

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด (Relapse prevention)

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

การกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง การกลับไปเสพซ้ำเหมือนกับโรคเรื้อรังอื่นๆหรือโรคทางจิตเวช ซึ่งมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้สูง ส่วนใหญ่ผู้ติดยาเสพติดจะกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปีแรกพบว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำอยู่ระหว่างร้อยละ 80 ถึง 95 ภายหลังจากการถอนพิษยา มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในเดือนที่ 1 ประมาณร้อยละ 54.57 อัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ถึง 3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 31.76 ในขณะที่ร้อยละ 93.31 พบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือนแรกและร้อยละ 96.68 ภายในปีที่ 1 (Rong,& et al., 2016) และในประเทศไทยพบว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 70-90 (วิโรจน์. ปัญจรัตน์ และ ธนุรช, 2553) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการดูแลรักษา ยังคงมีอัตราการการกลับไปเสพซ้ำสูง ผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษา มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำเป็นปัญหาที่สำคัญที่นักบำบัดจะต้องคำนึงถึงในการแก้ไขปัญหา

ความหมายของการกลับไปเสพซ้ำ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง(Marlatt and Gordon, 1985; Trondheim, 2011; วราลักษณ์, รัตติยา, พันธิภา, ยุพาพันธ์, และโซเฟีย, 2549) พบว่า การกลับไปเสพซ้ำ(Relapse) หมายถึงพฤติกรรมของผู้ติดยาและสารเสพติด ที่เริ่มต้นใหม่ในการใช้ยาและสารเสพติดถี่ขึ้น หรือใช้ในชีวิตประจำวัน หลังจากที่มีการหยุดยาเสพติดหรือหลังจากการบำบัดรักษา ยาเสพติดในรูปแบบต่างๆ มาเป็นเวลาระยะหนึ่ง มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องที่ไม่สามารถจัดการสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้ ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำมีลักษณะหลายระดับ ดังนี้

1. พลาด (Slip) คือ การกลับไปใช้ซ้ำในระหว่างที่ผู้ใช้มีอาการถอนพิษยา
2. เสพชั่วคราว (Lapse) คือ การใช้ยาและสารเสพติดซ้ำ น้อยกว่า 7 วันติดต่อกัน
3. กลับไปเสพซ้ำ(Relapse) คือ การกลับไปเสพยาและสารเสพติดซ้ำนานกว่า 7 วัน
4. การกลับไปเสพยาและสารเสพติดสลับกับการรักษา (Relapse episode) คือ ระยะเวลาที่กลับไปเสพซ้ำนานเกิน 7 วันและอยู่ในระหว่างการเลิกยาเสพติด เช่น อยู่ระหว่างการเข้ารับการรักษา เป็นต้น

5. การกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ (Readiction) คือ มีการกลับไปเสพยาและสารเสพติดซ้ำต่อเนื่องนานกว่า 30 วันส่งผลต่อร่างกาย จิตใจและกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

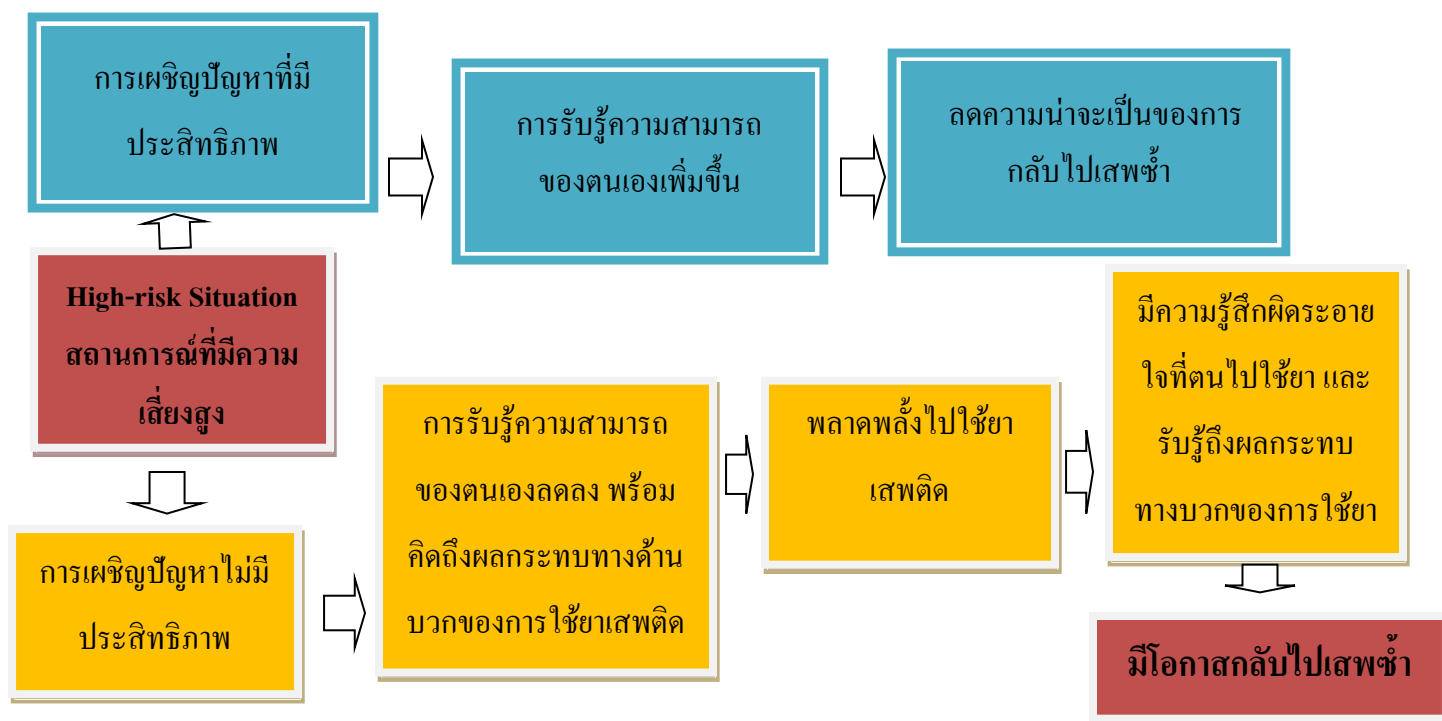
กลไกของการกลับไปเสพยา (Marlatt & Gordon, 1985)

ผู้ป่วยติดยาเสพติดที่หยุดใช้ยาเสพติดเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งที่เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น สิ่งเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดใช้แล้วทำให้มีความสุขคลายทุกข์ได้และทำให้เกิดความคิดแบบอัตโนมัติทำงาน ทำให้ไปใช้ยาเสพติดครั้งคราว มีผลต่อความเชื่อมั่นใจในความสามารถของตน(Self - efficacy)ลดลง ผู้ป่วยคิดว่ามันไม่มีประโยชน์ที่จะหักห้ามใจ ในสุดท้ายก็จะต้องกลับไปใช้ยาเสพติดอยู่ดี ประกอบกับความรู้สึกละเอียดใจที่ตนเองพลาดพลังใช้ยาเสพติด ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าวอาจทำให้มีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้ยาเสพติด หากผู้ป่วยไม่พัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหาขึ้นมาได้ เมื่อเผชิญสถานการณ์แบบนี้อีกในอนาคต จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพยาได้

สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง คือ เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆกับการใช้ยาทำให้เกิดความรู้สึกกลับไปเสพยาอาจจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคล ที่นำไปสู่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดตามมา เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การต่อสู้ ความหึงหวง ความไม่ลงรอยกัน การทะเลาะ ความละเอียดใจต่อคนอื่น
2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ที่นำไปสู่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดตามมา เช่น
 - อารมณ์ต่างๆ ได้แก่ ความโกรธ กังวล ตีใจ ความกลัว
 - ความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติด ความหิว ความเหนื่อย ความเหงา ละลายใจ เศร้า เสียใจ และมีอาการถอนพิษเฮโรอีน เป็นต้น

กลไกของการกลับไปเสพซ้ำ(cognitive- behavioral model of relapse)



ระยะของการกลับไปเสพซ้ำ(The Stages of Relapse)

กุญแจสำคัญของการกลับไปเสพซ้ำ คือ การเข้าใจว่าการกลับไปเสพซ้ำเกิดขึ้นแบบค่อยๆเป็นค่อยๆไป เริ่มจากสัปดาห์และบางครั้งอาจเป็นเดือนก่อนที่จะเริ่มใช้ยาเสพติด เป้าหมายของการรักษาคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้าของการกลับไปเสพซ้ำ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำในช่วงแรกของกระบวนการทำให้มีโอกาที่จะลดความเสี่ยงของการกลับไปเสพติดซ้ำได้ การกลับไปเสพซ้ำ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ทางอารมณ์ จิตใจ และร่างกาย (Melemis, 2010) ดังนี้

1. การเสพซ้ำทางอารมณ์ (Emotional Relapse) ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองจะกลับไปเสพซ้ำอีก แต่อารมณ์และพฤติกรรมกำลังเบี่ยงเบนไป การกลับไปเสพซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เป็นผลมาจากการดูแลตนเองที่ไม่ดี เมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองที่ไม่ดี ทำให้เกิดทางอารมณ์ที่ไม่ดีตามมา เช่น อารมณ์โกรธ เครียด เบื่อ ในที่สุดจะเริ่มรู้สึกอึดอัดในข้อจำกัดของตนเองที่ทำได้ เริ่มรู้สึกกระวนกระวาย ขุ่นเคืองใจและไม่พอใจ เป็นความตึงเครียดที่สร้างขึ้นจากการที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยจะเริ่มคิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดเพียงเพื่อหลบหนีจากสิ่งเหล่านั้น ซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเมื่อไม่ได้ใช้ยาเสพติดจะไม่มีความสุข ชีวิตขาดรสชาติ จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมอยู่บำบัดรักษาในโรงพยาบาลอยากออกไปข้างนอกแต่พอได้สิทธิ์ลาเยี่ยมบ้าน ผมกลับรู้สึกว้า ไม่มี

ความสุข เปื่อ วันๆไม่รู้ทำอะไร อยากกลับเข้ามาในโรงพยาบาล” เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยชินกับการใช้ชีวิตที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการฝึกฝนการใช้ชีวิตใหม่ที่ปลอดจากยาเสพติด

อาการของการเสพยาซ้ำทางอารมณ์ มีอาการดังนี้ :1)เก็บความรู้สึก 2)แยกตัว 3)ไม่ได้เข้าร่วมประชุม 4) หรือเข้าร่วมประชุม แต่ไม่มีการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม 5)มุ่งเน้นไปเรื่องอื่น ๆ (มุ่งเน้นไปที่ปัญหาของคนอื่นหรือมุ่งเน้นไปที่ปัญหาของคนอื่นหรือมุ่งเน้นไปที่วิธีการของคนอื่นที่ส่งผลกระทบต่อพวกเขา และ 6) นิสัยการกินและการนอนหลับที่ผิดปกติ

เป้าหมายหลักของการบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการดูแลตนเอง หมายถึงอะไร และทำไมจึงมีความสำคัญ การดูแลตนเองที่ไม่ดี มีคำย่อคือ HALT ได้แก่ หิว (hungry), โกรธ(angry, เหงา(lonely), และเหนื่อย (tired) สอดคล้องกับงานวิจัยของดูครา, แดร์เกอร์และพีสมัลท์ (Ducray, Darker and P Smyth , 2012) พบว่าอารมณ์ด้านลบทำให้มีการกลับไปเสพยาประมาณร้อยละ 62 ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองที่สำคัญ คือ การนอนหลับ การดูแลสุขอนามัย และการดูแลเรื่องอาหาร การดูแลตนเองเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ ผู้ป่วยต้องการช่วงเวลาสำหรับตัวเองทางด้านจิตใจ เพื่อให้ตนเองมีความสุข

2. การเสพยาซ้ำทางจิตใจ (Mental Relapse) เป็นภาวะสองจิตสองใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มันเหมือนกับบางครั้งมีความต้องการใช้ยาเสพติด แต่บางครั้งก็ไม่ต้องการใช้ยาเสพติด แต่ลึกๆแล้วความต้านทานต่อความคิดการเสพยาซ้ำลดลงและความต้องการหลบหนีเพิ่มขึ้น

อาการของการเสพยาซ้ำทางด้านจิตใจ มีอาการดังนี้ 1)ความรู้สึกอยากยาเสพติด 2)การคิดถึงคน สถานที่ และสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในอดีต 3)ลดผลกระทบของการใช้ยาหรือผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ยา 4)การเจรจาต่อรองในการใช้ยาเสพติด คือ ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงสถานการณ์ต่างๆยอมให้ตนเองใช้ยาเสพติดได้ ให้ตัวเองใช้ยาเสพติดในวันหยุด หรือ ในระหว่างการเดินทางไปในสถานที่ต่างๆ เริ่มมีความคิดว่าตนเองสามารถใช้ยาเสพติดเป็นครั้งเป็นคราวได้ คิดว่าตนเองสามารถใช้ยาครั้งหรือสองครั้งต่อปีได้ และคิดว่าตนเองสามารถเปลี่ยนไปใช้ยาเสพติดตัวอื่นได้ ซึ่งผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้ยาเสพติดได้ 5)มีการโกหก 6)มีความคิดถึงแผนการควบคุมการใช้ยาเสพติด 7)มองหาโอกาสในการกลับไปเสพยาซ้ำและ 8)วางแผนการกลับไปเสพยาซ้ำ

เป้าหมายสำคัญของการบำบัดรักษา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงของตนเองได้ บางครั้งผู้ป่วยคิดว่าการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นสัญญาณของความอ่อนแอ และมักจะได้ยินผู้ป่วยกล่าวว่า "กลัวว่าที่ตนเองจะกลับไปใช้มัน" ซึ่งเป็นสิ่งที่น่ากลัวเนื่องจากพวกเขายังคงมีความรู้สึกอยากยาเสพติดอีก ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากยาประมาณร้อยละ 62 ที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ(Ducray, Darker and P Smyth. 2012) ผู้ป่วยรู้สึกว่าการกำลังทำสิ่งที่ผิดพลาดต่อตัวเองและครอบครัว บางครั้งไม่เต็มใจที่จะทำเช่นนั้น และมันน่าอายที่จะพูดถึงความคิดในการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสภาพไม่ใช่ผู้ป่วยจะสามารถลบประสบการณ์และความทรงจำเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ซึ่งตรงกับ

คำบอกกล่าวของผู้ป่วย กล่าวว่า “ผมเลิกยาเพราะผมปรับการใช้ชีวิตแบบใหม่แต่ผมยังมีความทรงจำเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ใช้ยาเสพติดตลอดเวลา หรือที่บอกว่า เลิกได้แต่ลืมไม่ลง”

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเป็นการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สามารถเรียนรู้ที่จะปล่อยให้ความคิดที่มารอบงำออกไปได้อย่างรวดเร็ว ความคิดในการใช้ยาเสพติดเป็นการตรวจสอบพฤติกรรมของผู้ป่วยระยะยาว มันเป็นสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด มันกลายเป็นสิ่งยืนยันว่าน่าจะมีการใช้ยาเสพติดเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยกล่าวว่า ”ผมกลัวผมไม่อยากใช้ยาเสพติด” นั่นคือผู้ป่วยคิดที่จะใช้ยาเสพติด

3. การเสพติดซ้ำทางร่างกาย (Physical Relapse)เป็นขั้นตอนสุดท้าย การเสพติดซ้ำทางร่างกาย คือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มที่จะใช้ยาเสพติดอีกครั้งหลังการหยุดยาเสพติด ซึ่งแบ่งการกลับไปเสพติดซ้ำทางร่างกายออกเป็นช่วงคือ "lapse"เป็นการใช้ครั้งคราว (การดื่มหรือการใช้ยาเสพติดครั้งแรกหลังจากหยุดใช้) และ "การกลับไปเสพซ้ำ" (ผลจากการที่ไม่มีการควบคุมการใช้ยาเสพติดครั้งคราวได้) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีการใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราวมากขึ้น อาจนำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำได้อย่างรวดเร็ว ในระหว่างการใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราวอาจทำให้มีความไม่สุขสบายทางร่างกายเกิดขึ้น เช่น อาการปวดต่างๆ อาการนอนไม่หลับ และมีอาการเจ็บป่วย ซึ่งทำให้มีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้ เนื่องจากการใช้ยาเสพติดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลายและมีความสุข ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ91 ของผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำหลังจากถอนพิษยาและมีอาการเจ็บป่วยต่างๆ(Ducray, Darker and PS myth, 2012) และสอดคล้องกับคำบอกเล่าของผู้ป่วย กล่าวว่า“ผมใช้ยาเสพติดเพียงแค่หาวครั้งสองครั้งผมก็ไปแล้ว ไม่รอให้มีอาการหรือ และ ผมรู้สึกไม่สบายตัว มีไข้ก็จะใช้ยาเสพติดทุกครั้ง ใช้แล้วสบายตัวครับ” และจากปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดไปสักระยะหนึ่งร่างกายจะมีภาวะดี้อยา เมื่อใช้ยาจะไม่มีความสุขเท่าที่ควรจะเป็น แต่ที่ใช้ยาเพราะฤทธิ์ของยาช่วยลดความไม่สบายต่างๆ เช่น อาการถอนพิษยา การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การกลับไปเสพซ้ำทางร่างกายจะนำไปสู่การเสพติดซ้ำทางด้านจิตใจ ความคิดถูกครอบงำหรือการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของป้องกันการกลับไปเสพซ้ำคือ ให้ผู้ป่วยมีการฝึกซ้อมสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการใช้ยาเสพติดของตนเองและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

หากผู้ป่วยยังคงอยู่ในการเสพติดซ้ำทางจิตใจที่ยาวนานปราศจากทักษะการเผชิญปัญหา จากประสบการณ์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหันไปหายาเสพติดเพียงเพื่อหลบหนีความสับสนวุ่นวายและมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention)

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ(Relapse prevention) เป็นการผสมผสานการฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (self-control) กับโปรแกรมปรับความคิด (cognitive-behavioral model) (Marlatt & George, 1985) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่น่าไปใช้ในการดูแลในผู้ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอย่างแพร่หลาย เช่น การติดการพนัน มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ยาก แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาก็ตาม (สุกมา,สำเนา,วันเพ็ญ ,สุภภัทร, ญาตาและธัญญา, 2557) อาจมีโอกาสกลับไปมีพฤติกรรมเดิมๆ ซึ่งตามแนวคิดของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเป็นเทคนิควิธีการของการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibition)จากสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามเป้าหมาย(Ruhrberg ,1999) เป็นวิธีการรักษาที่สอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ความรู้สึก บุคคล และสถานการณ์ใดๆที่กระตุ้นเตือนให้ตนเองใช้ยาเสพติด ดังนั้นผู้บำบัดจะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องใช้ยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์โอมินและคณะ. (2010) (Zhao Min & et al , 2010) พบว่าประสิทธิภาพของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาเสพติดลงและมีการปรับเปลี่ยนตนเองในการใช้ยาเสพติดได้

เป้าหมายของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

เป้าหมายของการกลับไปเสพซ้ำมีรายละเอียด ดังนี้ 1) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเริ่มต้นของการกลับไปใช้ยาเสพติดหรือพฤติกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด และ 2) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาเสพติดในครั้งแรก ลดความรุนแรงของการไปใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น และผลกระทบทางสังคมของการกลับไปเสพซ้ำ

องค์ประกอบของการรักษาการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Marlatt, George and Witkiewitz,2002; Marlatt & George, 1985)

1. การเผชิญปัญหาให้กับผู้ป่วย เพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะแรก ๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเผชิญกับการเรียกร้องและความรู้สึกอยากยาเสพติด
2. การเตรียมพร้อมของตนเองเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ข้อผิดพลาด และจุดอันตราย ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงได้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงที่เป็นไปได้ และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการรับมือกับความท้าทาย หรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงนิสัยโดยสิ้นเชิง
3. การรับมือกับความคิดและพฤติกรรม (cognitive and behavioral) ในการจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพซ้ำและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งทักษะเหล่านี้สามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ บางครั้งผู้ป่วยมีข้อสงสัยในทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขณะการฟื้นฟูสภาพ การปฏิเสธและการหา

เหตุผลเข้าข้างตนเองที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา และ สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีที่การที่สามารถเรียนรู้ระบุและรับมือกับความวิตกกังวลและการด้านความคิดของตนเอง

4. การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการหาความสุขในชีวิตประจำวัน บางคนจำเป็นต้องหากิจกรรมใหม่ๆ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความเครียด และเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่เพื่อลดความต้องการใช้ยาเสพติด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับกิจกรรมใหม่ๆ เช่นมีเพื่อนใหม่และมีกิจวัตรประจำวันแบบใหม่

5. ความคาดหวังและเตรียมความพร้อมล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวในระหว่างทางของการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมักมีความคาดหวังและความต้องการสูงที่จะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่เกิดข้อผิดพลาด ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองทำไม่ได้ ความสมบูรณ์แบบอาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการฟื้นฟูสภาพ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการที่เหมือนจริงมากขึ้น เพื่อเรียนรู้ที่จะคาดการณ์และรับมือกับสภาพการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นและหากมีข้อควรระวังทั้งหมดที่ล้มเหลวและเกิดอุบัติเหตุขึ้น ควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาและการคงสภาพการรักษา การเรียนรู้จากประสบการณ์ และเดินต่อไปข้างหน้า

โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาในการช่วยเหลือการฟื้นฟูสภาพ

ในบทความนี้จะกล่าวถึงโปรแกรมการกลับไปเสพยาที่สามารถใช้กับผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพและลดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา ซึ่งมีความสำคัญต่อนักบำบัดที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมเหล่านี้ที่นำมาช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ตามประเด็นและความต้องการของแต่ละบุคคลได้ ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

1. การระบุตัวกระตุ้นและจัดการกับความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด ซึ่งกลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (Alcoholics Anonymous; AA) กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous ;NA) และโปรแกรม 12 ขั้นตอนได้แนะนำให้ผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ จะต้อง “หลีกเลี่ยงคน” สถานที่และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับใช้ยาเสพติดเพื่อลดการสัมผัสกับตัวกระตุ้น และผู้ป่วยปลอดภัยจากยาเสพติดจะต้องมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมต่างๆที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ยาเสพติด นักบำบัดสอนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและความรู้สึกลอยๆ เช่น การเฝ้าติดตามและบันทึกความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด ความคิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด โดยให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงตัวเองผ่านความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด เช่น มีความคิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด และการระบุถึงผลกระทบในแง่ลบของการใช้ยาเสพติดและผลบวกของการไม่ใช้ยาเสพติดและชะลอการตัดสินใจที่จะใช้เมื่อเกิดความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด หลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกลอยๆใช้ยาเสพติด มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่รื่นรมย์ทำให้มีความสุข เข้าถึงความ

ช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยการยอมรับและพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติด การเข้าร่วมประชุมกลุ่มการช่วยเหลือกันเอง และการใช้ยาเสพติด เช่น ยานาเทรกโซน(Naltrexone) อาจลดลงความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดได้

2. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความคิดที่บิดเบือน ความคิดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในโลกของความเป็นจริง ซึ่งความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับไปเสพซ้ำ ในโปรแกรมสิบสองขั้นตอน มองว่ากระบวนการคิดที่การบิดเบือนเป็น"ความคิดที่น่ากลัว" และชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่ต้องการฟื้นฟูสภาพจะต้องเปลี่ยนความคิดใหม่หากต้องการปราศจากยาเสพติด

การสอนให้ผู้ป่วยระบุข้อผิดพลาดเกี่ยวกับกระบวนการคิดของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงการใช้ยาเสพติด (เช่น ความคิดทั้งหมดหรือไม่มีเลย / มีความคิดแบบดำ - ขาว มีความคิดสร้างความเลวร้าย (Awfulizing) คิดแบบเหมารวม (Overgeneralizing), ความคิดที่เป็นนามธรรม (using selective abstraction) ความคิดแบบด่วนสรุป (Catastrophizing) หรือการตัดสินใจด้วยอารมณ์ หรือด่วนสรุป (or jumping to conclusions) และการประเมินผล ความคิดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกระบวนการกลับไปเสพซ้ำ สอนให้ผู้ป่วยมีการโต้แย้งและการพูดกับตัวเองเพื่อท้าทายความเชื่อที่ผิดพลาดหรือรูปแบบการคิดเชิงลบ

สอนให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะท้าทายและเปลี่ยนความคิดในการกลับไปเสพซ้ำของตนเอง เช่น 1) ระบุความคิดที่เกี่ยวกับการกลับไปเสพซ้ำ 2) ระบุว่าอะไรเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น และ 3) สร้างคำสั่งของความคิดใหม่ ความคิดของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปเสพซ้ำ เช่น 1) เหตุใดฉันจึงควรใช้ยาเพื่อช่วยฉันจัดการกับการเสติดยาของฉัน 2.)การกลับไปเสพซ้ำไม่เกิดขึ้นกับฉัน 3) ฉันจะไม่ใช้ยาเสพติดอีก 4) ฉันสามารถควบคุมการใช้ยาเสพติดได้ 5.)การฟื้นฟูสภาพไม่ได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว 6.) ฉันต้องการยาเสพติดเพื่อความสนุกสนาน และ 7.) ปัญหาของฉันหายขาด

3. ระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง คือ เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆกับการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดความรู้สึกกลับไปเสพซ้ำได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของการกลับไปเสพซ้ำ ผู้บำบัดจะสอนทักษะให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสภาวะอารมณ์เชิงลบ ต่างๆของตนเองที่เป็นปัจจัยของการกลับไปเสพซ้ำ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ความกดดันทางสังคมโดยตรงหรือโดยอ้อมในการใช้ยาเสพติด ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความรู้สึกอยากยาเสพติดที่รุนแรง ความเจ็บปวด หรืออารมณ์บวก ผู้บำบัดสามารถช่วยผู้ป่วยในการระบุและอภิปรายเกี่ยวกับวิธีจัดการปัจจัยเสี่ยง วิธีการควรเป็นไปตามลักษณะเฉพาะของสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ระบุสัญญาณเตือนการของการกลับไปเสพซ้ำ คือ เป็นการแสดงอาการที่เกิดขึ้นก่อนการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งสัญญาณเตือนที่ชัดเจนและละเอียดอ่อน เหล่านี้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ชัดเจน เช่น สัญญาณเตือนที่จะเห็นได้ชัดคือ ผู้ป่วยลดหรือหยุดเข้าร่วมการรักษาและหรือไม่ได้เข้า

ร่วมการประชุม ไม่ได้ปรึกษาเรื่องนี้กับผู้บำบัดหรือสปอนเซอร์ ผู้ป่วยค้นหาและพบปะกับคนอื่น ๆ กับผู้ใช้ยาเสพติด

การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลับไปเสพซ้ำที่พบบ่อย สัญญาณเตือนและวิธีการจัดการสิ่งเหล่านี้ ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าสัญญาณเตือนที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน ให้ผู้ป่วยวางแผนถึงความความล้มเหลวที่เกี่ยวข้องกับกลับไปเสพซ้ำ และประสบการณ์การเรียนรู้ ที่ตนเองล้มเหลวในการกลับไปเสพซ้ำที่สามารถช่วยให้มีการปรับปรุงตนเองให้ฟื้นสภาพ

5. สอนผู้ป่วยให้ต่อต้านแรงกดดันทางสังคมที่จะทำให้ไปใช้ยาเสพติด แรงกดดันทางสังคมโดยตรงและโดยอ้อมมักนำไปสู่ความคิดเพิ่มขึ้นและความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติด เช่นเดียว กับความวิตกกังวล เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิเสธข้อเสนอในการใช้ยาเสพติด

เมื่อผู้ป่วยพบสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น ผู้ป่วยเจอเพื่อนเก่าที่กำลังผลักดันให้ผู้ป่วยไปใช้ยาด้วยกัน ผู้ป่วยมีความคิดและความรู้สึกเหล่านี้เป็นอย่างไร มันมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติด ในการตอบสนองต่อแรงกดดัน ผู้บำบัดสามารถช่วยผู้ป่วยในการระบุความสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงได้ (เช่น การใช้ชีวิตร่วมกันหรือการคบผู้ใช้ยาเสพติด) และสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยอาจสัมผัสหรือการนำเสนอ ยาเสพติด (เช่น การชุมนุมทางสังคม) ขั้นตอนต่อไปคือการประเมินผลกระทบของแรงกดดันทางสังคมเหล่านี้ต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย การวางแผนการฝึกและการใช้วิธีการเผชิญปัญหา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงและการใช้วาจา ทักษะทางความคิดและพฤติกรรม บทบาทสมมติเพื่อซ้อมวิธีการปฏิเสธข้อเสนอในการใช้ยาเสพติด

6. พัฒนาและใช้ระบบสนับสนุนผู้ป่วยเข้าร่วมการสนับสนุนทางสังคม ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยประเมินระบบการสนับสนุนทางสังคมในปัจจุบันเพื่อกำหนดว่าจะใครเป็นผู้สนับสนุน ผู้ป่วยระบุเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดยาเสพติดในครอบครัวหรือผู้อื่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกลุ่มผู้ติดสุรานาม (Alcoholics Anonymous; AA) กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous; NA) หรืออื่น ๆ กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน โปรแกรม 12 ขั้นตอน ผู้ป่วยควรมีสปอนเซอร์จะต้องรู้จักชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้อื่นในการฟื้นสภาพและเข้าร่วมและมีกิจกรรมทางสังคมที่สนับสนุน

7. จัดการอารมณ์ที่เป็นลบและบวก ผู้ป่วยหลายรายที่มีการใช้ยาเสพติดไม่มีความสามารถทนต่ออารมณ์ของตนเองได้ จากประสบการณ์ผู้ป่วยต้องใช้ยาเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ต่างๆ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์เกิดขึ้นโดยไม่ใช้ยาเสพติดเป็นเรื่องยากมากและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการกลับไปใช้ยา ประสบการณ์ทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบอาจมีผลต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วย ผลกระทบเชิงบวกมีความเชื่อมโยงกับการกลับไปใช้ยา อารมณ์เชิงลบมีความเชื่อมโยงกับการกลับไปเสพซ้ำ การมุ่งเน้นไปที่สถานะทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระบุถึงประสบการณ์ทางอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือในการจัดการและการแสดงออกในเชิงบวกของอารมณ์เหล่านี้

ผู้ป่วยอาจต้องต่อสู้กับอารมณ์ที่สับสนอย่าง เช่น ความโกรธ และวิธีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เจ็บปวด เช่น ตัวย่อ HALT ใช้ในโปรแกรม 12 ขั้นตอน (มีหิวมากเกินไป โกรธ เหนงหรือเหนื่อยมากเกินไป) สิ่งสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังฟื้นสภาพ ไม่ควรปล่อยให้ตัวเองกลายเป็นอ่อนแอเกินไป รวมทั้งโกรธมากเกินไป หรือเหงาเกินไป เนื่องจากทั้งสองสถานะทางอารมณ์ถูกมองว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสำหรับหลายๆคน ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ อาจรวมถึงความอับอายและความผิด ความเบื่อหน่าย ความเศร้าโศกและความสูญเสีย ความวิตกกังวลและความเศร้า นอกจากนี้ควรมองไปที่อาการทางจิตเวชร่วมด้วย

8. ระบุความผิดปกติทางจิตเวชร่วมที่เกิดขึ้น เนื่องจากมีอัตราความผิดปกติทางจิตเวชสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดยาเสพติด ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อกลับไปเสพยาซ้ำสูงกว่าผู้ที่มีการวินิจฉัยการใช้สารเสพติดเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผลกระทบของอาการจิตเวชต่อแรงจูงใจ การตัดสินใจ และการทำงาน ผู้บำบัดจะต้องพิจารณาว่าจำเป็นต้องมีการรักษาแบบรวมหรือไม่หรือแยกผู้ป่วยออกจากกัน หากเกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นร่วมกัน ปัจจุบันวิธีการรักษาแบบบูรณาการเป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ดียิ่งขึ้น

9. การรักษาด้วยยากับเครื่องมือแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด หรือการติดนิโคติน ผู้ป่วยบางรายได้รับประโยชน์จากยาลดความรู้สึกลอยตั้มแอลกอฮอล์หรือยาอื่นๆ เพิ่มแรงจูงใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ป่วยต้องการยาเพื่อทดแทนการใช้ยาเสพติด (เช่น เมทาโดน (Methadone) หรือยาบิวพรีนอร์ฟิน (Buprenorphine) สำหรับติดยาเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) พูดคุยกับผู้ป่วยและสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ เกี่ยวกับการทางเลือกในใช้ยา ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น

10. มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงระหว่างการดูแล ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้บำบัดจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญการติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและพัฒนาแผนการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำกับสมาชิกในทีมบำบัด คำถามที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น ทำไมคุณต้องดูแลหลังจากการจำหน่าย สิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการติดตาม และคุณจะทำอย่างไรเพื่อให้แน่ใจว่าได้ดำเนินการรักษาต่อไปเมื่อคุณออกจากโรงพยาบาลหรือโปรแกรมไป

11. การจัดการการใช้ยาเสพติดชั่วคราว และการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเตรียมตัวสำหรับโปรแกรมเบื้องต้นเพื่อป้องกันการการใช้ยา เพื่อไม่ให้เกิดการกลับไปเสพยาซ้ำ หรือเพื่อหยุดการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์และกระบวนการทางความคิด ในระหว่างทางของการฟื้นสภาพ ผู้ป่วยอาจมีรู้สึกโกรธ หดหู่ มีความรู้สึกผิด หรือน่าอับอายเมื่อมีการใช้ยาหรือการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ป่วยอาจคิดว่า ฉันล้มเหลว ฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ฉันไม่สามารถทำมันได้หรือทำไมฉันถึงต้องพยายาม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับไปเสพยาซ้ำต่อไป สอนผู้ป่วยเพื่อท้าทายความคิดเชิงลบ และ ช่อมแผนการที่จะขัดจังหวะการไปใช้ยาเสพติดหรือการกลับไปเสพยาซ้ำ สามารถเตรียมผู้ป่วยให้อดทนและยอมรับว่าไม่มีอะไรที่ทำได้

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถนำโปรแกรมมาใช้ในบำบัดรักษากับผู้ป่วยยาเสพติดแบบเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับรูปแบบการบำบัดรักษาแบบอื่นๆได้ เช่น โปรแกรม 12 ขั้นตอน (Twelve-step Approaches) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills training) การสัมภาษณ์ในการใช้แรงจูงใจ (Motivational Interviewing) จะนำไปบำบัดรักษาผู้ป่วยแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่มบำบัด จากงานวิจัยพบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาเท่าเทียมกันในการลดการกลับไปเสพซ้ำ ถึงแม้ว่าโปรแกรมการบำบัดรักษาจะมีประสิทธิภาพมาก จำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยผู้บำบัดที่มีประสบการณ์สูง ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ป่วยเป็นความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยมีความซับซ้อนของปัญหา ระดับของแรงจูงใจที่แตกต่างกัน และระดับของการสนับสนุนทางสังคม แม้จะมีข้อจำกัด เกี่ยวกับการศึกษาต่างๆ เอกสารนี้ก็แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ช่วยเพิ่มการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และผลลัพธ์ในการลดการใช้ยาเสพติดได้

นิยามศัพท์

1. ความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติด คือ ความปรารถนา ความต้องการที่จะได้ในสิ่งที่ตั้งใจอย่างแรงกล้า พร้อมกับมีประสบการณ์กับสิ่งนั้นมาก่อน ปัจจุบันยังรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอตามความต้องการของตนเองจึง นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมตามอำนาจของความรู้สึกอยากนั้น
2. การฟื้นฟูสภาพ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่กำลังปลอดจากยาเสพติด
3. กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม คือ สมาคมที่ไม่หวังผลกำไรของคนทุกเพศทุกวัยซึ่งมีปัญหาใหญ่จากการใช้ยาเสพติด เราคือผู้ติดยาเสพติดซึ่งกำลังฟื้นฟูสภาพอยู่ ที่มาพบกันเป็นประจำเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้หยุดใช้ยาเสพติด
4. กลุ่มผู้ติดยาสุรานิรนาม คือ สมาคมที่ไม่หวังผลกำไรของคนทุกเพศทุกวัยซึ่งมีปัญหาใหญ่จากการดื่มสุรา เราคือผู้ติดยาซึ่งกำลังฟื้นฟูสภาพอยู่ ที่มาพบกันเป็นประจำเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้หยุดดื่มสุราโดยปฏิบัติตามหลัก 12 ขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

- วราลักษณ์ ปรีชาสุชาติ, รัตติยา สันเสรี, พันธิภา ทองสลับ, ยุพาพันธ์ ประเสริฐศิลป์ และโชเพีย แซง. (2549). รายงานวิจัย เรื่อง *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้*. ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดปัตตานี สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ วีรชัย, ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง และ ธนุรช ทิพยวงษ์. (2553). *หลักสูตร การบริการเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และธัญญา สิงห์โต. (2557). รายงานวิจัยเรื่อง *ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- Dennis Daley and Lisa Maccarelli. (2017). *Relapse Prevention*. Oxford Medicine Online. Oxford University.
- G. Alan Marlatt, George A. Parks, and Katie Witkiewitz, (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Addictive Behaviors Research Center Department of Psychology. University of Washington.
- G. Alan Marlatt, George A, J.R., EDS. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Steven M. Melemis. (2015). *Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery*. Yale journal of Biology and Medicine. 80, 325-332.
- Trondheim. (2011) *Patients with Substance Use Disorders An investigation of Relapse, Substance Use and Recovery*. Unpublished doctoral dissertation. Science and Technology Faculty of Social Sciences and Technology Management Department of Psychology, Norwegian University.