างพิษ (detoxification)
3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)
4. ขั้นติดตามผล (follow up)

1. ขั้นเตรียมการ (preadmission)

เป็นระยะที่ผู้รักษาประเมินปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การประเมินปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิต ความสมบูรณ์ทางพลังกำลัง โรคแทรกที่ติดมากับยาเสพติด โรคติดเชื้อ ภาวะขาดอาหาร ซีด หรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาด้วยอาการฉุกเฉิน เช่น การใช้ยาเกินขนาด อาการชัก อาการโคม่า

1.2 สภาพและพฤติกรรมกรรมการเสพติด ผู้ป่วยติดเฮโรอีนชนิดใด ติดตัวเดียว หรือหลายตัว (mixed drug) และมีลักษณะการใช้ตัวใดมาก่อนหลัง ด้วยวิธีนำเข้าร่างกายแบบใด ขนาดที่ใช้ประมาณวันละเท่าใด ใช้เวลาโดบ้าง สถานที่เสพ และบุคคลที่เสพด้วยกันประจำ แรงจูงใจที่นำมาสู่การรักษา เคยรักษามาก่อนหรือไม่ ด้วยวิธีใด ได้ผลอย่างไร

1.3 สิ่งแวดล้อม สภาพภายในครอบครัว การงานหรือการเรียนของผู้ป่วย มีผลในการจูงใจหรือผลักดันให้เกิดการเสพติดหรือไม่ อาจต้องพบญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้บังคับบัญชา หรือครู เพื่อศึกษาทั้งปัญหาและทางแก้ปัญหาในการรักษา วัฒนธรรมท้องถิ่นที่ผู้ป่วยยึดถือ การใช้เวลารว่าง ประวัติอาชญากรรม (ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการเสพติด)

1.4 สร้างสัญญา (contract) และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการและขอบเขตการรักษา คือต้องมีการตกลงที่จะร่วมมือกันทั้งฝ่ายผู้รับการรักษาและผู้รักษา เช่นความจำเป็นที่ต้องเลิกใช้เฮโรอีน อาการถอนยา ระยะเวลาที่จะต้องใช้ การเยี่ยม (ในกรณีที่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน) ของญาติระเบียบกฎเกณฑ์ในขณะรักษา เพราะในบางรายผู้ติดเฮโรอีนยังไม่พร้อม ยังมีความขัดข้องในแง่ต่าง ๆ ควรก่อให้เกิดความพร้อมเสียก่อน น่าจะเป็นผลดีกว่าต้องจำใจเข้ารับการรักษาลักษณะถูกบังคับ เพราะการรักษาปัญหาเสพติด ไม่ใช่เป็นการรักษาในลักษณะฉุกเฉินอยู่แล้ว

1.5 การทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเอกซเรย์ปอด การตรวจเลือด การทดสอบทางบุคลิกภาพ ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อประกอบการพิจารณาทางสุขภาพกายและจิต ซึ่งอาจเป็นเหตุนำโรคแทรก หรือส่งเสริมให้เกิดการเสพติด

จะเห็นว่าสิ่งที่ต้องทำในขั้นเตรียมการนี้มีมาก และเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ผู้รักษา “รู้จัก” ผู้ป่วยในแง่มุมต่าง ๆ ดีขึ้น เพื่อจะได้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการเลือกตัวผู้ให้การรักษา การส่งต่อเพื่อรับการรักษาในสถานที่หรือขอบเขตที่เหมาะสมกว่า การคาดหวังผลการรักษาและการพยากรณ์โรค

เพื่อให้งานขั้นนี้บรรลุผลอย่างดี ควรจะมีทีมงานในการประเมินปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ซึ่งอาจประกอบด้วย

จิตแพทย์ ทำหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพและการเสพติด

นักสังคมสงเคราะห์ หาข้อมูลจากญาติ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

นักจิตวิทยา หาข้อมูลทางด้าน psychometric assessment

พยาบาลจิตเวช ในด้านการรักษา การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา กฎเกณฑ์วิธีการต่าง ๆ ซึ่งเมื่อทุกฝ่ายได้ข้อมูลที่ต้องการแล้ว ก็จะมีการประชุมเพื่อวางแผนการรักษาในขั้นต่อไป โดยยึดหลักที่ว่า

แผนการรักษาต้องปฏิบัติได้จริงในกรณีของผู้ติดเฮโรอีนคนนั้น

ยึดหลักปฏิบัติที่เหมาะสมกับข้อบกพร่องที่เป็นจุดอ่อน (personal weakness) และเพื่อแก้ปัญหาตามข้อบกพร่องของเขา

ระยะเวลาที่ใช้สำหรับขั้นเตรียมการนี้ ในสถาบันการรักษาต่าง ๆ ก็จะมี ความจำเป็น วิธีการและความพร้อมของบุคลากรแตกต่างกัน ที่ทำอย่างจริงจังอาจใช้เวลาถึง 1 เดือน และยังมีการประชุมเพื่อปรับแผนการรักษาเป็นระยะ ๆ เมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น การทำงานขั้นนี้ อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อว่าทำให้ผลการรักษาในขั้นต่อไป ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้นด้วย

2. ขั้นล้างพิษ (detoxification)

จุดมุ่งหมายของการรักษาขั้นนี้ เพื่อล้างเอาสารเสพติดที่อยู่ในตัวผู้ป่วยออกไปทั้งหมด (โดยไม่ให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และไม่ทรมานจนเกินเหตุ) ซึ่งโดยแท้จริงก็เป็นผลมาจากการทำลายสารเสพติดโดยตับ และการขับออกจากร่างกายโดยไตเป็นส่วนสำคัญ วิธีการที่ใช้ในขั้นนี้อาจแบ่งได้เป็น

2.1 วิธีหักดิบ (cold turkey) คือการให้เลิกเสพสารที่เสพติดไปเฉย ๆ โดยไม่ต้องให้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ๆ ไปทดแทน จะเลือกใช้วิธีนี้เมื่อพิจารณาว่า ผู้เสพติดมีร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคแทรกทางกาย วิธีการเสพทำให้ไม่ติดลึก ระยะเวลาเสพติดไม่นาน มีแรงจูงใจที่จะรักษาดีมาก

2.2 การใช้ยาทดแทนเฮโรอีนด้วยยากลุ่มอื่น ๆ เช่น การใช้ยากลุ่มมอร์ฟีน ยาแก้ปวด ยาลดความดันโลหิตบางชนิด โดยมีข้อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีลักษณะการเสพติดที่นานหรือลึกกว่าพวกที่ใช้วิธีหักดิบ ระบบร่างกายและประสาทชินกับการทำงานโดยมีเฮโรอีนมากำกับนานพอ ถ้าให้เลิกไปทันที อาจเกิดปัญหารุนแรงหรือทรมานผู้ป่วยมากเกินไป

2.3 การใช้ยาทดแทนด้วยยากลุ่มเดียวกับเฮโรอีน ผู้เสพติดเฮโรอีน ใช้ methadone ในขณะที่ล้างพิษ ข้อพิจารณาในการใช้ยากลุ่มเดียวกันนี้ จากผู้เสพติดมีลักษณะติดลึก เสพติดมานาน มีการล้มเหลวจากการใช้ยาทดแทนด้วยยากลุ่มอื่นมาแล้ว

ระยะเวลาที่ใช้ในขั้นล้างพิษนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะการขับถ่ายสารเสพติดออกจากร่างกายของสารนั้น ๆ โดยทั่วไป ก็จะหมดไปภายในเวลา 3 วัน แต่จะเห็นว่าคลินิกการรักษามักกำหนดระยะเวลาว่านี้และแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการรักษา เช่น เพื่อให้คนไข้ได้พักผ่อน และทำการบำบัดรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพไปด้วยเลย

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)

เมื่อผ่านการรักษาขั้นล้างพิษแล้ว เราก็ได้คนที่ปราศจากสารเสพติด แต่ยังมึนสับสนจิตใจเป็น “ซี้ยา” ซึ่งต้องมารักษาต่อในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจเข้มแข็งสมวัย เป็นคนดี มีวินัย มีประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งขบวนการนี้ยากและต้องใช้เวลาพอสมควร ซึ่งมักจะกำหนดว่า 1-2 ปี และต้องการสถานที่พิเศษที่มีเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย ฝึกอาชีพ ฝึกหัดการใช้ชีวิตประจำวันในบรรยากาศที่ไม่อึดอัดหรือกักขังจนเกินไป และในสิ่งแวดล้อมที่ห่างหรือปราศจากยาเสพติดมากที่สุด วิธีการรักษาในขั้นนี้มักจะเป็นวิธีการทางด้าน psychiatric หรือ psycho-social techniques เพื่อแก้ปัญหาทางด้านอุปนิสัย มนุษยสัมพันธ์ การอบรมระเบียบวินัย การพิจารณาตนเอง การปรับตัวเข้ากับชีวิตประจำวัน

การสร้างสุขนิสัยที่ดี การแก้ปัญหาทางจิตใจ และการปรับตัว โดยไม่ต้องใช้ยา การฝึกอาชีพเพื่อการช่วยตนเองได้ และการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์

4. ขึ้นติดตามผล (follow up)

เมื่อผู้ป่วยได้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เชื่อว่าเป็นคนดีที่จะช่วยตนเองได้ในสังคมปกติ ก็จะได้ออกมาใช้ชีวิตในชุมชนเหมือนคนทั่วไป ในระยะแรกก็ต้องมีการกำกับดูแล เพื่อเป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลือในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันและความคับข้องใจต่าง ๆ ให้กำลังใจและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างมิตร และเป็นพยานรับรองความประพฤติเพื่อผ่านระยะนี้ ซึ่งมักกำหนดไว้ราว 1-2 ปี

จะเห็นว่าการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละราย ถ้าจะให้ครบถ้วนทุกขั้นตอนต้องใช้ระยะเวลานาน และยากในด้านปฏิบัติ ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาวนเวียนเข้าออกจากคลินิกต่าง ๆ เพียงระยะล้างพิษเท่านั้นเป็นส่วนมาก

การตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา (goal of treatment)

จากการที่ผู้เสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษา มีความรุนแรง ระยะเวลาที่เสพติด แรงงูใจในการรักษา และพื้นฐานทางสังคมและจิตใจแตกต่างกัน การจะวางจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อให้เลิกเสพโดยเด็ดขาด อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงและเป็นไปไม่ได้ในทุกคน ในขั้นเตรียมการผู้รักษาจึงควรได้วางจุดมุ่งหมายของการรักษาที่เหมาะสมและเป็นไปได้มากที่สุด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จุดมุ่งหมายการรักษาอาจแบ่งได้ดังนี้

1. Abstinence ให้เลิกใช้สารเสพติดได้เลย เป็นจุดมุ่งหมายอุดมคติ ซึ่งจะได้ในรายที่เสพติดไม่นาน ไม่รุนแรง มีแรงงูใจในการรักษาดีมาก ความร่วมมือจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมดีมาก ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพและการปรับตัวดี

2. รักษาเพื่อผลดีทางสังคมและเศรษฐกิจส่วนรวม (social and economic benefit) โดยพิจารณาว่าถ้าปล่อยให้มีผู้ติดเฮโรอีน เขาจะต้องเสียเงินเพื่อซื้อหาเฮโรอีนนั้นต่อวันเท่าใด อาจรวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวของเขาเองและสังคม ถ้าเขาหาเงินมาซื้อเฮโรอีนนั้นไม่ได้ต้องประกอบอาชญากรรม เทียบกับค่าใช้จ่าย ถ้าเขาได้รับการรักษา ต้องลงทุนค่ายาและอุปกรณ์อื่น ๆ เท่าไร คำนวณกันหรือไม่ ทำให้ส่วนรวมมีการป้องกันการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศได้หรือไม่

3. รักษาโดยมุ่งปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน (change of life style) เพื่อมุ่งที่จะลดความเครียดในชีวิต และหลีกเลี่ยงการยั่วเย้าให้เกิดการใช้เฮโรอีน โดยทั่วไปจะมุ่งทางด้าน psychological recovery โดยสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยม เจตคติ และความต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (willingness to change) โดยตัวของเขาเอง โดยหวังให้เขาจะอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ได้ มีชีวิตที่มีความสุขมากขึ้น

4. มุ่งปรับปรุงสภาพจิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพ ให้เป็นผู้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น (psychological and personality reform to a mature person) เป็นการรักษาที่เน้นหนักในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และใช้วิธีการของจิตบำบัดต่าง ๆ

5. การรักษาเพื่อเปลี่ยนให้เป็นผู้เป็นประโยชน์ (productive person) คือมุ่งที่สามารถช่วยตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้ใด โดยพิจารณาจากการมีงานทำ มีรายได้ ถ้าเป็นผู้ยังอยู่ในการศึกษา ก็สามารถสอบผ่าน ไปโรงเรียน เรียนหนังสือได้ ถ้ามีครอบครัว ก็คงสภาพปกติอยู่ได้ (marital stability)

แรงจูงใจ (motivation) ที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนเข้ารับการรักษา

การรักษาผู้ป่วยติดเฮโรอีนนั้นที่ยากมากที่สุดคือ การสร้างแรงจูงใจ ให้เขาอยากเลิกเสพเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีแรงจูงใจเช่นนี้จริงและมีความตั้งใจจริงจะเป็นหลักประกันผลการรักษาที่ดีที่สุด

ในด้านการปฏิบัติ ถ้าเราสอบถามผู้ป่วยว่าทำไมจึงมารักษา ทุกคนคงตอบในทำนองเดียวกันซ้ำ ๆ ว่า อยากเลิกเสพ แต่ถ้าผู้รักษาได้ค้นลึกลงไปจากการซักถามหาข้อมูลในแง่มุมต่าง ๆ มาประมวลเข้าด้วยกัน จะพบว่ามักมีแรงกดดัน (pressure) ที่ทำให้เขามารับการรักษาต่าง ๆ เช่น

1. Familial pressure ถูกพ่อแม่ ญาติผู้อุปการะจับได้ว่าเสพติด บังคับให้มารักษา
2. Legal pressure ไปเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมต่าง ๆ จะต้องถูกจับกุม ดำเนินคดี ถูกส่งตัวมารักษา

3. Fatigue factors จากตัวผู้ป่วยเอง เหนื่อยมานาน ร่างกายเสื่อมโทรม มีโรคแทรก (health factor) หรือหาเงินมาเสพต่อไปไม่ไหว เพราะใช้ขนาดสูง และไม่มียาทำ (economic factor) จำเป็นต้องมารักษาโรคเสพติดก่อน (เพื่อกลับออกไปเสพใหม่ที่หลัง)

4. Physician pressure เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น แพทย์พบว่าติดยาเสพติดด้วย ถูกส่งตัวมารักษา

จะเป็นว่าแรงจูงใจเหล่านี้ ไม่ใช่ true motive (คืออยากเลิกเสพเอง) จริง ๆ และในการรักษาขั้นตอนต่าง ๆ แพทย์ก็อาจช่วยสร้างให้เกิด positive motive จริง ๆ โดยการแก้ไขเจตคติ และสร้างแรงจูงใจที่จะทำให้เขาเลิกเสพยาด้วยตัวของเขาเอง

จากประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยเหล่านี้พบว่า การพูดจาเพื่อสร้างแรงจูงใจที่อาจเป็นผลดีประกอบด้วย

1. อธิบายพยายามสร้างภาพน่ากลัวของยาหรือสารเสพติดกับเขา เพราะมักพบว่าจะขัดแย้งกันระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย ผู้รักษาอ้างทฤษฎีและวิชาการ แต่ผู้ป่วยอ้างประสบการณ์การเข้ามาเองกลายเป็นการเอาชนะ เสียเวลาและไม่ได้ประโยชน์ บางครั้งจะมีโทษจากการโต้แย้งกันด้วย

2. พยายามชี้แนะให้เห็นคุณค่าการมีชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด (motivate him to live)

3. ใช้ helpful และ hopeful approach ความหวังที่เขาจะมีชีวิตที่ดี เลิกเสพติดได้ ถ้าเขาจะร่วมมือกับแพทย์ผู้รักษา

4. พยายามเสริมสร้างความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตัวเขา ความสนใจที่จะพัฒนาตนเอง หาทางที่เหมาะสมกว่า (self-image และ maturation)

ข้อสำคัญอีกประการคือ การพูดจาเพื่อสร้างแรงจูงใจนี้ต้องผ่านจากพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี และความเชื่อมั่นต่อกัน (trust) ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย ท่าทีของผู้รักษาในลักษณะ understanding empathy, relax และ flexible จะช่วยให้การสื่อความหมายต่อกันมีคุณค่ามาก

การรักษาในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)

การรักษาในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จะเริ่มจริงจังหลังจากผู้ป่วยพ้นตัวจากชั้นล้างพิษ ไม่ทรมานด้วยอาการถอนยา สามารถออกกำลังกาย ให้สมาธิในการเรียนและเข้ากลุ่มร่วมกิจกรรมต่าง ได้

ผู้รักษาในขั้นตอนนี้ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์โดยตรง อาจเป็นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครูผู้แนะแนว (counselor) พยาบาล หรือบุคคลที่มีบุคลิกภาพเหมาะสมและรับการฝึกอบรมเฉพาะทางที่จะเป็นผู้รักษา รวมทั้งอาจเป็นผู้ที่เคยเสพยาและรักษาหายเลิกได้แล้ว โดยบุคคลเหล่านี้ทำงานภายใต้การดูแลของแพทย์อีกต่อหนึ่ง

วิธีการใน Psychosocial Treatment

1. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดผลทางการบำบัดรักษา (milieu therapy)

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาอื่น สถานที่ควรเป็นลักษณะปลอดภัย มีบรรยากาศและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยในการเรียนรู้กฎเกณฑ์ทางสังคม การสร้างมนุษยสัมพันธ์และการอยู่ร่วมกันกับคนอื่น (resocialization) ซึ่งมุ่งหวังผลในทาง

1.1 เสริมสร้างระเบียบวินัย (discipline)

1.2 เสริมสร้างลักษณะมีความรับผิดชอบ (responsibility)

1.3 เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหาต่าง ๆ ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ (problem solving techniques)

1.4 การพูดสื่อความหมายและการติชมที่เหมาะสม (Communication and feedback)

2. การฝึกหัด (training) เป็นการให้ทั้งความรู้ทางทฤษฎีรวมกับการฝึกทักษะทางภาคปฏิบัติด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ของการฝึกทักษะจะมุ่งให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ให้เกิดความสามารถที่จะทำได้ (skill) ดังนั้นจึงมีการฝึกทักษะในเรื่องที่ได้พิจารณาเห็นว่ามีจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งอาจได้แก่

2.1 ฝึกทักษะทางสังคม (social skill) อาจประกอบด้วยพูดจาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ กฎเกณฑ์ทางสังคมในการอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ การรอโอกาส การให้โอกาสผู้อื่น การแสดงออกขณะเป็นผู้ชนะ ผู้แพ้ การแสดงความเสียใจ การกล่าวขอโทษ การใช้ของร่วมกับคนอื่น ๆ การเป็นผู้ให้-ผู้รับ และที่สำคัญทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้กลับไปใช้เฮโรอีนอีก

2.2 ฝึกทักษะทางอาชีพ (vocational skill) เมื่อผู้ป่วยพ้นสภาพจากการเป็นผู้ป่วยกลับบ้านเขาต้องมีอาชีพ และในชีวิตการเสพติดเดิม เขาอาจไม่มีหรือสูญเสียอาชีพไปแล้ว การรักษาในขั้นนี้จึงต้องคำนึงถึงการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับความถนัดของผู้ป่วย และตรงกับความต้องการของตลาดแรงงาน ซึ่งจะช่วยให้หางานได้ง่ายขึ้น ในบางกรณีที่มีผู้รักษาอาจหางานโดยการรับทำผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ให้บริษัทร้านค้า มาให้ผู้ป่วยซึ่งนอกจากจะเป็นผลในการฝึกหัด อาจทำให้เกิดรายได้ด้วย

2.3 การฝึกเพื่อการผ่อนคลายทางกายและใจ (relaxation) อาจมีการสอนทางวิชาการเบื้องต้นในเรื่องความเครียด ผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ การผ่อนคลายความเครียดโดยวิธีธรรมชาติ โดยการควบคุมการหายใจ การทำ muscular relaxation จนถึงการทำสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์และจิตใจโดยวิธีต่าง ๆ

3. การแนะแนว (counselling) เป็นการให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติในเรื่องที่เชื่อว่าอาจเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในอนาคต เช่น

3.1 การสมัครเข้าทำงาน การหางาน การกรอกใบสมัคร การสอบเข้าทำงาน เช่น การสอบสัมภาษณ์ การปรับตัวกับปัญหาในการทำงาน

3.2 การปรับตัวเข้ากับคู่สมรส ในกรณีที่ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว ในภาวะที่เสพติดมักจะลดความรู้สึกทางเพศและลดเพศสัมพันธ์กับคู่ของตน และเมื่อเลิกเสพติดในระยะนานพอสมควร (เป็นเดือน ๆ) ร่างกายกลับคืนมาเป็นปกติ รวมทั้ง libido ก็กลับคืนมาด้วย ในบางคู่อาจก่อให้เกิดความสงสัยประหลาดใจต่อกันได้

3.3 การแนะนำการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (leisure counselling) ชีวิตที่เป็นผู้ติดเฮโรอีน มีการคบหาสมาคมกับคนติดยาด้วยกัน ไม่มีงานทำ ว่างก็จับกลุ่มมั่วสุม พุดถึงแต่การเสพยา การหาเฮโรอีนมาใช้ในมือต่อไป การแนะแนวด้านนี้มุ่งให้ผู้รับการแนะแนวสร้างความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัวใหม่ สถานที่ใหม่ เพื่อนใหม่ สร้างความสนใจในสิ่งใหม่ ๆ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ไม่นำไปสู่การใช้ยาหรือสารเสพติดต่าง ๆ (drug free activities) และมีประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย อาจเป็นการเสริมสร้างพลานามัย เป็นงานอดิเรก หรือสร้างความเพลิดเพลินใจ คลายความเครียด โดยเฉพาะต้องพิจารณาความเหมาะสมในด้านทรัพยากรในท้องถิ่น (community resources) และเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยด้วย

4. การใช้สันทนาการบำบัด (recreational therapy) ใช้กิจกรรมในด้านความบันเทิง ดนตรี กีฬา และการละเล่นต่าง ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลในด้าน

4.1 ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ (outlet of tension) และอาจเป็นทางที่บางคนสามารถค้นพบศักยภาพบางอย่างที่ซ่อนอยู่ ซึ่งสามารถส่งเสริมให้พัฒนาต่อไปเป็นการเสริมความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตัวเอง (esteem) และอาจเป็นแนวทางประกอบอาชีพก็ได้

4.2 เป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ การทำงานเป็นหมู่ (team work) ฝึกหัดกฎเกณฑ์ทางสังคม เช่น การรอคอย การแสดงออกเมื่อตัวเองเป็นผู้แพ้ หรือผู้ชนะ การขอโทษ การฝ่าฝืนระเบียบกติกาขณะเล่น ซึ่งผู้บำบัดรักษาสามารถเก็บข้อมูลเหล่านี้มาเป็นประโยชน์ในการทำจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด และสังเกตการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ด้วย

4.3 เป็นการแนะแนวทางการใช้เวลาว่างที่มีประโยชน์และปราศจากยาเสพติด

4.4 เป็นการเสริมสร้างพลานามัย โดยเฉพาะการจัดในด้านการออกกำลังกาย และการเล่นมาก ๆ

5. การทำจิตบำบัด (psychotherapy) ส่วนใหญ่จะใช้เทคนิคด้านจิตบำบัดเป็นกลุ่ม (group psychotherapy) มากกว่าที่จะทำเป็นรายบุคคล นอกจากในรายที่พิจารณาว่าต้องทำจิตบำบัดเป็นรายบุคคลจริง ๆ การใช้กลุ่มก่อให้เกิดผลดีในด้าน

5.1 การเรียนรู้เทคนิคการสร้างมนุษยสัมพันธ์ และปัญหาของตนเองในด้านนี้ที่เกิดในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน และที่ทำงาน

5.2 สามารถสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาของตนเองและการทดสอบพฤติกรรมใหม่ ๆ

5.3 สามารถได้ตอบติชมและสนับสนุน รวมทั้งการใช้แรงสนับสนุนจากกลุ่ม (group pressure) ในการแก้ปัญหา แสดงการเห็นด้วย ยอมรับต่าง ๆ

5.4 ฝึกหัดการแสดงความรู้สึกของตนเองอย่างเหมาะสม (constructive ventilation) และการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (sensitivity and awareness)

5.5 ฝึกหัดการรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นเกี่ยวกับตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มจิตบำบัดของผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด มักเน้นหนักทางด้านการเรียนรู้ การแก้ไขพฤติกรรมต่าง ๆ ในลักษณะ here and now เป็น confrontation, concrete support and feedback รวมทั้งการอบรม การสั่งสอน และการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (didactic และ cognitive therapy) และการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อสะท้อนพฤติกรรมต่าง ๆ (psychodrama)

6. Family Therapy เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยเองมักเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่หล่อหลอมบุคลิกลักษณะ ทักษะที่เหมาะสมกับการใช้ยาเสพติด และอาจเป็นแรงกดดันให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด มีจำนวนไม่น้อยที่มีการติดยาหรือสารเสพติดมากกว่า 1 คนในครอบครัว เช่น บิดาติดยา ลูกชายติดยาอื่น ดังนั้นการให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จะเกิดผลดีในด้านต่าง ๆ คือ

6.1 ได้รับทราบและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและคนอื่นในครอบครัวที่กระทบต่อกัน เพื่อจะได้แก้ไขพฤติกรรมของแต่ละคนไปพร้อมกัน เพื่อบรรยากาศและความเข้าใจที่ดีขึ้น (environmental correction)

6.2 ได้รับทราบวิธีการรักษาและความเปลี่ยนแปลงการคาดหวังผลการรักษาตามความเป็นจริง เพื่อป้องกันการทอดทิ้งของญาติ

6.3 เพื่อความร่วมมือกันระหว่างผู้รักษาผู้ติดยาอื่นและญาติ เพื่อให้เกิดผลดีตามขั้นตอน ต่าง ๆ ของการรักษา

กิจกรรม (activities) ใน Psychosocial Treatment

การรักษาทางด้านจิตใจและสังคมด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จะจัดในรูปของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้รักษาจะเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มและวิธีการรักษาคือ

1. การจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย (small group activity) มักใช้ในวัตถุประสงค์เพื่อทำการ

1.1 จัดบำบัดเป็นกลุ่ม (group psychotherapy)

1.2 การสอนภาควิชาการต่าง ๆ (education)

1.3 การถกปัญหาและปรึกษาหารือ (discussion)

1.4 ประชุมเพื่อวางกฎเกณฑ์และแก้ปัญหาการอยู่ร่วมกัน (therapeutic community approach)

1.5 กิจกรรมทางสังคมและการเรียนรู้ (social skill and cognitive restructuring)

2. การฝึกหัดปฏิบัติงาน (vocational workshop) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสลงมือฝึกปฏิบัติการทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถ ความสนใจและตลาดแรงงาน เช่น งานช่างสาขาต่าง ๆ การตัดเย็บเสื้อผ้า

3. กิจกรรมเพื่อแนะแนวการใช้เวลาว่าง (leisure counselling) เพื่อเสริมสร้างความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปราศจากการใช้เฮโรอีน

4. กิจกรรมเพื่อสันทนาการบำบัด (recreational therapy) อาจจัดได้เป็นกลุ่มย่อย หรือกลุ่มใหญ่ เพื่อความเหมาะสมทางด้านสถานที่ วัตถุประสงค์ของการจัด และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

5. กิจกรรมเพื่อการฝึกวิธีการคลายความเครียด (relaxation therapy) อาจจัดเป็นกลุ่มเพื่อสอนวิชาการและกลุ่มฝึกปฏิบัติ ทั้งการคลายความเครียดทางกาย (physical relaxation) และทางจิตใจ (spiritual relaxation) (บรรจง สืบสมาน, 2536 : 642-645)

ปัจจัยกำหนดความตั้งใจแสดงพฤติกรรม

ทฤษฎีที่ผู้ศึกษานำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอจเซนและพิชบายน์ ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อ เจตคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำนายพฤติกรรมของบุคคล จากความตั้งใจและอธิบายให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคล โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของทฤษฎีนี้ว่า มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบในการตัดสินใจที่จะกระทำ

หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง (Ajzen & Fishbein, 1980 : 5) ซึ่งใจความสำคัญของทฤษฎีนี้กล่าวว่า พฤติกรรมส่วนบุคคล อยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมนั้น (behavioral intention) โดยมีปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม (determinant of behavioral intention) ที่สำคัญอยู่ 2 ตัว คือ

1. เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward a behavior) ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคล ต่อพฤติกรรมว่าดีหรือไม่ดี

2. การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง (Ajzen & Fishbein, 1980 : 5)

ซึ่งเจตคติต่อพฤติกรรมในความหมายของทฤษฎีนี้ หมายถึง การพิจารณาตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมดี เขาก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น เขาก็จะไม่กระทำ (Ajzen & Fishbein, 1980 : 56)

ส่วนการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงนั้น หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความคิดเห็นของกลุ่มคนสำคัญใกล้ชิด ว่าเขาควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น

ปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทั้ง 2 ปัจจัย จะสามารถทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้แม่นยำในระดับสูงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวัดโดยพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างเจตคติกับความตั้งใจ (correspondence between attitude and intention) และความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจ (correspondence between subjective norm and intention) ซึ่งเกณฑ์การวัดนี้จะต้องครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกัน คือ ด้านการกระทำ (action) เป้าหมาย(target) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (context) และเวลา (time)

ในการพิจารณาว่า เจตคติต่อพฤติกรรมหรือการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจมากกว่ากันหรือเท่ากันนั้น ความสำคัญของปัจจัยทั้งสองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลหรือแต่ละกลุ่ม

การเข้าใจเจตคติและการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงเป็นก้าวแรกที่จะนำไปสู่ความเข้าใจที่ว่า ทำไมบุคคลจึงมีพฤติกรรมเช่นนั้น ในเมื่อเป็นที่ยอมรับกันว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกับการกระทำ ปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจย่อมจะเกี่ยวโยงไปถึงพฤติกรรมของบุคคลด้วย

ในหลาย ๆ กรณี เราสามารถอธิบายความตั้งใจทำพฤติกรรมและพฤติกรรมโดยเชื่อมโยงจากเจตคติและการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง แต่ถ้าต้องการศึกษาปัจจัยที่จะกำหนดพฤติกรรม ต้องศึกษาถึงรายละเอียดของปัจจัยที่กำหนดเจตคติและการรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เจตคติ (attitude)

เจตคติเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่จะกำหนดความตั้งใจของบุคคลต่อการกระทำ โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า เจตคติจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (behavioral beliefs)

1.2 การให้คุณค่าต่อผลของการกระทำพฤติกรรม (outcome evaluation) ตามความเชื่อที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมนั้น โดยแสดงสมการทางคณิตศาสตร์ ดังนี้

$$ATT = f \left(\sum_{i=1}^n BB_i, OE_i \right)$$

n = จำนวนข้อความเชื่อเกี่ยวกับการทำพฤติกรรม

BB = ความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม

OE = การให้คุณค่าต่อผลของพฤติกรรมตามความเชื่อ

จากสมการดังกล่าว เจตคติคือ ผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมกับการให้คุณค่าต่อผลของพฤติกรรมตามความเชื่อ

เอจเซนและฟิชบายน์ ได้อธิบายคุณลักษณะความเชื่อของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมไว้ดังนี้ (Ajzen & Fishbein, 1980 : 63-64) บุคคลจะมีความเชื่อต่อพฤติกรรมได้หลายอย่าง เช่น การเลิกใช้เฮโรอีน ทำให้สุขภาพดี การเลิกใช้เฮโรอีนทำให้มีเงินพอใช้ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้อาจเกิดจากการสังเกตโดยตรงหรือจากการประมวลข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ หรือจากการนำประสบการณ์เก่ามาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นความเชื่อขึ้นมา ซึ่งเรียกว่า ความเชื่อที่เด่นชัด (salient beliefs) ความเชื่อนี้เป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง (subjective norm)

การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง เป็นปัจจัยทางด้านสังคมซึ่งเป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลนั้นว่า บุคคลสำคัญใกล้ชิดคิดอย่างไรกับพฤติกรรมของเขาในการที่เขาควรจะกระทำหรือไม่ควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งมีปัจจัยกำหนด 2 ประการ คือ

2.1 ความเชื่อว่าคนสำคัญใกล้ชิดคาดหวังให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น
 มากน้อยเพียงใด (normative beliefs)

2.2 แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังนั้น (motivation to comply) ซึ่งแสดง
 โดยสมการทางคณิตศาสตร์ได้ดังนี้

$$SN = f \left(\sum_{i=1}^n NB_i MC_i \right)$$

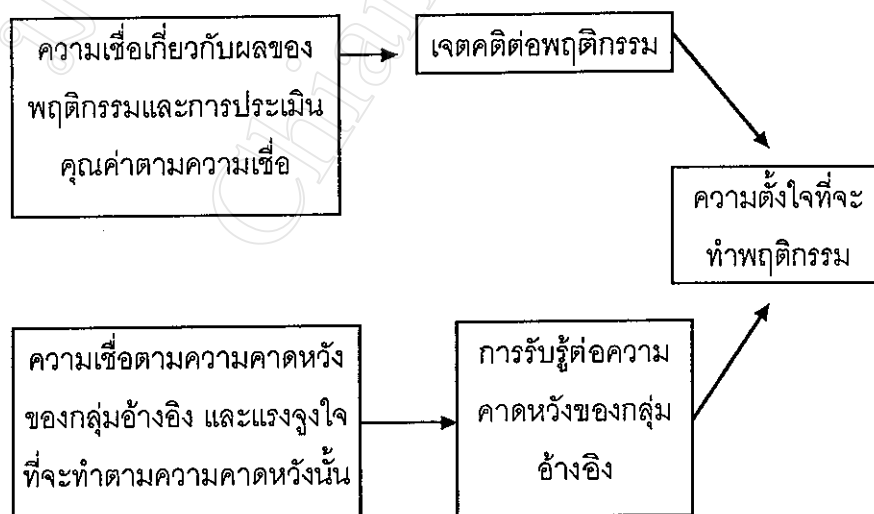
n = จำนวนผู้ใกล้ชิด

NB = ความเชื่อในความคาดหวังของผู้ใกล้ชิด

MC = แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังนั้น

จากสมการสรุปได้ว่า การรับรู้ต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง จะมีค่าเท่ากับผลรวม
 ของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อในความคาดหวังของผู้ใกล้ชิด กับแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม
 ความคาดหวังนั้น

เอจเซนและฟิชบายน์ ได้แสดงโครงสร้างในการแสดงปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่จะ
 แสดงพฤติกรรมไว้ดังนี้ (Ajzen & Fishbein, 1980 : 8)



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาไม่พบการศึกษาด้านปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่จะเลิกใช้เฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้น แต่พบว่ามีการศึกษาใกล้เคียงที่ศึกษาในเรื่องปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่ทำนาย ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม เช่น การศึกษาถึงปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (มาลา รักษาพรหมณ์, 2526) พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการสูบบุหรี่มากที่สุด และยุพา ชูสิทธิสกุล (2527 : 58-59) ได้ศึกษาความตั้งใจและพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา พบว่าทัศนคติต่อการดื่มสุราและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ยุวดี อิมใจ (2529 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการรักษาความสะอาดบ้านเมืองของเยาวชนไทยระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพฯ พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในเรื่องการรักษาความสะอาดของบ้านเมืองมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรักษาความสะอาดของบ้านเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรักษาความสะอาดของเยาวชนมากที่สุดและวิภาภรณ์ ปัญญาดี (2535 หน้า ก-ค) ได้ศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงราย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมากกว่าตัวแปรอื่น ๆ ส่วนการศึกษาของ ตระกูลไทย ฉายแมน (2539) ได้ศึกษาถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากสารแอมเฟตามีนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสกลนคร จำนวน 331 คน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากสารแอมเฟตามีนสูง การคล้อยตามกลุ่มเพื่อนและทัศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากสารแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากสารแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลในต่างประเทศ แจคการ์ดและเดวิดสัน (Jaccard and Davidson, 1972 : 228 - 235) ได้ใช้ทฤษฎีของ ฟิชบายน์ศึกษาความตั้งใจให้ยาคุมกำเนิดในกลุ่มนักศึกษาหญิง 73 คนโดยถามแต่ละคนถึงทัศนคติที่มีต่อการให้ยาคุมกำเนิด ความเชื่อของแต่ละคนที่เกี่ยวกับคนใกล้ชิด คิดว่าเขาควรหรือไม่ควรให้ยาคุมกำเนิด และแรงจูงใจที่จะทำตามความคิดของคนเหล่านั้น ผลการวิจัยพบว่าความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมกับทัศนคติ

ความเชื่อ และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กันอย่างสูงคือ 0.835 ($p < 0.01$) มิลตัน (Milton, 1980 : 3760A) ได้ศึกษาถึงทัศนคติต่อการดื่มสุราและความตั้งใจในการดื่มสุราของคนที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษา โดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของพิชบายน์และเอจเซนพบว่าทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดื่มสุราและตัวแปรภายนอก เช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่ม ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาจึงไม่นำตัวแปรภายนอกมาทำการศึกษา แต่จะศึกษาเฉพาะปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่จะเลิกใช้เฮโรอีนเท่านั้น ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเฮโรอีน ผู้ศึกษาจะรวบรวมและวิเคราะห์เพื่อให้ประโยชน์ในการศึกษารั้งนี้และการศึกษารั้งต่อ ๆ ไป เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะพบการศึกษาข้อมูลทั่วไปของสารเสพติดชนิดอื่นหรือสารเสพติดหลายชนิด แต่เมื่อพิจารณาถึงที่มาของการศึกษาข้อมูลทั่วไปดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลมาจากสถานบำบัดรักษายาเสพติด เช่นเดียวกับการศึกษารั้งนี้

จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 26-30 ปี (ธนวรรณ อาษารัฐ, 2538 : 44) และเป็นบุคคลที่ขาดคุณภาพ สุขภาพเสื่อมถอย ความจำเสื่อม การตัดสินใจไม่ดี เป็นที่รังเกียจของสังคม (การป้องกันยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2533) มีนิสัยเชื่อมั่นตนเอง เมื่อเผชิญปัญหาจะฉุนเฉียว หงุดหงิด โกรธง่าย (ธนวรรณ อาษารัฐ, 2538 : 57) มีแนวโน้มอยากทดลองใช้สารเสพติด เมื่ออายุ 15-20 ปี (จรัส สุวรรณเวลาและคณะ, 2523) ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่มีการพัฒนาการในด้านการแสวงหาเอกลักษณ์ให้กับตนเอง (identity) ต้องการการยอมรับจากสังคม เป็นวัยที่มีความต้องการอิสรภาพสูง ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง อยากทดลอง อยากรู้ อยากเห็นสิ่งแปลก ๆ ที่ตนเองไม่เคยเห็นมาก่อน (โสภา ชูพิชัยกุลและคณะ, 2529) แต่มีรายได้น้อยไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจได้ตามความต้องการพื้นฐาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ขึ้นเช่น การมองโลกในแง่ร้าย อิจฉา หวาดระแวง (สุพัตรา สุภาพ, 2531) นอกจากนี้การแสวงหาความสุข ใช้จ่ายสุรุษสุร่าย แข่งขันความเก่ง ความเด่นของตนเองและกลุ่มก็ง่ายต่อการกระทำผิดกฎหมาย (รัชนิกร เศรษฐ, 2532) และถ้าอาศัยอยู่ใกล้แหล่งค้ายาเสพติด ก็จะมีส่วนสำคัญที่ผลักดันให้มีการใช้สารเสพติดของคนในสังคมและสิ่งแวดล้อมนั้น (สมจิต ภาติกร และคณะ, 2527) ซึ่งการเสพติดของชายไทยวัยทำงานในปัจจุบันพบว่าร้อยละ 64.93 เสพเพราะอยากลอง และร้อยละ 30.33 เสพเพราะถูกชักชวน (โสภา ชูพิชัยกุล, 2538 : 35-36 และ 48) เมื่อมีการใช้ซ้ำ ๆ ร่างกายมีการติดยาจนต้องเพิ่มขนาดของการใช้สูงขึ้น

(วิทย์ เทียงนุรณธรรม, 2531 และวารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2531) จนต้องเข้าเสพติดเฉลี่ยวันละ 3-4 ครั้ง (ชาญคณิต ก.สุรยมนี, 2529 : 29) ใช้เงินซื้อ 101-200 บาทต่อวัน (อำพล บัวแก้ว, 2536 : 62) ส่วนใหญ่ติดมานานมากกว่า 5 ปีและเคยเลิกด้วยวิธีการรักษาในสถานบำบัดรักษายาเสพติด (ธนวรรณ อาษารัฐ, 2538 : 58) ซึ่งผู้ติดเฮโรอีนไม่สามารถอดยาได้เลย ร้อยละ 43.5 (อำพล บัวแก้ว, 2530 : 62) เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการทางร่างกายขณะขาดยา (บรรจง สืบสมาน, 2536 : 628) ส่วนเหตุผลในการเลิกนั้นพบว่าส่วนใหญ่อยากเลิกเอง ร้อยละ 69.2 (อำพล บัวแก้ว, 2536 : 62) ซึ่งก็ไม่แน่ว่าเลิกไปเนื่องจากผู้ติดเฮโรอีนบางส่วนมารับการรักษา เพราะหลักเลี้ยงด้ารวจ ซื่อของเสพน้อยลง ไม่ต้องใช้เงินมาก (วิรัช โรจนวงศ์, 2535 : 8) และแรงจูงใจที่จะนำพามารับการรักษามักเกิดจากการถูกบังคับโดยวิธีต่าง ๆ มิใช่จากความอยากจะเลิกเสพจริง ๆ (บรรจง สืบสมาน, 2536 : 635) เพราะบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดหลังจากติดมานานแล้ว มักมีลักษณะคล้ายคลึงกันในรูปแบบพฤติกรรม แต่เชื่อถือไม่ค่อยได้ หมกมุ่นอยู่กับเรื่องเสพติด ยอมทำทุกอย่างเพื่อแลกกับยาเสพติด (บรรจง สืบสมาน, 2536 : 622)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดความตั้งใจที่จะเลิกใช้เฮโรอีน ของผู้ติดเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้น

