



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการติดยาเสพติดในประเทศไทยเป็นปัญหาเรื้อรังที่สำคัญอย่างหนึ่ง อันมีผลต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของชาติ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ต่างก็ตระหนักถึงปัญหานี้ และได้พยายามหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายหลักเกี่ยวกับปัญหาเสพติดไว้ดังนี้ (โสภณ ชูพิกุลชัย 2531 : 18)

1. การลดปริมาณยาเสพติด โดยใช้มาตรการในการปราบปรามและปลูกพืชชื้อนทดแทนดินเป็นหลัก
2. การลดความต้องการของยาเสพติด โดยใช้มาตรการป้องกันและบำบัดรักษาเป็นหลัก

ผลปรากฏว่า จำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น เพราะเมื่อพิจารณาจากจำนวนสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกับผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2525 - 2529 ที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนมากขึ้นทุกปี คือปีงบประมาณ 2525 มี 31,482 ราย ปีงบประมาณ 2526 มี 40,329 ราย ปีงบประมาณ 2527 มี 46,722 ราย ปีงบประมาณ 2528 มี 52,593 ราย และปีงบประมาณ 2529 มี 54,883 ราย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2530 : 1) ประมาณว่าผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบันมีจำนวนระหว่างครึ่งล้านถึงหนึ่งล้านคน ร้อยละ 95 เป็นชาย ส่วนใหญ่อยู่ในเมืองหลวงและอยู่ในวัยทำงาน คือระหว่าง 21 - 35 ปี (เย็นใจ เลหาวิช 2531 : 19) ยิ่งกว่านั้นผู้ติดยาเสพติดส่วนมากเมื่อเข้ารับการบำบัดรักษาจนหายแล้ว มักจะกลับไปสู่อสังคมนิยมอันเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหวนกลับไปติดยาซ้ำ ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 96 (อรุณ เขาวนาศรัย และ ละออ พงษ์พานิช 2521 : 1) และจากรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาเสพติคในปี 2527 - 2528 มีผู้ที่ศึกษาเสพติคซ้ำสมัครใจเข้ารับการรักษาจากสถานบำบัดรักษาต่าง ๆ จำนวน 33,753 ราย และ 37,768 ราย (กองบำบัดรักษา 2528 : 23) ซึ่งตัวเลขที่นำมากล่าวไว้ในที่นี้เป็นเพียงตัวเลขของผู้ศึกษาเสพติคซ้ำที่สมัครใจเข้ารับการรักษาเท่านั้น ในความเป็นจริงแล้วอาจมีผู้ศึกษาเสพติคซ้ำอีกเป็นจำนวนมากที่มีใจสมัครใจเข้ารับการรักษา จะเห็นว่าผู้ที่ศึกษาเสพติคซ้ำมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวพันไปถึงปัญหาทางค่านสภาพร่างกาย เช่น ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้เกิดการติดเชื้อ มีการอักเสบ และเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ เช่น เมื่อชกชกาก็จะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่สบายใจ ความคิดฟุ้งซ่าน ซากเหตุผล ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาท จีปสน จนถึงขั้นก่ออาชญากรรม และสร้างความเคียดแค้นในบุคคลอื่นได้ ซึ่งถือเป็นปัญหาสังคมที่ตามมา ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบจึงพยายามศึกษาถึงสาเหตุของการติดยาเสพติค เพื่อหาทางแก้ไข พบว่ามีสาเหตุหลายอย่าง เช่น การอยู่ในแหล่งที่หายาเสพติคง่าย หรือลองใช้ยาควยความคึกคะนอง ความอยากรู้อยากเห็น และอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญคือ ผู้ติดยาเสพติคนั้นส่วนมากมีบุคลิกลักษณะชอบพึ่งผู้อื่น (passive dependent) มีความอ่อนแอทางจิตใจ (อรุณ เชาวนาศรัย และ ละออ พงษ์พานิช 2521 : 18) ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากบุคคลนั้นไม่มีความเข้าใจในตนเอง ไม่สามารถรับรู้ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ ความความเป็นจริง นั่นคือ มองเห็นตนเองได้ไม่ชัดเจน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า บุคคลนั้นมีอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดี

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าเขาเป็นคนมีความสามารถ มีคุณค่า มีรูปร่างหน้าตาดี เขาก็จะมีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออก นับถือตนเอง และจะสามารถเขาสังคมได้ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าเขาต่ำต้อย ไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ เขาก็จะไม่มี ความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าแสดงออก มีลักษณะเก็บตัว หลีกหนีจากสังคม (ฮาไพ สิริพิพัฒน์ 2515 : 91) นอกจากนี้โรเจอร์สได้ให้ทัศนะว่า อัตมโนทัศน์เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง (Rogers 1951 : 136) และอัตมโนทัศน์ยังประกอบควยความคิดเกี่ยวกับบุคคลว่าตนเองเป็นใครและประเมินตนเองอย่างไร (Jasmin and Trygstad 1979 : 4) จึงอาจกล่าวได้ว่า อัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งวิธีการที่คนเราแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อการปรับตัวให้เป็นที่ตามความต้องการของตัวเองหรือสังคม ในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เกิด

จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งเป็นเครื่องกำหนดคุณภาพจิตด้วย ความสำเร็จในการปรับตัว ย่อมยังผลให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ในทางตรงข้ามปัญหาที่ยากหรือความล้มเหลวในการปรับตัวย่อม มีผลต่อสุขภาพจิตและก่อให้เกิดความยุ่งยากทางอารมณ์ (นิภา นิรายน 2530 : 150) ซึ่ง อาจเป็นเหตุนำไปสู่การมีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สังคมไม่ยอมรับ รวมทั้งการติดยาเสพติดด้วย

จากทัศนะต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งเรื่องปัญหาเสติดิคอันเกี่ยวเนื่องกับ อคติโนทัศน์ของผู้ติดยาเสพติดอันเป็นผลต่อการบำบัดรักษา ซึ่งพบว่าผู้รับการรักษาสวนใหญ่จะ กลับไปติดยาเสพติดซ้ำอีก เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียทั้งกำลังคน ค่าใช้จ่าย เวลา และ ขวัญกำลังใจ ดังนั้น ผู้ติดยาเสพติดเหล่านี้ ถ้าได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมให้มี ความเข้าใจในตนเองดีขึ้น ก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการติดยาเสพติดซ้ำได้น้อยลง เป็นผล ในผู้ติดยาเสพติดสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้วิจัยมีความคิด เห็นว่า การรักษามติดยาเสพติดในปัจจุบันให้ความสำคัญทั้งด้านการบำบัดรักษา รวมทั้งพยายาม ค้นหาวีธีการต่าง ๆ มาช่วยในด้านฟื้นฟูสมรรถภาพและจิตใจ โดยการนำกระบวนการกลุ่มบำบัด ต่าง ๆ เข้ามามีใช้ เช่น กิจกรรมบำบัด อาชีวบำบัด ครอบครัวบำบัด และชุมชนบำบัด เป็นต้น แต่ยังคงขาดการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มจิตบำบัดแบบต้น กลางคือ ไม่เข้ม หรือลึกซึ้งเหมือนกลุ่มบำบัดแบบอื่น เช่น แบบจิตวิเคราะห์ โดยกลุ่มบำบัดแบบประคับ ประคอง มุ่งการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาในระดับจิตสำนึก และปัญหาปัจจุบันที่กำลังเผชิญอยู่ (Wolberg 1967 : 794) เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ที่มีปัญหาโดยให้ความมั่นใจ พร้อมทั้ง พยายามให้เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (สุวิทนา อารีพรค 2524 : 579) กลุ่มบำบัดแบบประคับ ประคองจะช่วยให้ผู้มีปัญหาได้พัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจากการ เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์ประสบการณ์ ควบคุมพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมขึ้น รู้จักเลือกใช้ ประสบการณ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในชีวิต และท้ายสุดผู้มีปัญหานั้นสามารถรู้จักตนเอง กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองจะจำกัดการศึกษาสภาวะเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ โดยมุ่งเน้น "ที่นี่และขณะนี้" (here and now) จะไม่ค้นหาความขัดแย้งทางอารมณ์ภายในระดับจิตใต้ สำนึก (unconscious) แต่สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายเพื่อลดความวิตกกังวล และเป็นการ ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน (Tarachow 1963 : 8) กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนี้ เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ช่วยให้ผู้คนได้เผชิญความจริง รวมทั้งการหาแหล่งที่จะช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมของเขาเอง หรือเพียงแต่หาทางออกได้อย่าง

ที่บุคคลทั่วไปทำกัน คุณลักษณะของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองคือ จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้โค่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือความสัมพันธ์ทางจิตจากสาเหตุภายนอกและสาเหตุภายใน เพื่อค้นหาแหล่งทรัพยากรในการประคับประคองจิตใจ โดยกลุ่มบำบัดนี้มีลักษณะของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ข้อมูลจากการเรียนรู้จะโค่จากประสบการณ์ชีวิต และปฏิกิริยาโต้ตอบของสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มจะโค่รวบรวมการเรียนรู้ของตนไปสู่การมีทัศนโนทัศน์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง

นอกจากนี้ กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนี้สามารถใช้โค่ในหลาย ๆ กรณีทั้งการคัดลิสปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาครอบครัว หรือปัญหาการศึกษาเสพติค (Pearson 1983 : 363 - 365) ผู้วิจัยในฐานะครูพยาบาล ฝ่ายวิชาการพยาบาลจิตเวช จึงโค่มีความตั้งใจที่จะศึกษาถึงผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติคว่าโค่ผลมากน้อยเพียงโค่ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติคที่ได้รับการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น สามารถดูแลตนเองโค่อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น รวมทั้งมีทัศนโนทัศน์ที่ถูกต้องและยอมรับตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้เลิกใช้ยาเสพติค สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับครอบครัวและใช้ชีวิตในสังคมโค่อย่างเหมาะสม สามารถนำประโยชน์ที่โค่ได้ มาใช้ในการรักษาชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพสลับต่อไป และเพื่อนำชีวิตของผู้ติดยาเสพติคให้ปลอดจากยาเสพติค รวมทั้งเพื่อที่จะหาทางแก้ไขปัญหาการศึกษาเสพติคฆ่าโค่โค่โค่อย่างจริงจังในโอกาสต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน

การศึกษาเสพติคฆ่า (The Recidive Drug Addiction)

พบว่าผู้ติดยาเสพติคซึ่งโค่ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว มีโอกาสที่จะกลับไปติดยาเสพติคครั้งต่อ ๆ ไปโค่อีก ซึ่งมูลนิธิบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ควยกิจกรมทางศาสนา โค่ให้การติดตามผลการเลิกยาเสพติคจากที่บำบัดรักษาจากสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 283 ราย พบว่า มีผู้ติดยาเสพติคฆ่า 121 ราย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม 2531 : 1) และจากการศึกษาของ ชาญคดีท ก. สุริยมณี และคณะ ในเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติคฆ่าของวัยรุ่น" พบว่าผู้ติดยาเสพติคครั้งแรกนั้นมักจะหวลกลับไปเสพครั้งที่สอง ครั้งที่สาม และต่อไปเรื่อย ๆ (ชาญคดีท ก. สุริยมณี และคณะ 2529 : 11)

ตั้งรายละเอียดที่จะแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยติดยาเสพติดซ้ำ (ชาย/หญิง ก. สุริยะวงษ์ และคณะ 2529 : 23)

จำนวนครั้งที่ติดยาเสพติดซ้ำ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	27	20.7
ครั้งที่ 2	30	23.1
ครั้งที่ 3	17	13.0
ครั้งที่ 4	23	17.6
ครั้งที่ 5	13	10.0
ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป	20	15.6
รวม	130	100.0

จากตาราง แสดงให้เห็นว่าผู้ติดยาเสพติดซ้ำครั้งที่ 2 มีจำนวนมากที่สุด และจำนวนครั้งที่ติดยาเสพติดซ้ำยังมีมากถึง 6 ครั้งขึ้นไป

นอกจากนี้ พรศิริ ซาติยานนท์ และคณะ (2520 : 17) ยังได้รายงานว่าผู้ติดยาเสพติดบางรายไม่เคยหยุดการเสพเลยแม้แต่ในเวลาที่เข้ารับการรักษา จากรายงานวิเคราะห์ข้อมูลผู้ติดยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการรักษาในรอบปีงบประมาณ 2528 ของกองบำบัดรักษา สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นผู้ติดยาเสพติดเป็นครั้งที่สอง จำนวน 7,092 ราย คิดเป็นครั้งที่สาม จำนวน 4,745 ราย คิดเป็นครั้งที่สี่ จำนวน 3,295 ราย คิดเป็นครั้งที่ห้า จำนวน 2,538 ราย คิดเป็นครั้งที่หก จำนวน 2,078 ราย คิดเป็นครั้งที่เจ็ด จำนวน 1,773 ราย และคิดเกินเจ็ดครั้งขึ้นไป จำนวน 16,247 ราย (กองบำบัดรักษา, 2528 : 23)

ปัญหาการติดยาซ้ำเป็นปัญหาที่นำวิกฤตสำหรับสังคมไทยมิใช่น้อย เพราะผู้ที่ติดยาเสพติดเมื่อรักษาหายมักจะมีแนวโน้มจะหวนมาติดยาอยู่เรื่อย ๆ ซึ่งจะสร้างภาระให้กับสังคมต้องรับผิดชอบต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด ดังนั้น สังคมจึงควรมีความสนใจกับบุคคลเหล่านี้ตามสมควรในการที่จะค้นหา

วิธีการที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจังและได้ผล เพราะบุคคลเหล่านี้ก็เป็นกำลังของชาติเช่นกัน

เกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติดว่า ชาญคณิต ก.สุริยะมณี และคณะ (2529 : 47) ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางค่านสภาพจิตใจที่อ่อนแอเป็นปัจจัยหลักที่คอยผลักดันให้ผู้ติดยาเสพติดกลับไปติดยาซ้ำและส่วนใหญ่ยอมรับว่าตนเองมีจิตใจที่ไม่เข้มแข็งพอที่จะสู้มรสุมของยาเสพติดลงได้ ตรงกันข้ามกลับหลงใหลในรสชาติยาเสพติดมากขึ้นไปอีก ซึ่ง พรศิริ ชาติยานนท์ และคณะ (2520 : 18) ได้ค้นพบในลักษณะเดียวกันนี้ว่า ผู้ติดยาเสพติดต่างยืนยันว่า สภาพจิตใจอ่อนแอนี้เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ที่จะต้องพยายามแก้ไขและพยายามเอาชนะให้ได้ มิใช่จะต้องรอให้บุคคลอื่นคอยให้ความช่วยเหลือเสมอไป เท่าที่ได้รับการรักษาที่ผ่านมายังไม่สามารถที่จะสร้างสภาพจิตใจให้เข้มแข็งดังที่ตั้งใจเอาไว้ได้ การมารักษาตัวที่โรงพยาบาลก็ช่วยได้เพียงร่างกายเท่านั้น

แนวทางในการแก้ไขผู้ติดยาเสพติดว่า หากพิจารณาในค่านสภาพจิตใจของผู้ติดยาเสพติดแล้วควรมุ่งไปที่การฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมาะสมจะต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน ดังที่ นพพล สุทรสุขนธ์ (2529 : 5) ได้แสดงความคิดเห็นว่า สถานบำบัดต่าง ๆ จะต้องสร้างกระบวนการฟื้นฟูจิตใจขึ้นมาใหม่ โดยพัฒนารูปแบบที่มีอยู่แต่เดิมให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในแง่ของระยะเวลา กิจกรรม บุคลากร สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วย

ก่อนที่จะกล่าวถึงรายละเอียดของการแก้ไขผู้ติดยาเสพติดว่า จะขอกล่าวถึงลักษณะทั่วไปของยาเสพติดให้โทษก่อน

ยาเสพติดให้โทษ (Drug Addiction)

"ยาเสพติดให้โทษ" นิยามตามกฎหมาย หมายความว่า สารเคมีหรือวัสดุใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมกับให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่ได้หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำราตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มีสารเคมีให้โทษผสมอยู่ (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522)

สำหรับนิยามตามองค์การอนามัยโลก คือ ยาเสพติดเป็นยาซึ่งมีประสิทธิภาพในการสร้างสภาวะติดยาทางกายหรือทางใจหรือทั้งสองประการรวมกัน ยาเหล่านี้อาจใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้โดยไม่เกิดสภาวะติดยา สภาพการติดยาเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันไปตามชนิดของยาแต่ละชนิด การติดยาเสพติดบางชนิดอาจจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้เสพติด แต่อย่างไรก็ตามมียาเสพติดเป็นจำนวนมากที่มีฤทธิ์กระตุ้นหรือกดระบบประสาทส่วนกลางหรือทำให้อารมณ์ความรู้สึกในสัมผัสต่าง ๆ เปลี่ยนไป แล้วก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคลและสังคมได้อย่างมากมาย (วิชย์ โปษณะจินดา 2528 : 2)

ประเภทของยาและสารเสพติดให้โทษ (อรุณ เขาวนาศรัย 2521 : 17)

ประเภทที่ 1 ใ้แก่ ดิน หรือสารที่มีส่วนประกอบของดิน เช่น มอร์ฟีน หิงเจอร์ ดิน เฮโรอีน และโคเคอีน และรวมไปถึงสารสังเคราะห์หลายอย่างที่มีคุณสมบัติคล้าย ๆ กัน เช่น เฟททีคีน เมทาโคโค

ประเภทที่ 2 ใ้แก่ ยานอนหลับชนิดต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อสมองส่วนกลาง (Central nervous system) ยาที่มีจำหน่ายทั่วไป เช่น ฟีนอบาโรล จิคเคนนอล รวมทั้งยานอนหลับอื่นที่มีไซบาบิฟูเรท ใ้แก่ โบรมัยคลอโรลดีฮาย พาราดีฮาย และยาที่สังเคราะห์ใหม่ ๆ เช่น กลูมิทามัย เมทาควิลอน

ประเภทที่ 3 ยากระตุ้นประสาท ใ้แก่ แอมเฟตตามีน โคคีน และไบกกระทอม

ประเภทที่ 4 ยาที่ทำให้ประสาทหลอน ใ้แก่ ัญชา แอลเอสดี (LSD) เอสทีพี (STP) ดีเอ็มที (DMT) ยาเหล่านี้ทำให้ประสาทการรับของคนเรานึกไปจากเดิม รวมทั้งสารอย่างอื่น เช่น มาสคาลีน (Masculine) และเท็คบางอย่าง

ประเภทที่ 5 สารระเหยต่าง ๆ เช่น เบนซิน และกาวติดเครื่องบิน

ประเภทที่ 6 แอลกอฮอล์ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ Alcohol เป็นสารเสพติดอย่างหนึ่งด้วย เพราะ แอลกอฮอล์ เมื่อดื่มจนติดแล้วจะมีโทษเช่นเดียวกับยาเสพติดชนิดอื่น ๆ

ในการวิจัยนี้ ยาเสพติด หมายถึง เฮโรอีน ดิน ัญชา ซึ่งผู้ป่วยได้นำเข้าสู่ร่างกายด้วยวิถีโลกก็ตามเท่านั้น มิได้รวมถึงยาเสพติดอีกกรวยกว่าชนิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 สาเหตุที่เลือกศึกษาเฉพาะสารเสพติด 3 อย่างนี้เพราะพบว่า ประเภทของยาเสพติดที่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาใช้เสพในช่วง 30 วัน ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา ร้อยละ

86.53 เป็นเฮโรอีน ร้อยละ 9.48 เป็นฝิ่น และร้อยละ 1.45 เป็นกัญชา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ 2529 : 17) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยรับใหม่ของโรงพยาบาลจิตเวชที่จำแนกตามประเภทของยาเสพติด ส่วนใหญ่คือเฮโรอีน จำนวนร้อยละ 30.62 รองลงมาคือ ฝิ่น จำนวนร้อยละ 2.45 และอันดับที่สามคือ กัญชา จำนวนร้อยละ 0.66 (สรุปรายงานประจำปีของโรงพยาบาลจิตเวช 2530)

สาเหตุของการติดยาเสพติดให้โทษ

สาเหตุที่ยอมรับกันว่าเป็นเหตุให้คนติดยาเสพติด ได้แก่ (อรุณ เขาวนาศรัย 2521 : 18 - 19)

1. การอยู่ใกล้ชักจูงยา เช่น แพทย์ พยาบาล คนเหล่านี้รู้จักยาดีและสามารถหยิบใช้ได้ง่าย
2. การอยู่ใกล้ชักจูงผู้ติดยาเสพติด อาจถูกแนะนำชักชวนเพื่อประโยชน์ในทางการค้าหรือแบ่งปันระหว่างกันและกัน
3. เพื่อความสบายใจหรือสนุก พบว่าเด็กชายที่มีปัญหาครอบครัว หรือทางโรงเรียนขาดความรักความอบอุ่น พยายามหาทางออกด้วยการใช้ยาระงับประสาทเพื่อให้หายกังวล บางรายทำไปเพื่อความสนุก เช่น สูบกัญชา
4. ความอยากรู้อยากเห็น วัยรุ่นส่วนมากมีความคณอง อยากรทดลองว่ายาให้ผลอย่างไรกับตน โดยไม่คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น
5. การหนีจากความจริง คนที่มีความทุกข์ใจเป็นประจำจะพยายามหาทางออกโดยไชยาหลอมประสาท เช่น แอลเอสดี (L.S.D.) และกัญชา
6. ผลการกระทำของแพทย์ เกิดเพราะการขาดความระมัดระวังของแพทย์ โดยไชยาระงับความเจ็บป่วยพว่เพื่อจนผู้ป่วยติดยา
7. ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น กระดูกหัก นิ้วโนไต เนื่องจากบางอย่างผู้ป่วยเหล่านี้ หากอยู่ไกลจากแพทย์ก็พยายามช่วยตัวเองด้วยการซื้อยากินเองจนติดยา
8. เค็กเกอร์โคยสันคาน (Psychopathic Personality) เกิดจากความแตกแยกในครอบครัว หรือพ่อแม่ไม่รัก จึงมีความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อสังคม พยายามทำทุกอย่างให้ตรงข้ามกับที่สังคมยอมรับ

นอกจากนี้ จากสรุปรายงานประจำปี 2530 ของโรงพยาบาลชัยภูมิ ได้ระบุถึงจำนวนผู้ติดยาเสพติดรับใหม่ จำแนกตามสาเหตุการไ้ยา ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ติดยาเสพติดรับใหม่ จำแนกตามสาเหตุการไ้ยาเสพติด (กรมการแพทย์, โรงพยาบาลชัยภูมิ 2530 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

สาเหตุการไ้ยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อนชวน	951	17.45
ทดลอง	2113	38.76
ชอบสนุก	266	4.88
เจ็บป่วย	60	1.10
กลุ้มใจ	1415	25.95
ดื่มสุรา	16	0.29
ทำงานหนัก	23	0.42
ถูกหลอก	-	-
มีอาการอยากเสพ	607	11.14
อื่น ๆ	1	0.01
รวม	5452	100.00

จากตาราง แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการไ้ยาเสพติด ส่วนใหญ่คือ ทดลอง รองลงมาคือกลุ้มใจ จะเห็นว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาพจิตใจที่อ่อนแอนั่นเอง

ได้มีการศึกษาหาเหตุผลถึงการที่คนเราหันไปไ้ยาเสพติด ในทางจิตเวชเป็นที่ยอมรับกันว่าสาเหตุที่สำคัญคือ พื้นฐานเดิม บุคลิกลักษณะของบุคคลนั้น คนติดยาเสพติดส่วนมากจะเป็นคนชอบพึ่งคนอื่น (Passive Dependent) เมื่อได้สิ่งใดที่ตนพอใจสบายใจ ก็จะมียึดไว้เป็นที่พึ่ง

จากการศึกษาถึงบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดแล้วพบความผิดปกติได้ 6 ประเภทด้วยกันคือ (ธงชัย อุเนกุลาก 2521 : 47 - 48)

1. พวกโรคประสาท (Neurosis) บุคคลชนิดนี้มีจิตใจอ่อนแอ ซ้ำหวนกลัววิตกกังวล ต้องมีที่พึ่งตลอดชีวิต
2. พวกอันซพาล (Psychopath) บุคคลประเภทนี้ชอบแสดงกิริยาก้าวร้าว เกะกะระราน ซ้ำโมโหเอาแต่ใจตนเองเป็นใหญ่ ก่อความสงบของสังคม หัวแข็ง ไม่ชอบการใช้อำนาจ ชอบการพูดอันโง่มีเหตุผล และต้องการความยกย่อง
3. พวกสติปัญญาต่ำ (Feeblemind) บุคคลพวกนี้สติปัญญาต่ำ เชื่อคนง่าย มักถูกหลอกหลวง
4. พวกชอบสังคม (Extrovert) บุคคลประเภทนี้ชอบความสนุกสนาน เฮฮา ขำพูด ใจกว้าง รู้จักคนง่าย มักมีอารมณ์รุนแรง ขาดความยับยั้งชั่งใจ เมื่อเกิดอารมณ์
5. พวกเกลียดสังคม (Introvert) บุคคลประเภทนี้มักเป็นคนเฉย ๆ ไม่ชอบสนุกสนานเฮฮา ไม่ขำพูด ชอบเก็บตัว พบว่าพวกนี้มีอัตราการทำอัตวินิบาตกรรมสูง
6. พวกโรคจิต (Psychosis) บุคคลประเภทนี้มีอาการของโรคจิตอยู่แล้ว แต่สามารถปรับชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยอาศัยยาเสพติดเป็นเครื่องช่วยลดความยุ่งยากทางใจ

นอกจากนี้ฉันนักจิตวิทยาแบ่งผู้ใช้ยาเสพติดออกเป็น 3 กลุ่มคือ (ศรีนวล โภณวนิช 2527 : 7 - 8)

1. กลุ่มผู้แสวงหาประสบการณ์ บุคคลกลุ่มนี้คือ กลุ่มซึ่งมีความสนใจในความสุขหรือในประสบการณ์ที่คิดว่าจะได้จากยาเสพติดนั้น ๆ โดยได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่นเคยหรือมีประสบการณ์มาแล้ว หรือจากหนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ แม้แต่จากโทรทัศน์หรือวิทยุก็ตาม บุคคลเหล่านี้จะทดลองประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่หาหาย รวมทั้งต้องการความเห็นใจจากผู้อื่นและต้องการบรรลุจุดหมายของชีวิต
2. กลุ่มผู้แสวงหาตนเอง กลุ่มนี้ยอมรับสภาพ การเมายาว่าเป็นสิ่งที่น่าพอใจ เพราะทำให้หลุดพ้นจากการบีบบังคับที่ได้รับอยู่ในชีวิตจริง บุคคลเหล่านี้ส่วนมากมีความรู้สึกว่าคุณเองทำอะไรอยู่มาก มีความไม่มั่นคงอยู่ตลอดเวลา และมีความคิดที่ไม่กระจ่างชัดว่าเขาควรจะเป็นคนแบบไหนจึงจะเหมาะสม
3. กลุ่มผู้แสวงหาความเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ บุคคลกลุ่มนี้ไม่พึงพอใจในตนเอง อาจทั้งในเรื่องบุคลิกลักษณะ รูปร่างหน้าตา หรือความสามารถ จึงหาทางหนีจากปัญหาส่วนตัว

นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมและความซับซ้อนทางสังคมในปัจจุบัน มีส่วนบังคับให้ มนุษย์ต้องแสวงหาแนวทางต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตให้มีความสุขพอสมควร รวมทั้งการใช้จ่าย เสพติดบางชนิดเพื่อความพอใจของตน อีกทั้งวิวัฒนาการความเจริญต่าง ๆ ที่หลั่งไหลเข้ามา ทำให้สังคมมนุษย์จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับยาเสพติด จึงมีจำนวนหนึ่งต้องพึ่งพิงยาเสพติดอย่างขาด มิได้ และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม จะเห็นว่าการติดยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีสาเหตุซับซ้อน เกื้อหนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน ผลักดันให้บุคคลใช้ยา กลุ่มสังคมต่าง ๆ อันได้แก่ สถาบัน ครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันการบำบัดรักษา รวมทั้งรัฐบาล ต่างก็มีส่วนช่วยกัน ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของทุกฝ่ายที่จะร่วมกันแก้ไข

การรักษาผู้ติดยาเสพติด

สำหรับประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 การบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดประกอบด้วย 2 ระบบคือ ระบบสมัครใจ และระบบบังคับ (วิชัย โปษยะจินดา 2528 : 24) สำหรับประเทศไทยคานการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล ต่าง ๆ ที่ประกาศตั้งโดยกรมการแพทย์ ซึ่งระบบสมัครใจนี้แบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ (เพลินพิศ วชิรโชติ 2521 : 59)

1. การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา (Pre admission period)

เพื่อให้ผู้ที่มาขอรับการรักษาคิดเตรียมตัวพร้อมรับการรักษาคตามกรรมวิธีและเวลา ที่กำหนด และเป็นระยะเวลาที่จะจูงใจให้ผู้ติดยาเกิดความมั่นใจต่อการรักษามีความอดทนที่จะ ทอสูกับความรู้สึกของการยา ซึ่งจะเป็นพลังสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดยาหลุดพ้นจากอำนาจของยา เสพติดได้ ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน ดังวิธีต่อไปนี้

1.1 ช่วยในด้านการเตรียมตัว เตรียมครอบครัวของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว ที่มีรายได้น้อยมีบุตรที่ต้องรับผิดชอบหลายคน นักสังคมสงเคราะห์จะต้องหาทางช่วยเหลือ เพื่อ มิให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระหว่างที่รับการรักษา รายที่เป็นนักเรียนจะติดต่อกับ โรงเรียน ครู ให้อยอมรับนักเรียนภายหลังรักษาแล้ว ที่ทำงาน การประสานงานต่าง ๆ จะติดต่อกับให้มีการพิจารณา อนุญาต พร้อมทั้งมีการชี้แจงให้ญาติมีส่วนร่วมในการรักษา

1.2 ช่วยในด้านการเตรียมใจ แนะนำและเสริมกำลังใจผู้ป่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในระหว่างอยู่รับการรักษา ในระหว่างถอนยาจะมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้น ต้องพูดให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง

2. การถอนพิษยา (Detoxification)

หลังการเตรียมตัวแล้ว ผู้ติดยาเสพติดจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการซักประวัติการเสพยา ทั้งชนิดและขนาด ทั้งตรวจร่างกายโดยละเอียดรวมทั้งการตรวจห้องทดลองที่จำเป็นในระยะเวลาชั้นนี้ไม่น้อยกว่า 21 วัน ไม่เกิน 45 วัน

ผู้ติดยาเสพติดที่หยุดใช้ยาทันทีทันใดจะมีอาการของการถอนยา (Withdrawal Symptoms) เกิดขึ้น ซึ่งเป็นอาการทางร่างกาย (Physical dependence) ที่กระวนกระวายและทรมานอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ติดยาส่วนมากทนไม่ไหว ต้องหวนกลับไปเสพยาอีก การถอนพิษยามีหลายแบบ ดังนี้

2.1 ทักคิบ (Cold Turkey)

ให้ผู้ติดยาเสพติดหยุดการเสพทันทีทันใด แล้วปล่อยให้ผู้ติดยาเหล่านั้นอย่างใกล้ชิด เช่น ให้น้ำ อาหาร การพักผ่อนอย่างเต็มที่ ให้อาสาสมัครและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา อาการอดยาจะรุนแรงภายใน 5 วัน แล้วเริ่มลดลง

2.2 การทดแทนด้วยยากล่อมประสาท (Tranquilizer Substitute)

ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการเลิกอาจทดแทนด้วยยากล่อมประสาท ทั้งชนิดออกฤทธิ์แรงและฤทธิ์อ่อน (Major & Minor Tranquilizer) เพื่อระงับความกระวนกระวายจิตใจ และการให้ยารักษาอาการอื่น ๆ เช่น ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.3 การทดแทนด้วยเมธาโดน (Methadone Substitute)

โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหยุดยาที่เคยเสพ แล้วให้เมธาโดนแทน เป็นในรูปของน้ำเชื่อมหรือชนิดเม็ด โดยให้เมธาโดน 1 มิลลิกรัม ต่อเฮโรอีน 1 มิลลิกรัม หรือคอกมอร์ฟิน 3 - 4 มิลลิกรัม วันแรกให้เมธาโดนขนาดสูง แล้วค่อย ๆ ลดลงหมด ใช้เวลาประมาณ 7 - 10 วัน

2.4 การให้เมธาโดนถาวร (Methadone Maintenance Program)

ส่วนใหญ่ผู้ติดยาเสพติดจะหันไปติดยา กัญชา เพื่อสามารถควบคุมผู้ติดยาไว้ได้ จึงมีผู้ใช้วิธีกินเมธาโดนแทนตลอดไป เพื่อให้ผู้ติดยาเหล่านั้นหันมาคิดเมธาโดนแทน



สำหรับการถอนพิษยา ของโรงพยาบาลจิตเวชารักษ์ เป็นแบบการทดแทน
กัญชาโคเคน

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Period)

ยาเสพติดทุกชนิดจะออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลางโดยตรง ทำให้การติดยานั้น
เป็นการติดทางใจ (Psychological Dependence) เป็นส่วนใหญ่ ผู้ติดยาเสพติดทุกคน
สามารถเลิกยาได้ด้วยการรักษาขั้นถอนพิษยาแล้ว แต่เกือบทุกคนมักจะกล่าวหาว่าไม่สามารถ
ลืมความสบายใจอันเกิดจากยาได้ ทำให้ต้องหวนกลับไปเสพอีก เพื่อให้การติดทางใจนั้นหมดไป
จึงต้องแก้ไขด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยเฉพาะทางจิตใจ เป็นสำคัญ
เพื่อปรับปรุงจิตใจและเปลี่ยนแปลงแนวทางดำเนินชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงและมึ
ความรับผิดชอบในสังคม

4. การติดตามหลังการรักษา (After Care)

เมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จะยังคงได้รับการดูแลต่อไปโดยการ
ติดตามผล (Follow up) ต้องตรวจปัสสาวะเป็นครั้งคราว มีการเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือ
ให้คำแนะนำ และเสริมสร้างกำลังใจ

เนื่องจากการวิจัยนี้มีผู้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่ออติมันโทซิน
และการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชารักษ์ ซึ่งการวิจัยนี้จัด
กระทำเกี่ยวกับการรักษาในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงจะได้กล่าวรายละเอียดในขั้นตอนต่อไป

การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นทำได้ยาก ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของผู้ป่วยและผู้บำบัดรักษา
การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะปรับปรุงนิสัยผู้ป่วย ความประพฤติทุกอย่าง รวมทั้งช่วยแก้ไขนิสัย
บุคลิกที่เสียไปให้เขาสุขภาพเดิม มีจิตใจมั่นคง เข้มแข็ง พอจะทนอยู่ได้โดยไม่ต้องใช้ยา
เสพติดอีก ในทางปฏิบัติทำได้ยากมากเพราะต้องใช้เวลา ความอดทน และต้องทำต่อเนื่อง
กันด้วย อีกทั้งเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจงาน ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย
ครอบครัว สังคมแวดล้อม และทีมเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา
นักสังคมสงเคราะห์ ครูอาชีวบำบัด พระภิกษุ เป็นต้น

ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (อานันท์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง 2521 : 75 - 77)

1. วิเคราะห์สาเหตุของการติดยา (Dynamic of Case) วิจัยประวัติ
หาความบกพร่อง สถานะอาชีพ ความเป็นอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

2. ชี้วางแผน (Planning Treatment) คุุ้คุมกพร่องของผูผู้ป่วยและนำมา
วางแผนแต่ละรายไป

3. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การรักษาทางใจทุกรูปแบบเป็นหลัก
ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมีความบกพร่องทางจิต จึงต้องแก้ไขจิตใจ
ช่วยใหม่ั่นใจและตั้งใจที่จะแก้ออกพร่องของตนเอง มีหลายวิธี ดังนี้

3.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีความผูกพันและ
ศรัทธากับผู้บำบัดรักษา ก็เท่ากับทำให้การบำบัดเสร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง ทาที่ของผู้ให้การบำบัดรักษา
ต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยเขาได้ มิใช่เป็นการวากกล่าวซ้ำเติม

3.2 การทำจิตบำบัดเฉพาะตัว (Individual Psychotherapy) เป็น
การพบปะผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ทำให้เขาเห็นข้อบกพร่องของตนเอง

3.3 การทำจิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy) โดยเอาผู้ป่วยมา
จัดกลุ่ม จำนวนไม่เกิน 15 คน ให้แต่ละคนกล่าวปัญหาที่ตนมี และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยให้
กำลังใจแก่กันและกัน ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม (Group Interaction) และ
มีการประคับประคองให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม (Group Supporting) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็น
ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกมีโอกาสเสริมสร้างกำลังใจกัน

3.4 จิตบำบัดครอบครัว (Family Therapy) ครอบครัวเป็นปัญหาสำคัญ
ที่ทำให้คนไข้เกิดความขัดแย้งทางใจ (Conflict) จำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามาร่วมเพื่อ
ชี้ให้เห็นปัญหา ให้ครอบครัวยอมรับสภาพผู้ป่วยและไม่ทำให้กระทบกระเทือนใจ

3.5 การอบรมทางศาสนาศีลธรรม (Moral Training) เพื่อให้ผู้ป่วย
ฟื้นฟูทางศีลธรรมจรรยา ให้พระมาเทศน์ ผู้ให้การบำบัดรักษาต้องทำหน้าที่เป็นตัวอย่างคอย

3.6 การแกนนิสัยและการกิจประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยแกนนิสัยของตน สร้างวินัย
โดยอาจทำเป็นตารางประจำวัน ขึ้นนอนเป็นเวลา มีมารยาทในการกิน เป็นการให้รางวัล
และลงโทษ

3.7 การสร้างสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมในสถานพยาบาลควรมีบรรยากาศ
ร่มรื่น เป็นที่รื่นรมย์

ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตบำบัด นอกจากนั้นยังมีวิธีอื่น ๆ อีกคือ

4. งานอาชีพบำบัด (Occupational Therapy) เป็นการสร้างให้ผู้ป่วยไม่อยู่
ว่าง ไม่ฟุ้งซ่าน โดยให้ผู้ป่วยมีงานที่สมัครใจทำ เช่น เกษตรกรรม ช่างไฟฟ้า วาดภาพ ทำ
ให้ผลิตเพลง ใ้ผลตอบแทนบ้าง และใ้ค้ออกกำลังกายด้วย

5. การฝึกอาชีพ (Job Training) เพื่อให้ผู้ป่วยทำงานได้เมื่อออกจากสถาน
พยาบาลแล้วสามารถช่วยตัวเองได้

6. สันทนาการ (Recreational) เป็นการให้ความบันเทิงแก่ผู้ป่วย เพราะ
ถือว่าธรรมชาติของมนุษย์ต้องการหย่อนใจบ้าง เช่น การบันเทิงต่าง ๆ การละเล่นต่าง ๆ
การท่องเที่ยว การกีฬา รวมทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และการบริหารร่างกาย

7. การให้สังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Welfare) ขณะที่ผู้ป่วยเข้า
รับการรักษา ทางครอบครัวอาจมีปัญหา เช่น การเจ็บป่วยหรือการศึกษาของบุตร สถานบำบัด
จำต้องให้การช่วยเหลือ

8. การเตรียมหางานให้ทำ (Job Displacement) เตรียมให้ผู้ป่วยก่อนออก
จากสถานพยาบาล เพื่อให้มีงานทำเป็นหลักแหล่ง มีรายได้ช่วยตัวเอง ถ้าเป็นนักเรียนก็ให้
กลับเข้าเรียนต่อ

ระยะเวลาที่ใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพและจิตใจ ไม่มีกำหนดแน่นอน แต่ที่ปฏิบัติโดยทั่วไป
ใช้เวลา 6 เดือน ถึง 2 ปี ฉะนั้น จึงยังไม่เป็นหลักเกณฑ์ตายตัว

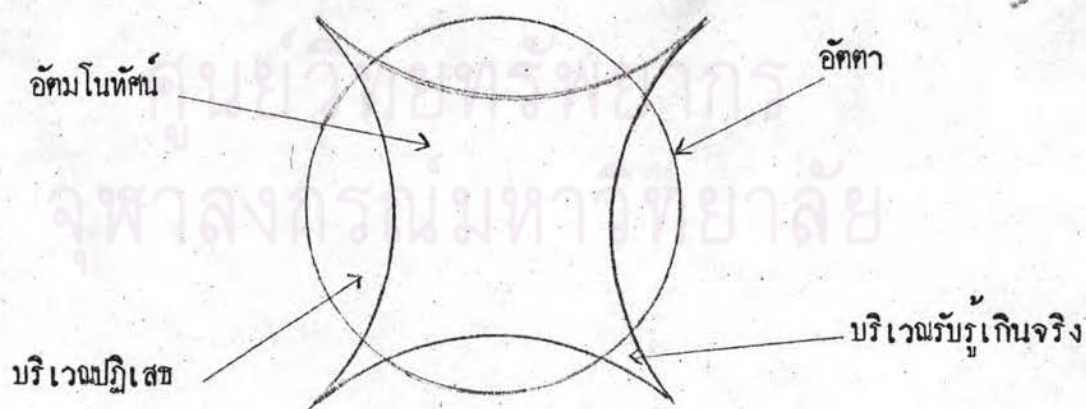
อัตมโนทัศน์ (Self Concept)

โรมีย์ (Reimy cited by Dinkmeyer 1967 : 184) ใ้ความหมายว่า
อัตมโนทัศน์ คือ การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ถูกจัดใ้เป็นระบบ มากหรือน้อยเป็นผลจากการสังเกต
ตนเองทั้งอดีต และปัจจุบัน เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อเกี่ยวกับตนเอง อัตมโนทัศน์อาจเป็นเหมือนแผนที่
ของแต่ละบุคคลสำหรับพิจารณาเพื่อเข้าใจตนเอง โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่บุคคลนั้นต้องตัดสินใจ
กระทำสิ่งหนึ่งใ้เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาท่านอื่นที่ใ้ความหมายใกล้เคียงกัน

เช่น เฮิร์ลลอค (Hurlock 1978 : 525 - 526) ให้ความเห็นว่า อคติโนทัศน์เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา ความเหมาะสมทางเพศ ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ ความสามารถ การมีคุณค่า ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งใกล้เคียงกับ กูด (Good 1973 : 254) ที่กล่าวถึงอคติโนทัศน์ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถ รูปร่างลักษณะ การกระทำ กิจกรรมประจำวันของตนเองในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่ง รวมทั้ง โรเจอร์ส (Rogers 1951 : 136) ใช้อธิบายว่าอคติโนทัศน์ คือ โครงสร้างของการรับรู้ (Configuration of perception) ที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปลักษณะ ความสามารถ การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างตนกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ซึ่งโรเจอร์สเห็นว่า อคติโนทัศน์พัฒนาขึ้นมาจากผลของการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะจากการที่บุคคลได้รับการประเมินจากคนอื่น

นอกจากนี้ แมคเควิด และฮารารี (McDavid and Harari 1969 : 220 - 222) ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่าง และความเกี่ยวข้องกันระหว่าง อคติ (Self) กับ อคติโนทัศน์ (Self Concept) โดยใช้แผนภูมิเรียกว่า "ชีส เบอร์เกอร์" (Cheese burger) ดังนี้

แผนภูมิที่ 1



อัตตา (Self) หมายถึง ส่วนรวมทั้งหมดของร่างกาย พฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตามวิถีทางที่บุคคลนั้นเป็น แทนด้วยส่วนวงกลม

อัทมโนทัศน์ (Self concept) หมายถึง ระบบโครงสร้างของการรับรู้ (cognitive) ที่บุคคลมีต่ออัทตาอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน แทนด้วยสี่เหลี่ยมที่คลุมทับวงกลม

บริเวณปฏิเสธ (Area of denial) เป็นส่วนของอัทตาที่ไม่ยอมรับ อาจเป็นได้ทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดี

บริเวณรับรู้เกินจริง (Area of fabrication) เป็นส่วนของอัทมโนทัศน์ที่รับรู้เกินกว่าที่ตนเป็นจริง อาจเป็นได้ทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดี

ซึ่ง อาไฟ สิริพันธ์ (2515 : 93) ก็มีความเชื่อเช่นเดียวกัน โดยให้ทัศนะว่า อัทมโนทัศน์กับอัทตาไม่ใช่สิ่งเดียวกัน แต่อัทมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งของอัทตาเป็นส่วนที่สำคัญเป็นแก่นแท้ เป็นคุณลักษณะประจำตัวของคน เป็นลักษณะที่บุคคลคิดว่าเขาเป็นตัวเองตลอดเวลาทุกสถานที่

อัทมโนทัศน์จะเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยทารก เริ่มเมื่อเด็กรู้จักแยกแยะตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อมได้ นักจิตวิทยา เช่น มีด (Mead) และโรเจอร์ส (Rogers) เห็นว่า อัทมโนทัศน์นั้นเป็นผลมาจากการที่เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับสังคมและสิ่งแวดล้อมขึ้นกับว่า ในสังคมมีปฏิริยาต่อเขาอย่างไร โดยเฉพาะ ซัลลิแวน (Sullivan) ได้เน้นว่าปฏิสัมพันธ์ของบุคคลมีอิทธิพลต่อพัฒนาการอัทมโนทัศน์ในเด็กมาก ซึ่งเด็กจะพยายามปฏิบัติตนเพื่อให้เป็นที่พึงพอใจของบุคคลเหล่านี้ ดังที่ ออซูเบล และโรบินสัน (Ausubel and Robinson 1969 : 284) ได้ให้ความเห็นว่าบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตเด็กคนแรกคือ พ่อ แม่ สมาชิกในครอบครัว

ต่อมาก็คือ กลุ่มเพื่อน และครู โดยเฉพาะในระยะวัยรุ่น โรงเรียนและเพื่อนจะตอบสนองความต้องการใหม่ ๆ พฤติกรรมของเขาจะเปลี่ยนไปตามการมองดูของกลุ่มเพื่อน การยอมรับหรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวเขา มีผลทำให้เกิดทัศนคติต่อตนเอง ซึ่งอาจเป็นในทางบวก หรือทางลบก็ได้

สรุปแล้ว อັคมโนทัศน์ ก็คือความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคิด ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในทุก ๆ ด้าน อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ตนได้รับจากสิ่งแวดล้อม อັคมโนทัศน์นี้จะพัฒนาไปได้เรื่อย ๆ ตามระดับวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม ไม่จำกัดเวลาและขอบเขต โดยอັคมโนทัศน์จะเป็นแกนกลางของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ อັคมโนทัศน์ไม่ใช่ข้อดี เพราะบุคคลอาจจะรับรู้เกี่ยวกับตนได้ไม่ตรงกับที่ตนเองเป็นจริง ๆ ก็ได้

การเปลี่ยนแปลงอັคมโนทัศน์

อັคมโนทัศน์มีลักษณะคงที่ แต่ก็สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ดังที่นักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ทัศนะ ดังนี้

คอมส์ และสไนกก์ (Combs and Snygg 1959 : 240 - 247) เห็นว่าอັคมโนทัศน์จะคงที่ แต่ไม่ใช่สิ่งตายตัว สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่ไม่เปลี่ยนไปมาบ่อย ๆ

เซมัวร์ เอปสไตน์ (Seymour Epstein 1973 : 408) เชื่อว่าอັคมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับ

โรเจอร์ส (Rogers 1951 : 476) เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงอັคมโนทัศน์เป็นผลมาจากวุฒิภาวะ (maturation) และการเรียนรู้

โฮเวิร์ด เคนด์เลอร์ (Howard H. Kendler 1963 : 461) ว่าอັคมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สถานการณ์ และบทบาทในสังคมของบุคคลนั้น

พรรณทิพย์ เกษะนันท์ (2516 : 64 - 69) เห็นว่าอັคมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้ตามองค์ประกอบต่อไปนี้

1. สังคมที่เขาอาศัยอยู่ การเป็นที่ยอมรับหรือไม่ยอมรับจากสังคมที่เขาอาศัยอยู่นั้น มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอັคมโนทัศน์ของบุคคลได้ทั้งในทางที่ดีขึ้น หรือคอยลง
2. ผู้ที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลเหนือพัฒนาการของบุคคลนั้น เช่น บิดา มารดา ครู หรือเพื่อนสนิท ความไว้วางใจ ความเชื่อต่อทัศนคติที่คนเหล่านั้นมีต่อบุคคลนั้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

อหัมโนทัศน์ของบุคคลนั้นได้

3. อหัมโนทัศน์ตามปณิธาน (ideal of self - concept) หมายถึง ความนึกคิดทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็นบุคคลจะตั้งอหัมโนทัศน์ตามปณิธานเอาไว้แล้วพยายามจะเปลี่ยนตัวเองให้เป็นอย่างที่ตั้งปณิธานเอาไว้ ถ้าทำไม่ได้ก็จะท้อถอย รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ทำให้อหัมโนทัศน์ค่อยลง

นอกจากนี้ นวลศิริ เปาโรหิตย์ (น.ป.ป. : 115) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอหัมโนทัศน์ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการ
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤติการณ์ที่บุคคลจะต้องประสบ
3. การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบ่มเพาะทางจิต

ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงอหัมโนทัศน์ อาไพ ศิริพิพัฒน์ (2515 : 103) ได้สรุปไว้ว่า อหัมโนทัศน์มีค่านิยมแทรกเอาไว้ว่าดีหรือไม่ดี และในขณะที่เดียวกันก็วัดผลไปด้วยว่าตนมีหรือขาดค่านิยมนั้น ๆ หรือไม่ ค่านิยมนั้นขึ้นอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย คุณลักษณะอย่างไรที่บุคคลเห็นว่าสำคัญ มีคุณค่าและบุคคลนั้นขาดหรือพยายามเท่าไรก็ไม่ประสบความสำเร็จ มักจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกขาดความสำคัญและรู้สึกค่อยไป และความรู้สึกค่อยนี้มักทำให้อหัมโนทัศน์ด้านอื่น ๆ ค่อยตามไปด้วย ในทางตรงข้าม หากบุคคลมีคุณลักษณะใดที่เขาเห็นว่าสำคัญ และถือว่ามีค่านิยมสูง อหัมโนทัศน์โดยทั่ว ๆ ไป ก็จะมีและมักจะทำให้อหัมโนทัศน์ด้านอื่น ๆ ก็ตามไปด้วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าอหัมโนทัศน์เป็นสิ่งที่พัฒนาตามวัยและวุฒิภาวะจากประสบการณ์แห่งตน อหัมโนทัศน์นี้พัฒนาไปได้ทั้งในทางที่ดี (Positive Self - Concept) ทางที่ไม่ดี (Negative Self - Concept) อหัมโนทัศน์ที่ดีคือการรับรู้ที่ถูกต้อง ตามความเป็นจริง (Stuart and Sundeen 1979 : 102) ซึ่งจะส่งผลไปจนถึงการรับรู้ต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลจะรับรู้ต่อประสบการณ์ที่สอดคล้องกับอหัมโนทัศน์ และปฏิเสธหรือบิดเบือนประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับอหัมโนทัศน์แห่งตน (Roger 1951 : 520) การที่บุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมใด ๆ หรือปฏิเสธประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนั้น ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องของอหัมโนทัศน์ในปัจจุบันที่ดำรงอยู่

การประเมินอัตมโนทัศน์

ในการประเมินอัตมโนทัศน์ จำเป็นต้องทราบถึงลักษณะของอัตมโนทัศน์ก่อน ซึ่ง วิลเลียม ฟิตส์ (Fitts: cited in Wylie 1974 : 230 - 236) ได้กล่าวถึงลักษณะของอัตมโนทัศน์โดยพิจารณาจากด้านใหญ่ ๆ 2 ด้าน คือ

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ (Internal frame of reference) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (Identity) หมายถึงความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนอย่างไร (What he is) เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ถามว่า "ฉันเป็นอะไร" (What I am)

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง (Self - Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง (How he accepts himself) เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ถามว่า "ฉันมีความรู้สึกเกี่ยวกับตัวฉันอย่างไร" (How I Feel about myself)

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง (How he acts) เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ถามว่า "ฉันประพฤติอย่างไร" (What I do or the way I act)

อัตมโนทัศน์ทั้ง 3 ด้านนี้แสดงถึง ความคิดเห็น การยอมรับและการประเมินตนเอง โดยพิจารณาจากตนเองเป็นเกณฑ์

2. พิจารณาโดยใช้คนอื่นเป็นเกณฑ์ (External frame of reference) ซึ่งประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) หมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย ทางเพศ สุขภาพ ความสามารถและทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral - ethical self) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลวและความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกภูมิใจในตนเอง และประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเองโดยไม่รวมลักษณะทางกายภาพและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ครอบครัว (Family self) หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์สังคม (Social self) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อัตมโนทัศน์ทั้ง 5 ด้านนี้ แสดงถึงการยอมรับและการประเมินตนเองจากบุคคลอื่นในสังคม โดยพิจารณาจากคนอื่นเป็นเกณฑ์

นอกจากนี้ พิทส์ ได้รวมเอาอัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) มาเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นอัตมโนทัศน์ด้านที่หมายถึงความกล้าที่จะยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดี พิทส์ เชื่อว่าอัตมโนทัศน์ด้านนี้เป็นส่วนที่ชี้ให้เห็นการประเมินตนเองของบุคคลได้มากยิ่งขึ้นและพิทส์ ได้สร้างแบบวัดอัตมโนทัศน์ เรียกว่า แบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นจากพื้นฐานเหตุผลทางทฤษฎีและการประเมินทางจิตวิทยา ซึ่งสามารถประเมินอัตมโนทัศน์ในหลาย ๆ ด้าน แบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี เป็นแบบวัดที่นิยมใช้กันมาก ได้มีผู้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแบบวัดนี้ว่าเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างกว้างขวาง สามารถใช้ได้ทั้งผู้ช่วยและไม่ใช้ผู้ช่วย และแบบวัดนี้ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็นการให้ออกาสผู้ตอบ ตอบได้อย่างกว้างขวางและเพียงพอ (Wylie 1974 : 230 - 236)

เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถเห็นได้ด้วยตา ดังนั้นการประเมินอัตมโนทัศน์สามารถกระทำได้ 2 วิธี (อาโพ ศิริพิพัฒน์ 2515 : 100) คือ

1. โดยการซักถามเจ้าตัว ผลที่ได้เรียกว่า รายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self report)
2. โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือนักจิตวิทยา ไปสังเกตพฤติกรรมของคนแล้วมาสรุปลงความเห็น



การประเมินอัตมโนทัศน์ทั้งสองวิธีนี้อาจให้ผลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่อย่างไรก็ตาม การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตัวเอง เชื่อว่าเป็นวิธีที่ทำให้ได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องมากกว่า

ทฤษฎีบุคลิกภาพและพฤติกรรมของโรเจอร์ส

โรเจอร์สได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพและพฤติกรรม ซึ่งฮอลล์และลินด์เซย์ (Hall and Lindzey 1957 : 528 - 530) ได้สรุปประเด็นที่เป็นโครงสร้างของบุคลิกภาพไว้ 3 ประการคือ ประสมการณ์ของอินทรีย์ อัตมโนทัศน์ และความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องระหว่างประสมการณ์ของอินทรีย์และอัตมโนทัศน์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประสมการณ์ของอินทรีย์ บุคคลแต่ละคนมีชีวิตอยู่ในโลกของประสมการณ์ซึ่งมีตนเองเป็นศูนย์กลาง โลกส่วนตัวของเขานี้ประกอบด้วยประสมการณ์ทั้งหมดของอินทรีย์ซึ่งบุคคลจะรับรู้หรือไม่ก็ตาม แต่บุคคลผู้นั้นผู้เดียวที่รู้จักอย่างถ่องแท้ ผู้อื่นมีอาจล่วงรู้ได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากต้องอาศัยความเข้าใจตามทัศนะของบุคคลผู้นั้น (empathic understanding) โลกแห่งประสมการณ์นี้ คือ ความจริงสำหรับบุคคลผู้นั้น บุคคลมิได้มีปฏิริยาตอบสนองต่อความจริงที่แท้จริง แต่เขาจะมีปฏิริยาต่อความจริงตามที่เขารับรู้ โรเจอร์สไม่ได้อธิบายว่าความจริงแท้เป็นอย่างไร แต่กล่าววว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะตรวจสอบความถูกต้องของประสมการณ์โดยเปรียบเทียบกับประสมการณ์อื่นอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางที่จะทำใ้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

2. อัตมโนทัศน์ ค่ายอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งอิทธิพลของพ่อแม่และผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นผู้ประเมินค่าพฤติกรรมของเด็ก ส่วนหนึ่งของประสมการณ์จะค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นเป็นอัตมโนทัศน์ ซึ่งมีลักษณะเป็นหน่วยรวม (Gestalt) ที่มีระบบอันประกอบด้วย การรับรู้คุณลักษณะของสิ่งที่เป็น "ตัวตน" และการรับรู้ความสัมพันธ์ที่ "ตัวตน" มีกับผู้อื่น และสิ่งอื่น รวมทั้งค่านิยมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์เหล่านี้ อัตมโนทัศน์หรือระบบการรับรู้เกี่ยวกับ "ตน" นี้ จะมีผลต่อการรับรู้ประสมการณ์ต่าง ๆ และพฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงออก กล่าวคือ บุคคลจะรับรู้ประสมการณ์ที่สอดคล้องและจะปฏิเสธหรือมิดเบือนประสมการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของตน นอกจากนั้นบุคคลยังเลือกแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์อีกด้วย

3. ความสอดคล้องและไม่สอดคล้องระหว่างอัตมโนทัศน์และประสบการณ์ของอินทรีย์
 เมื่อประสบการณ์ซึ่งผ่านการรับรู้และถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์นั้นตรงกันกับประสบการณ์
 ที่เกิดขึ้นกับอินทรีย์ บุคคลจะมีการปรับตัวดี มีสุขภาพะ และมีประสิทธิภาพเต็มที่ (fully
 functioning) บุคคลจะยอมรับประสบการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นโดยปราศจากความหวาดหวั่นหรือ
 วิตกกังวล เขาสามารถที่จะคิดอ่านได้ตรงตามความเป็นจริง ตรงกันข้ามเมื่ออัตมโนทัศน์ไม่
 สอดคล้องกับประสบการณ์ บุคคลจะเกิดความหวาดหวั่นวิตกกังวล จะมีพฤติกรรมปกป้องตนเอง
 ความคิดอ่านของเขาจะถูกจำกัดและขาดความยืดหยุ่นในภาวะที่อัตมโนทัศน์ไม่สอดคล้องกับประสบการณ์
 บุคคลจะพยายามปกป้องอัตมโนทัศน์ไว้ด้วยวิธีการบางอย่าง กล่าวคือ ด้วยวิธีปฏิเสธที่จะรับรู้
 ประสบการณ์บางอย่าง หรือด้วยวิธีการบิดเบือนประสบการณ์นั้นมาให้สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์
 ทำให้ประสบการณ์ที่สำคัญบางอย่างไม่ได้ถูกจัดรวมเข้าสู่โครงสร้างของ "ตน" สิ่งที่เกิดขึ้น
 คือความตึงเครียดทางจิต (psychological tensions) เป็นภาวะของการปรับตัวที่ไม่ดี

ตัวการที่เป็นเหตุให้อัตมโนทัศน์และประสบการณ์ของอินทรีย์สอดคล้องหรือไม่สอดคล้อง
 กันคือ การประเมินค่าของผู้อื่น ถ้าหากการประเมินค่านี้เป็นไปในทางบวก หรือที่คาร์ล
 โรเจอร์ส เรียกว่า การยอมรับอย่างปราศจากเงื่อนไข (unconditional positive
 regard) อัตมโนทัศน์และประสบการณ์ก็จะไม่คลาดเคลื่อนห่างจากกัน บุคคลจะมีการปรับตัวดี
 แต่เนื่องจากการประเมินค่าพฤติกรรมของเด็กโดยพ่อแม่และผู้อื่นนั้นบางทีก็เป็นไปในทางบวก
 บางทีก็เป็นทางลบ เด็กจึงเรียนรู้ที่จะจำแนกระหว่างการกระทำและความรู้สึกที่ผู้อื่นเห็นชอบด้วย
 และไม่เห็นชอบด้วย ประสบการณ์ที่ไม่ได้รับการเห็นชอบด้วยจะถูกจำกัดออกไปจากอัตมโนทัศน์
 แม้ว่าประสบการณ์นั้นจะเกิดขึ้นจริงก็ตาม ผลที่เกิดขึ้นก็คือความไม่สอดคล้องตรงกัน ระหว่าง
 อัตมโนทัศน์และประสบการณ์

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกลุมนำมัดแบบระดับประคอง

เนื่องด้วยกลุมนำมัดแบบระดับประคอง เป็นชนิดหนึ่งของจิตนำมัดกลม ดังนั้น จึงขอ
 กล่าวถึงจิตนำมัดกลมก่อน

จิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy)

วี เจ แอล โมรีโน (V.J.L. Moreno 1932 อ้างถึงใน ซีระ สีลาพันธ์กิจ 2530 : 2) อธิบายว่าจิตบำบัดกลุ่มเป็นวิธีนำเอาผู้ป่วยมารวมกลุ่มกัน โดยผู้ป่วยจะแสดงปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของตนเองออกมาเมื่ออยู่ในกลุ่มนั้น ๆ

เอส อาร์ สลาบสัน (S.R. Slavson 1947 อ้างถึงใน สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ 2529 : 20) กล่าวว่าจิตบำบัดกลุ่ม หมายถึง การรักษาแบบจิตบำบัดเฉพาะบุคคล โดยนำผู้ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไปมารวมกลุ่มกัน พร้อมทั้งนำปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาถกเถียงกันเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

มาร์ม คีโกเวน (Marram D. Gowen 1978 : 219 - 221) ให้ความหมายของจิตบำบัดกลุ่มว่า เป็นการรักษามารวมกันโดยกลุ่มชนิดหนึ่ง และเป็นสาขาหนึ่งของวิชาจิตเวชศาสตร์ และเป็นแขนงหนึ่งของการทำจิตบำบัด

นอกจากนี้ มาร์ม (Marram) ได้แบ่งจิตบำบัดกลุ่ม ไว้ดังนี้

1. Personality Reconstruction
2. Insight without reconstruction
3. Remotivation
4. Problem solving
5. Re - education
6. Support

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยจิตบำบัดกลุ่มแต่ละแบบนี้ ต้องพิจารณาถึงชนิดของผู้ป่วย ลักษณะอาการ รวมทั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา ซึ่ง แอล อาร์ วอลเบิร์ก (L.R. Wolberg 1967 : 793) ได้ให้ความเห็นว่า กลุ่ม Remotivation, Re - education และ Support เป็นกลุ่มที่ไม่เน้นเรื่องในอดีต หรือจิตใจเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของบุคลิกภาพทั้งหมด แต่ต้องการให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เหมาะสมกับสังคมเดิม สำหรับเรื่องของกลุ่มบำบัดแบบประทับประคองจะกล่าวโดยละเอียดต่อไป ดังนี้

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Group Therapy)

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง คือการที่ผู้รักษาส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยมีการสนทนาถึง ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เขาไม่พอใจ ไม่เป็นสุข รู้สึกกังวล หรือมีความคับข้องใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาหรือลดความขัดแย้งในระดับจิตรูปร่าง เพื่อให้เกิดความสมดุลทาง จิตใจ สามารถมองเห็นปัญหาและตัวเองถูกต้องตามความเป็นจริง (กองงานวิทยาลัยพยาบาล 2525 : 162)

ทาราชอว์ (Tarachow 1963 : 8) เสนอว่า การทำกลุ่มบำบัดแบบประคับ ประคองควรมุ่งในแง่ของปัจจุบัน (Here and Now) สนับสนุนให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อารมณ์ออกมา เพื่อลดความวิตกกังวลลงและก่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เป็นการประคับประคองจิตใจ ของผู้ป่วย

วอลเบิร์ก (Wolberg 1967 : 794) ให้ความเห็นว่า กลุ่มบำบัดแบบประคับ ประคองเป็นการทำจิตบำบัดแบบสั้น ใช้ครอบคลุมและได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ทุกชนิด โดยในการจัดกลุ่มนั้น ต้องประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 6 - 12 คน ที่มีปัญหาคล้ายคลึง กัน ผู้รักษาจะไม่ทำตัวเป็นจุดเด่น ปล่อยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเอง วิเคราะห์ พฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น ซึ่งทำให้สมาชิกเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เข้าใจผู้อื่นและรู้ถึงคุณค่าของ ตนเองมากขึ้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2523 : 236) ใ้ข้อชี้บายถึงกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองไว้ เป็นการรักษาที่ไม่สืบค้นในสวนลึกของจิตใจ มุ่งหวังรักษาบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยไว้โดยไม่มีการ เปลี่ยนแปลงหรือให้เปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด แต่พยายามประคับประคองจิตใจผู้ป่วยให้ไม่กำลังใจ เข้มแข็งขึ้น เหมาะกับผู้ที่มีความวิตกกังวลมาก ๆ ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคในการสัมพันธ์ภาพ ประกอบกับการให้คำแนะนำ และการโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ป่วยได้พิจารณาด้วยตนเองอย่างมีเหตุผล

สุวัฒนา อารีพรศ (2524 : 580) ได้ให้ความหมายกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ไว้ว่า เป็นการรักษาที่ประกอบด้วยผู้ป่วยหลาย ๆ คนและผู้รักษามาพูดคุยถึงปัญหาทางอารมณ์ซึ่งมี จุดมุ่งหมายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ เกิดการเรียนรู้ แต่ไม่ พยายามให้ผู้ป่วยคนหาความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก วิธีการรักษาแบบนี้ทำในระยะเวลาสั้น ๆ

เหมาะสำหรับผู้ที่รู้วาทะที่มีปัญหาทางจิตและยินดีให้ความร่วมมือ สมาชิกในกลุ่มควรมี 5 - 9 คน พบกันสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละ 1 - 1½ ชั่วโมง

ธีระ ลีลาเนตกิจ (2530 : 2) ได้กล่าวถึงกลุ่มบำบัดทางจิตทุกชนิดว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาทางจิตเวช ซึ่งคัดเลือกผู้ป่วยทางอารมณ์ใหม่เข้ากลุ่มด้วยความระมัดระวัง โดยผู้รักษาที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว เป็นผู้นำกลุ่ม โดยใช้เทคนิครวมทั้งรูปแบบของทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อมุ่งหมายให้ผู้ป่วยต่างช่วยกันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองคือ รูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษาทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล หรือแก้ไขปัญหาย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวของกับความขัดแย้งในระดับจิตสำนึก ซึ่งใช้รักษาผู้ป่วยครั้งหนึ่ง ๆ ประมาณ 6 - 12 คน โดยพบกันสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นอย่างน้อย ครั้งละ 1 - 1½ ชั่วโมง ซึ่งในระยะเวลาดังกล่าวกลุ่มทั้งหมดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิกและวิจารณ์ญาณของผู้นำกลุ่ม โดยนำผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต อารมณ์ และพฤติกรรม หรือมีลักษณะของปัญหาคล้ายกันมาเข้ากลุ่มรวมกัน มีผู้ให้การรักษาซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน สนับสนุนให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก วิจารณ์พฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้ทักษะต่าง ๆ ของการบำบัดแบบกลุ่ม เช่น ทักษะเบื้องต้นในการสร้างสัมพันธภาพ อันประกอบด้วยการฟังและการให้ความสนใจ เป็นต้น รวมทั้งทักษะในการตอบสนอง เช่น การสะท้อนความรู้สึกและการสะท้อนเนื้อหา เป็นต้น นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังต้องพยายามให้สมาชิกได้ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกได้มีพลังใจเข้มแข็งขึ้น มองเห็นและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง รวมทั้งมองเห็นคุณค่าและยอมรับผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น ซึ่งก่อให้เกิดพัฒนาการทางอารมณ์ จิตใจ มีการปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหา เข้าใจปัญหา และสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ความสำคัญของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองคือ ลดความขัดแย้งเพื่อให้เกิดความสมดุลยิ่งขึ้นในจิตใจ โดยไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพโดยตรง

นอกจากนี้ สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะมาแล้ว ซึ่งต้องรู้อทฤษฎีพื้นฐานของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองคือ ทฤษฎีการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีจิตวิทยาเฉพาะบุคคล และทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น

จุดมุ่งหมายในการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (Tarachow 1963 : 22)

1. บรรเทาอาการทางจิตลงทันที
2. ช่วยให้เห็นสู่สภาพสมดุลทางจิตใจ (Psychic equilibrium) ในระยะเวลาอันสั้น
3. ลดการไหลกลไกทางจิต
4. จัดการกับปัญหาในระคับจิตรูสำนึก
5. ลดความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก
6. ค้นหาวิธีใหม่ที่ดีกว่าในการควบคุมอารมณ์

ทฤษฎีที่ใช้ในจิตบำบัดกลุ่ม และกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

เกษร ทนพิศขงค์ (2528 : 29) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐาน หรือทฤษฎีในการทำจิตบำบัดกลุ่มทุกชนิดรวมทั้งกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง คือ ทฤษฎียึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีจิตวิทยาเฉพาะบุคคล และทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้แนวคิดตามทฤษฎียึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ศูนย์แพทย์ทรวงอก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ทฤษฎียึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (The Client - Centered Theory)

โดยโรเจอร์ส (Carl R. Rogers) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์มีความมุ่งหวังเป็นคนดี พยายามที่จะพัฒนาตัวเองไปจนถึงขั้นสูงสุดของชีวิต (Self - Actualization) วัตถุประสงค์ขั้นพื้นฐานของทฤษฎีนี้คือ การเปลี่ยนแปลงพัฒนาของบุคคล ผู้รับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงคือ ผู้รับบริการ ไม่ใช่ผู้ให้คำปรึกษา และการเปลี่ยนแปลงนี้จะเริ่มจากภายใน ตัวบุคคลมากกว่าอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้การช่วยเหลือผู้มาขอรับบริการจัดความขัดแย้งและความเคอะครอนต่าง ๆ โดยใช้ประโยชน์จากการพัฒนาและการตระหนักในความจริงด้วยตนเอง (Self - Awareness) นอกจากนี้โรเจอร์สยังได้กล่าวถึงการเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยเหลือมนุษย์ และหลักสำคัญของทฤษฎียึดผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง (วัชรวิ ทรัพย์มี 2528 : 51 - 53) ไว้ดังนี้คือ

การพิจารณาธรรมชาติของมนุษย์

1. มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า การที่มนุษย์มีความทุกข์ หรือ ตัดสินใจไม่ได้ เกิดจาก การที่มนุษย์มีความรู้สึกสับสน วิทกกังวล คับข้องใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะบดบังความสามารถในการใช้เหตุผล และหันไปหลอกตนเอง โดยใช้กลวิธีป้องกันตนเองต่าง ๆ ดังนั้นการช่วยเหลือมนุษย์จึงมุ่งให้ลดความทุกข์ทางอารมณ์ เพื่อจะได้ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา หรือตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ
2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ซึ่งแนวโน้มของการพัฒนาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนี้จะเข้มแข็งขึ้นทุกที ดังนั้นการช่วยเหลือมนุษย์จึงมีจุดมุ่งหมายในการจัดสภาพที่เหมาะสมให้มนุษย์ได้พัฒนาความสามารถของตนอย่างเต็มที่
3. มนุษย์เป็นคนดี เชื่อถือและไวใจได้ มนุษย์มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน แต่การที่มนุษย์ทำสิ่งไม่เหมาะสม เช่น คดโกง เห็นแก่ตัว เนื่องมาจากความไม่สอดคล้องกัน (Incongruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง (Self - Concept) กับสภาพความเป็นจริง (Real Experience) ทำให้มนุษย์ใช้กลวิธีป้องกันตนเอง ดังนั้นการช่วยเหลือมนุษย์ต้องทำให้เขาลดการใช้กลวิธีป้องกันตนเอง เพื่อเขาจะได้เปิดรับประสบการณ์เพิ่มขึ้น และมีการพิจารณาตนเองใหม่
4. มนุษย์จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะแตกต่างจากคนอื่น เป็นโลกของเขาเอง (Phenomenal field)

ดังนั้นการจะเข้าใจบุคคล ต้องพยายามเข้าใจว่าเขารับรู้อะไรต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้ของเขาเป็นอย่างไร ต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ ค่านิยมของเขา

5. มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งเริ่มมาจากการที่เด็กต้องการความรักจากแม่ จากคนเลี้ยงดู จนกระทั่งถึงความรักและการยอมรับจากเพื่อน ครู และผู้ที่ตนเกี่ยวข้องกับควย ฉะนั้นการช่วยเหลือมนุษย์จึงพึงยอมรับเขาโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditioned Positive Regard)

วีธี ทวีปมี (2528 : 53 - 56) ได้สรุปหลักการสำคัญของทฤษฎีจิตผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนี้คือ

1. การพัฒนาความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าแกนสำคัญของบุคลิกภาพคือ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง (Self Concept) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลสังเกตปฏิกริยาที่ผู้อื่นมีต่อตนเอง และเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ อันจะก่อให้เกิดการรับรู้ว่าคุณเป็นคนดีหรือไม่ มีความสามารถมากน้อยเพียงใด บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการกระทำ ได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้อื่น ก็จะมีความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อตนเอง (Positive Self Concept) ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลทำสิ่งใดแล้วประสบความล้มเหลว ได้รับการดูแคลนจากผู้อื่น เขาจะรู้สึกด้อยลง พิจารณาว่า ตนไม่มีความสามารถ มีความรู้สึกนึกคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง (Negative Self Concept) หลักการนี้จึงส่งเสริมให้บุคคลเกิดกำลังใจ โดยการยกย่อง ชมเชยเมื่อเขาแสดงความสามารถ เพื่อให้เขาเกิดความรู้สึกในแง่บวก มีความภูมิใจในตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองตามมา

2. สาเหตุแห่งปัญหาหรือความทุกข์

ทฤษฎีนี้มีหลักว่า ปัญหาเกิดจากอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลอันเนื่องมาจากความไม่สอดคล้อง (incongruence) ระหว่างความรู้สึกที่มีต่อตนเองกับสิ่งที่ประสบ จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการคุกคามด้านจิตใจ (threat) ก่อให้เกิดความกังวลใจ ดังแสดงในแผนภูมิต่างนี้

แผนภูมิที่ 2



ดังนั้นบุคคลจะไขว่คว้าปกป้องกับจิตใจตนเอง ซึ่งเป็นการหลอกตนเองเพื่อรักษาสภาพ
 จิตใจว่าตนยังมีค่า มีความสามารถอยู่

3. บุคคลที่ปรับตัวได้คือ บุคคลที่ไม่ยึดเป็นประสบการณ์ ยอมรับความจริง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ ไม่จำเป็นต้องหยุดชะงักอยู่กับที่หรือ แตะต้องไม่ได้ สิ่งที่ยุ่ใหม่บริการปรึกษาจะต้องตระหนักคือ ช่องว่างระหว่างประสบการณ์กับความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง

4. การที่จะช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกถูกลูกความ และเลี้ยงกลวิธีป้องกันจิตใจ จิตใจตนเอง ก็คือ

ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพ (rapport) กับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการไม่เคร่งเครียด คลายจากความรู้สึกถูกลูกความค่านจิตใจ จะไดกล่าพิจารณาตนเองและสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง เปิดรับประสบการณ์ต่าง ๆ โดยผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องมีความจริงใจ

5. ผู้ที่เหมาะสมจะรับบริการปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ควรมีลักษณะดังนี้

5.1 มีความเครียดทางอารมณ์

5.2 มีโอกาสพบผู้ให้บริการปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ

5.3 สามารถระบายความรู้สึกขัดแย้งค่านจิตใจ หรือความคับข้องใจด้วยคำพูด

และสีหน้าท่าทาง

5.4 สามารถที่จะใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือการปรับตัวได้

จากการพิจารณาธรรมชาติของมนุษย์ และหลักสำคัญของทฤษฎี ได้ชี้ให้เห็นถึงเป้าหมายของแนวคิด การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางคือ มุ่งที่การขจัดความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานคือ ผู้ให้การปรึกษาต้องมีทัศนคติที่ใหเกียรติ (respect) การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditioning positive regard) มีความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Empathic Understanding) ตามกรอบการรับรู้ (Internal Frame of Reference) ของผู้รับบริการปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเข้าใจและช่วยพัฒนาผู้รับบริการปรึกษา (Rogers 1951 : 21)

หลักในการทำกลุ่มจิตบำบัด

วอลเบิร์ก (Wolberg 1967 : 777 - 778) ได้สรุปหลักในการทำกลุ่มจิตบำบัดทุกชนิด รวมทั้งกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ดังนี้

- ระยะเริ่มแรก ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
- ระยะที่ 2 สมาชิกของกลุ่มช่วยกันในการสนทนา เพื่อให้กลุ่มอยู่ได้ สมาชิกกลุ่มตั้งใจเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้นำกลุ่ม
- ระยะที่ 3 การแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยสมาชิกกลุ่มช่วยกันหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่ง เกิดความคิดที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ ด้วยตนเอง ระยะนี้ผู้นำกลุ่มมีความสำคัญน้อยกว่าระยะที่หนึ่ง และระยะที่สอง สมาชิกต่างช่วยกันดูแลกันเอง ซึ่งจะเกิดการไขว่คว้าต่าง ๆ ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มขึ้น

กลไกที่อาจเกิดขึ้นภายในกลุ่ม มีดังนี้

1. กลไกด้านอารมณ์ (Emotion)

1.1 การยอมรับ (Acceptance) คือ บรรยากาศของกลุ่มที่สมาชิกกลุ่มสนใจรับฟัง (attention) เห็นอกเห็นใจ (empathy) มีความเป็นมิตร (friendliness) มีการผ่อนสั้นผ่อนยาว (tolerance) และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

1.2 การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (altruism) เกิดจากการแนะนำต่าง ๆ ในหมู่สมาชิกด้วยกัน ตลอดจนการสนับสนุนและเกิดการเปลี่ยนแปลงความหมาย (Interpretation) ในหมู่สมาชิกกลุ่ม ซึ่งอาจเรียกวิธีนี้ว่า สมาชิกกลุ่มช่วยกันรักษากันเอง โดยเขาจะให้ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งเป็นสื่อที่แสดงถึงความรัก ความเห็นใจของกลุ่ม ทำให้สมาชิกสามารถให้ข้อคิดในเรื่องต่าง ๆ ได้

1.3 การถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) ระหว่างสมาชิกด้วยกัน เป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์ในหมู่สมาชิกด้วยกัน เช่น ความชอบพอ การเห็นใจกัน เข้าใจกัน และมีความรู้สึกคล้ายกัน

2. กลไกด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive)

2.1 การรักษาควภาพสะท้อน (Spectator therapy) เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มได้ฟังปัญหาของผู้อื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับปัญหาของตนเอง และเห็นว่าปัญหา

ของตนเองมีน้อยกว่า เกิดมีความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองในการจะหาทางแก้ปัญหา

2.2 ความเป็นธรรมคาของชีวิต (Universalization) คือการที่สมาชิกได้เห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่มนั้น มิได้เกิดแก่เขาเพียงคนเดียว ย่อมเกิดกับคนอื่น ๆ ได้ และเป็นทุกซ์ที่เกิดขึ้นได้ทั่ว ๆ ไป เมื่อเขารับรู้และเข้าใจทำให้ความวิตกกังวลที่มีอยู่ค่อย ๆ ลดน้อยลง

2.3 การเรียนรู้การเกิดปัญหา (Intellectualization) จากปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และการเรียนรู้แตกต่างกันมาก่อน

3. กลไกด้านการแสดงออก (Action factor)

3.1 การทดสอบความจริง (Reality testing) เป็นหัวใจของกลุ่มจิตบำบัด เนื่องจากเมื่อสมาชิกเข้ากลุ่มด้วยกัน เขาจะมีการระมัดระวังหึงคำพูด ท่าทางการแสดงออกต่าง ๆ เป็นการปรับตัวเองเพื่อให้เกิดมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่มและเรียนรู้ที่จะเข้ากลุ่มให้ได้

3.2 การเปิดเผยความรู้สึก (Ventilation) คือการเปิดเผยความทุกข์หรือปัญหาอารมณ์ที่ค้างคางอยู่ออกไป ทำให้สมาชิกรู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งการเปิดเผยออกไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหา แต่เป็นการลดความตึงเครียด (Tension) ของสมาชิกและช่วยให้เขาได้พิจารณาเรื่องราวต่าง ๆ ของตัวเองและสิ่งแวดล้อม

3.3 การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) คือ การเจดีย์ประสบการณ์ต่าง ๆ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในระหว่างสมาชิกของกลุ่ม ขณะเดียวกันก็เกิดสายใยแห่งมิตรภาพขึ้น

3.4 การแนะนำ (Suggestion) ฟรอยด์ เชื่อว่าสถานการณ์ความเป็นอยู่ของกลุ่มไม่แตกต่างกับการสะกดจิตมากนัก ความสัมพันธ์ของสมาชิกจะก่อให้เกิดการแนะนำมากขึ้น

3.5 การมีอำนาจ (Authority) สมาชิกที่อ่อนแอจะได้รับอิทธิพลของผู้นำกลุ่มหรือสมาชิกอื่น ๆ ที่เข้มแข็งกว่า

3.6 การแข่งขัน (Rivalry) การแข่งขันเอาอย่างกัน นำมาซึ่งการส่งเสริมให้กลุ่มดีขึ้น

3.7 การผ่อนคลาย (Relaxation) บรรยากาศซึ่งสมาชิกได้รับการผ่อนคลายมีประโยชน์ต่อการรักษา

3.8 ความตึงเครียด (Tension) ความเครียดในกลุ่มอาจมีส่วนในการสร้างสรรค์ในบางครั้ง

3.9 การแบ่งปัน (Sharing) ถ้าสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม จะทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ

3.10 การให้กำลังใจ (Reassurance) มีประโยชน์ต่อสมาชิกทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มั่นใจในตนเอง (insecure)

โดยทั่วไปแล้วการรักษาแบบกลุ่มที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ ความรัก (Love) ความเข้าใจ (Understanding) และการทำงานที่ดี (Good Work)

ผลที่เกิดขึ้นกับกลไกและกระบวนการของกลุ่มว่ามีคแบบประคับประคอง คือ ช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่นในกลุ่ม ดังแสดงในแผนภูมิของ Johari Window (Trotzer 1977 : 40) ดังนี้

แผนภูมิที่ 3 แสดงในเรื่องการรู้จักตนเอง และการสื่อความหมายที่แท้จริงกับบุคคลอื่น

เป็นที่รู้จักของตนเอง ไม่เป็นที่รู้จักของตนเอง
(Known to Self) (Unknown to Self)

เป็นที่รู้จักของผู้อื่น
(Known to Others)

ไม่เป็นที่รู้จักของผู้อื่น
(Unknown to Others)

1. เปิดเผย (Open)	3. บอด (Blind)
ความเสี่ยง (Risk)	
2. ซ่อนเร้น (Hidden)	4. ต่างก็ไม่รู้ (Unknown)

- จากแผนภูมิที่ 3
- 1 เปิดเผย แทนส่วนของสมาชิกที่เป็นที่รู้จักของตนเอง และของคนอื่น
 - 2 บอค แทนส่วนที่สมาชิกไม่ยอมหรือปฏิเสธแต่เป็นที่รู้จักของคนอื่น
 - 3 ซอนเรน เป็นความคิดความรู้สึกส่วนตัวของสมาชิกที่คนอื่นไม่รู้
 - 4 ทางไม่รู้ แทนความคิดความรู้สึกของสมาชิกเองที่ทั้งตนเองและผู้อื่นไม่รู้จัก

การสื่อความหมายและประสิทธิภาพของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มสามารถเพิ่มขึ้นได้ เมื่อเขาได้เรียนรู้ถึงการกระทำและความรู้สึกของบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม ส่วนเปิดเผยจะสามารถที่จะขยายได้โดยการสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้เปิดเผยความคิด และความรู้สึกของตนเองให้กลุ่มทราบ และขณะเดียวกันก็มีการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์ และตรงไปตรงมาจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ที่เปิดเผยความคิดและความรู้สึกของแต่ละคนให้กลุ่มรับรู้ ซึ่งในการจะเปิดเผยตนเองนั้น บุคคลจะต้องต่อสู้กับความเสีียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ต่อเมื่อบุคคลกล้าเผชิญความจริง ยอมรับตนเอง การเปลี่ยนแปลงก็จะเกิดตามมา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 แสดงการเปิดเผยตนเองของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าใจตนเองได้มากขึ้น

ก่อนเข้ากลุ่มบำบัด

แบบประทับประคอง

หลังเข้ากลุ่มบำบัด

แบบประทับประคอง

1. เปิดเผย	3. บอค
ความเสีียง	
2. ซอนเรน	4. ทางก็ไม่รู้

1. เปิดเผย	3. บอค
2. ซอนเรน	4. ทางก็ไม่รู้

จากแผนภูมิที่ 4 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลหลังเข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง จะเห็นว่าส่วนที่เปิดเผยมีพื้นที่กว้างขึ้น ขณะที่ส่วนอื่น ๆ มีพื้นที่ลดลงภายใต้เงื่อนไขที่กล่าวแล้ว ในขณะที่ความเสี่ยงหายไป การเปลี่ยนแปลงเกิดเมื่อบุคคลเริ่มตระหนักถึงศักยภาพของตนเองมากขึ้น ตลอดจนตระหนักถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในกลุ่มและนอกกลุ่ม ซึ่งควรทำให้บุคคลได้เลือกรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ ปรักษาอาชีพ และการศึกษามีเหตุผล

ในกระบวนการของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง สมาชิกของกลุ่มมีการตอบสนองต่อกัน เปลี่ยนไปมาไม่แน่นอน ทั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ในขณะที่มีการเปิดเผยและการสนองตอบที่ลึกซึ้งและตรงไปตรงมามากขึ้น สมาชิกกลุ่มมีโอกาสสร้างทักษะใหม่ ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการปฏิบัติต่อกันและเพิ่มความรู้จักตนเองมากขึ้น การจัดให้มีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และชักจูงให้สมาชิกสนใจเรื่องของการมีส่วนร่วมภาพในระหว่างสมาชิกกลุ่ม และการเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ แก่กันในกลุ่ม เกี่ยวข้องกับการมีสมาชิกกลุ่มให้คำแนะนำกันเองในหลักการปฏิบัติ หรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่สมาชิกกลุ่มพูดถึง ก่อให้เกิดการลอกเลียนแบบกันระหว่างผู้ให้คำแนะนำและผู้รับคำแนะนำ

เงื่อนไขการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

การจัดกลุ่มแบบบำบัดประคับประคองต้องใช้ความพร้อมในด้านต่าง ๆ มาก และมีหลักเกณฑ์ วิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. สมาชิกกลุ่ม ยาลอม (Yalom 1970 อ้างถึงใน รัชนิบูล สามแก้ว 2526 : 32) ได้แนะนำว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือสับสน ตลอดจนเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับ

1.1 ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเอง เช่น ไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง สนใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม

1.2 สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้ากลุ่ม เช่น ให้อ่าน วิชา สติปัญญา สถานที่ที่จะต้องเข้ากลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มหรือผู้เอื้ออำนวยในกลุ่ม ต้องประกอบด้วยหลายสิ่งหลายอย่าง ดังนี้

2.1 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม คือ (รัชนิบูล สามแก้ว 2526 : 33 - 46, ซีระ สีสานันท์กิจ 2530 : 38 - 40, Trotzer 1977 : 85 - 90, Rogers 1970 : 40 - 68, Ohlsen 1977 : 35 - 53)



2.1.1 มีความรู้ในการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ระบุทฤษฎีหลักการ เข้าใจกระบวนการและกระแสของกลุ่ม

2.1.2 มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เช่น มองเห็นประโยชน์ เชื่อว่ากลุ่มมีศักยภาพในการรักษา ให้การยอมรับกลุ่มอย่างเต็มที่นั้น เป็นมีความรู้สึกพึงพอใจ ชื่นชมยินดีต่อการจัดกลุ่ม มีความต้องการจะช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทน

2.1.3 มีความรับผิดชอบ ใจกว้าง มีความยืดหยุ่น มองโลกในแง่ดี มีใจเที่ยงธรรม มีความรอบคอบมั่นคง และที่สำคัญต้องตระหนักรู้ตนเอง สามารถถอดถอนต่อสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น การแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรทั้งคำพูดและท่าทางของสมาชิก หรือสภาวะความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

2.1.4 มีบุคลิกภาพ ที่ทำให้สมาชิกของกลุ่มเกิดความรู้สึกศรัทธา เชื่อถือ ไว้วางใจ เนื่องจากผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างให้สมาชิกกลุ่มลอกเลียนแบบ (Object Identification) ในด้านต่าง ๆ จึงควรมีบุคลิกลักษณะดังนี้

ก. มีท่าทีที่อบอุ่น การเคลื่อนไหวร่างกายและการสัมผัส เป็นไปอย่างธรรมชาติ

ข. ประพฤติปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับเหตุการณ์ (Ego - Functioning) เช่น ถ้าต้องการให้สมาชิกรักษาเวลา ผู้นำกลุ่มต้องรักษาเวลา ถ้าจะให้สมาชิกข้อดีเปิดเผย ผู้นำกลุ่มต้องข้อดีเปิดเผย

ค. สนองตอบเหตุการณ์ด้านอารมณ์ (Emotional response) ด้วยท่าทีที่สงบ ไม่ตื่นเต้น ตกใจง่าย ใช้สติปัญญา ไตร่ตรอง ไม่ใช่อารมณ์ พยายามควบคุมตนเอง และแสดงอารมณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์

ง. ไม่ปกป้องตนเองมากเกินไป (non - defensive) ยอมรับคำติชมของสมาชิก ไม่หาเหตุผลหรือกล่าวแก้ตัว ตอบปัญหาของสมาชิกที่เกี่ยวกับสิ่งคาดหวังต่าง ๆ อย่างชัดเจน

จ. แสดงน้ำใจ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม ให้สามารถคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของตนและวิธีที่ตนจะช่วยคนอื่นได้ เพื่อส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของกันและกัน

2.1.5 ผู้นำกลุ่มต้องสามารถผสมผสานเทคนิค กลวิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกระบวนการกระแส และเป้าหมายของกลุ่มมาบัตแบบประคับประคอง

2.1.6 ผู้นำกลุ่มต้องมีทักษะเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา เช่น ทักษะการใส่ใจ การตั้งคำถาม การสังเกต การให้กำลังใจ การทวนซ้ำ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการตีความ เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องมีข้อมูลทิศทางจริยธรรม บางครั้งผู้นำกลุ่มอาจมีความขัดแย้งจากความเชื่อของตนกับพฤติกรรมของสมาชิก จึงต้องมีการพิจารณาอย่างระมัดระวัง

2.2 บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ในการทำกลุ่มมาบัตแบบประคับประคองนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยดูแลอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งวิธีการในการแก้ไขเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละคน แต่ที่สำคัญคือต้องเข้าใจกระบวนการกลุ่ม และบทบาทของผู้นำกลุ่ม ซึ่งมีดังนี้ (Trotzer : 86 - 94)

2.2.1 บทบาทของผู้นำกลุ่มตั้งอยู่บนพื้นฐานของการช่วยเหลือ

2.2.2 บทบาทขั้นแรกนั้นเกี่ยวกับพฤติกรรมในกลุ่ม อยู่ในรูปของผู้ชี้แนะ ผู้เอื้ออำนวย ผู้รวมสังเกต ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ริเริ่ม ผู้สอดแทรก ผู้สนับสนุนให้สื่อความหมายอย่างถูกต้อง ผู้ช่วยรวมความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกเข้าด้วยกัน ผู้แก้ไขความขัดแย้ง ผู้ระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม และเป็นผู้รักษากฎ

2.2.3 บทบาทอย่างแท้จริงคือ การรวมสมาชิกเข้าด้วยกัน และก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก สร้างบรรยากาศให้สมาชิกสบายใจ และกล้าที่จะพูด

จากเงื่อนไขที่กล่าวมาแล้ว ยังมีเงื่อนไขอื่น ๆ อีกได้แก่ (รัชนีมูลสามแก้ว : 41 - 43)

3. ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกควรร้อยระหว่าง 5 - 10 คน เพื่อผู้นำกลุ่มจะสามารถดูแลให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึงภายในกลุ่ม ขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่ม กลุ่มที่ขนาดเหมาะสมจะทำให้เกิดบรรยากาศของการมีส่วนร่วม ทุกคนมีส่วนร่วมในกลุ่ม นอกจากนี้กลุ่มที่มีสมาชิกน้อยจะขาดแรงช่วยเหลือส่งเสริมซึ่งกันและกัน และทำให้กลุ่มก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

4. สถานที่จัดกลุ่ม ต้องมีห้องจัดกลุ่มเป็นสัดส่วน ปรากฏจากเสียงรบกวน มีสิ่งอำนวยความสะดวกพอสมควร เช่น เก้าอี้นั่ง พัดลม แสงสว่าง เพื่อให้สมาชิกเข้ากลุ่มด้วยความรู้สึกสะดวกสบาย ห้องต้องไม่แคบเกินไป เพราะทำให้สมาชิกรู้สึกอึดอัด และห้องที่กว้างเกินไปจะทำให้สมาชิกรู้สึกอ้างว้าง การแต่งห้องให้สวยงามจะเพิ่มบรรยากาศ

5. ระยะเวลาในการจัดกลุ่ม ประมาณครั้งละ 1 - 1½ ชั่วโมง การทำกลุ่มจิตบำบัดผู้ป่วยนอก (Out Patient) มักจะทำอาทิตย์ละ 1 - 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยใน (In Patient) มักทำอาทิตย์ละ 2 - 5 ครั้ง

6. อุปกรณ์หรือเครื่องมือ ผู้นำกลุ่มอาจใช้เทปบันทึกการสนทนาในกลุ่ม เนื่องจากผู้นำกลุ่มอาจจำเรื่องที่พูดในกลุ่มทั้งหมดไม่ได้ หรือเพื่อนำไปวิเคราะห์พฤติกรรม ทั้งนี้การบันทึกเทปต้องได้รับความยินยอมจากสมาชิกก่อน และต้องระมัดระวังป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการดำเนินของกลุ่ม

7. ข้อตกลงร่วมกันของกลุ่ม ก่อนดำเนินกลุ่มผู้นำกลุ่มและสมาชิกควรมีข้อตกลงร่วมกันในเรื่องของ ระยะเวลา สถานที่ จำนวนสมาชิก กฎระเบียบ อุปกรณ์หรือเครื่องมือ

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาทั้งหมด ทำให้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า เนื่องจากบุคคลมีอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดี จึงมองเห็นตนเองได้ไม่กระจ่างชัด เกิดการไม่เข้าใจไม่รู้จักตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคลุมเครือ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ ดังนั้นบุคคลจึงหาสิ่งยึดเหนี่ยวสิ่งหนึ่งคือยาเสพติด เมื่อได้รับความพอใจจากฤทธิ์ยา ประกอบกับคุณสมบัติทางเคมีของยาที่มีผลต่อร่างกาย ทำให้บุคคลนั้นต้องเป็นผู้ติดยาเสพติด แม้จะได้รับการรักษาก็จะกลับมาติดยาเสพติดซ้ำอีกครั้งแล้วครั้งเล่า วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดลดการติดยาเสพติดซ้ำคือ การใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนี้จะทำให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์สูงเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลมีอัตมโนทัศน์ที่ดี มีความภูมิใจ ความมั่นคงในใจ รวมทั้งความกล้าก็จะเกิดตามมา ทำให้การที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือสิ่งอื่นรวมทั้งยาเสพติดลดน้อยลงหรือหมดไป นั่นคือ การติดยาเสพติดซ้ำก็ย่อมไม่เกิดขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ผู้วิจัยพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดประคับประคองน้อยมาก และในจำนวนนั้นมี

มณีรัตน์ เพื่องูชิราญ (2512 : 256 - 272) ได้ศึกษาการจักษุบำบัดแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 64 คน ซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท 53 คน โรคจิตประสาท 9 คน และโรคซึมเศร้า 2 คน มีอายุระหว่าง 15 - 50 ปี จำนวนผู้ป่วยเข้ากลุ่มครั้งละ 8 คน อาทิตย์ละครั้ง ครั้งหนึ่งใช้เวลา 50 - 60 นาที จำนวน 36 ครั้ง ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และรายงานผลการทดลองโดยสรุปได้ว่า

1. ประโยชน์สำหรับผู้รักษา สามารถรักษาผู้ป่วยได้หลาย ๆ คนในเวลาเดียวกัน อีกทั้งใช้เวลาน้อย

2. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้พัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากการเรียนรู้ด้วยตนเองในกลุ่ม สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น หายจากอาการแยกตัว มีทักษะในการพูดคุยระบายออก เรียนรู้การเข้าสังคม รู้จักคนหาวิธีแก้ไขปัญหา

สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ (2529 : 71 - 78) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น ในโรงพยาบาลศรีษัษฐัญญา จำนวน 24 ราย มีอายุระหว่าง 14 - 20 ปี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 ราย ใช้เวลา 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้วิธีสังเกตและวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า หลังจากทดลองผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น ที่เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในทางที่ดีขึ้น

แอมเมอลิต (Elbirlik, 1983 : 215 - 226) ได้รายงานผลการทดลองใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าว่า กลไกของกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นทางสังคม ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในกลุ่ม สัมพันธภาพในกลุ่มเกิดขึ้น 3 ลักษณะคือ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัว แก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่องของตนเอง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่ออत्म โนทัศน์ของผู้ศึกษา เสพศึกษาก่อนและหลังการบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่อการศึกษา เสพศึกษาภายหลังการบำบัด 30 วัน

สมมติฐานในการวิจัย

มีผู้กล่าวไว้หลายคนที่ว่า ผู้ศึกษาเสพศึกษาก็มีบุคลิกภาพชอบฟังฟังผู้อื่น ไม่นั่นใจในตนเอง และไม่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สืบเนื่องมาจากการที่บุคคลไม่เข้าใจตนเอง ไม่รู้จักตนเองดีพอ จึงไม่ฟังพอใจในตนเอง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง นั่นคือมีอत्म โนทัศน์ไม่ดี และการที่บุคคลจะมีอत्म โนทัศน์เป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เขาได้รับ และสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ซึ่งอत्म โนทัศน์สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และบทบาทในสังคมของบุคคล การที่ผู้ศึกษาเสพศึกษาได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ก็เป็นการได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ได้มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลมากขึ้น ได้รับประสบการณ์แปลกใหม่ ควบกระบวนการของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนี้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ศึกษาเสพศึกษาได้ระบายความคับข้องใจ ความรู้สึก ความคิดเห็น การวิเคราะห์ประสบการณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวเอง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิดเห็นที่มีต่อตนเองในทางที่ดีขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยไว้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ศึกษาเสพศึกษา ที่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองจะมีอत्म โนทัศน์สูงขึ้น
2. กลุ่มผู้ศึกษาเสพศึกษา ที่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองจะมีอत्म โนทัศน์สูงกว่ากลุ่มผู้ศึกษาเสพศึกษาที่ไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง
3. กลุ่มผู้ศึกษาเสพศึกษา ที่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองมีจำนวนผู้ศึกษาเสพศึกษาที่น้อยกว่ากลุ่มผู้ศึกษาเสพศึกษาที่ไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้ติดยาเสพติดเพศชายที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งพักอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดยาเสพติดเพศชายที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 20 คน ซึ่งทำแบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซีระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 40 - 60 ของกลุ่ม

โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 15 - 29 ปี
2. การศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป
3. ติดยาเสพติด ประเภท เฮโรอีน ฉิ่น กัญชา
4. มีระยะเวลาในการเสพไม่เกิน 5 ปี
5. พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ

ตัวแปร (Variable) ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่

คะแนนแบบวัดอัตมโนทัศน์ (Tennessee Self Concept Scale)

จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เลิกจากการรายงานของตนเองหรือญาติ และผลการ

ตรวจสอบเสพติคในปัสสาวะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี (Tennessee Self Concept Scale) ของ วิลเลียม เอช ฟิตส์ (William H. Fitts) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อำไพ ศิริพิพัฒน์ (จักรกฤษณ์ สารัญใจ 2519 : 22 - 26) และดัดแปลงแก้ไขให้เหมาะสมโดยผู้วิจัย
2. ผลการตรวจสอบเสพติคในปัสสาวะ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาลักษณะ หมายถึง การกระทำที่ผู้ศึกษาเสพติด ซึ่งได้รับการบำบัดรักษา หรือออกยาคายตนเองแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ได้กลับมาใช้ยาเสพติดอีกครั้งจากการรายงานของ ครัวผู้ป่วย ภายหลังจากการบำบัด 30 วัน

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งในการ วิจัยนี้หมายถึงคะแนนที่ได้จากแบบวัดอัตมโนทัศน์ เทเนสส์ (Tennessee Self Concept Scale) ของวิลเลียม เอช ฟิตส์ (William H. Fitts) แปลเป็นภาษาไทยโดย อำไพ ศิริพิพัฒน์ แบ่งเป็น 10 ด้าน คือ

1. อัตมโนทัศน์โดยส่วนรวม
2. อัตมโนทัศน์ทางด้านความเป็นเอกลักษณ์ (Identity)
3. อัตมโนทัศน์ทางด้านความพึงพอใจในตนเอง (Self Satisfaction)
4. อัตมโนทัศน์ทางด้านพฤติกรรมที่ตนแสดงออก (Behavior)
5. อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (Physical Self)
6. อัตมโนทัศน์ทางด้านศีลธรรมจรรยา (Moral - Ethical Self)
7. อัตมโนทัศน์ทางด้านส่วนตัว (Personal Self)
8. อัตมโนทัศน์ทางด้านครอบครัว (Family Self)
9. อัตมโนทัศน์ทางด้านสังคม (Social Self)
10. อัตมโนทัศน์ทางด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self Criticism)

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึง วิธีการบำบัดทางจิตเวชแบบหนึ่ง ซึ่งเป็น กระบวนการทำจิตบำบัดแบบสั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยให้ความมั่นใจ แต่ไม่มุ่ง เปลี่ยนบุคลิกภาพของผู้ป่วย โดยนำผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดยาเสพติดเพศชายจำนวน 8 คน มา พุศุคยปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ให้การรักษาเป็นผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ กันในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นการประคับประคองจิตใจของสมาชิกด้วยกันเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ช่วยให้ผู้ศึกษา เสพติดที่ได้รับ การบำบัดแบบกลุ่มระดับประคอง ได้รู้จักและเข้าใจตนเอง อันจะนำไปสู่การปรับตัวในค่านิยมและสังคมที่เหมาะสม
2. ลดจำนวนผู้ช้ยาเสพติด รวมทั้งป้องกันไม่ให้กลับไปติดยาเสพติดอีก
3. เป็นการป้องกันและลดปัญหาอาชญากรรมอันอาจ เกิดจากผู้ติดยาเสพติดกลุ่มนี้
4. เป็นแนวทางสำหรับทีมงานบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดได้พิจารณาปรับปรุงการบำบัดรักษาต่อไป
5. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารการศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้สอนการพยาบาลจิตเวช ได้พิจารณาปรับหลักสูตรและเนื้อหา ตลอดจนการฝึกปฏิบัติงานให้เหมาะสม

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย