

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน

วิทยานิพนธ์

ของ

อานนท์ ถุงแก้วหงษ์

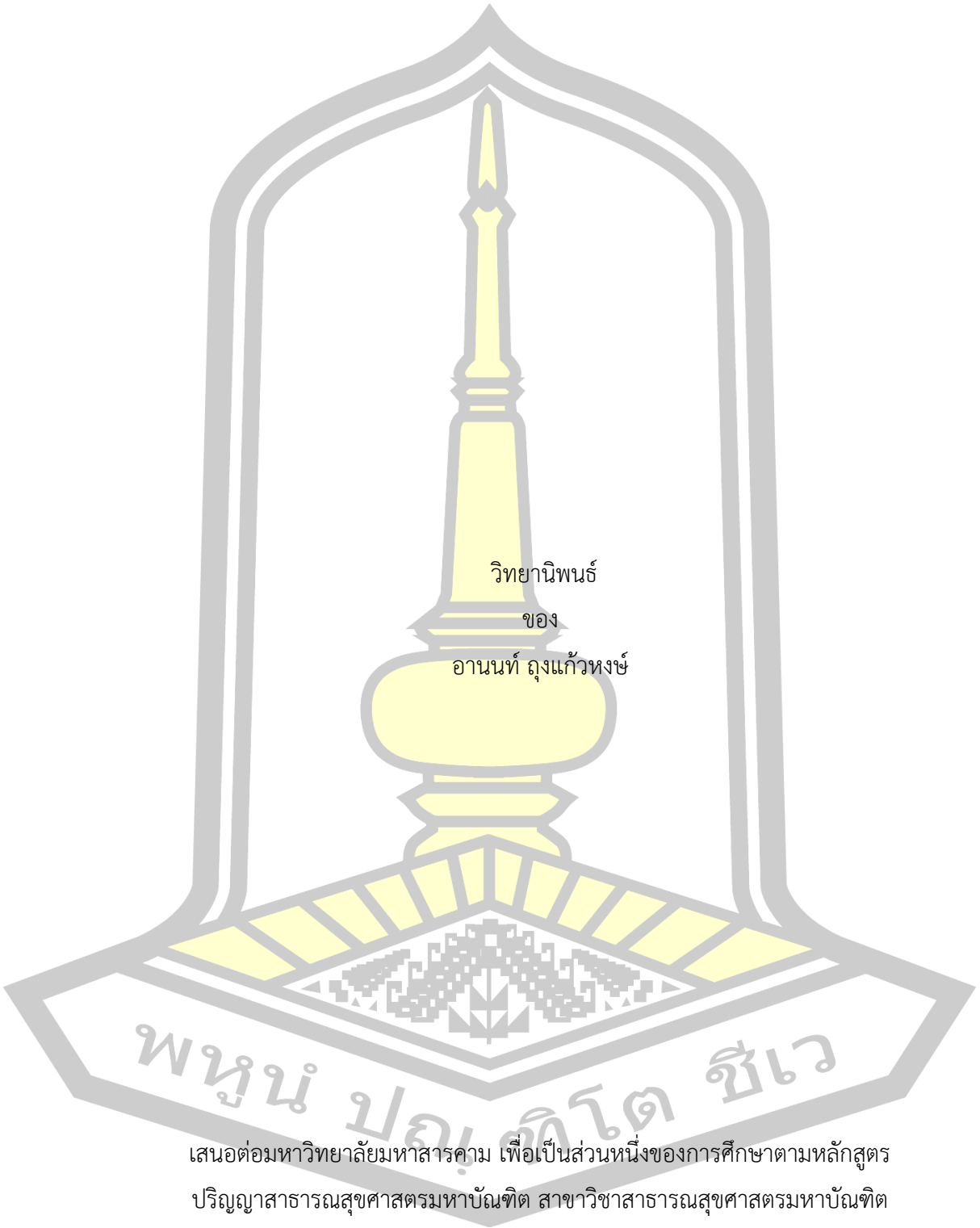
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน



วิทยานิพนธ์

ของ

อานนท์ ถุงแก้วหงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

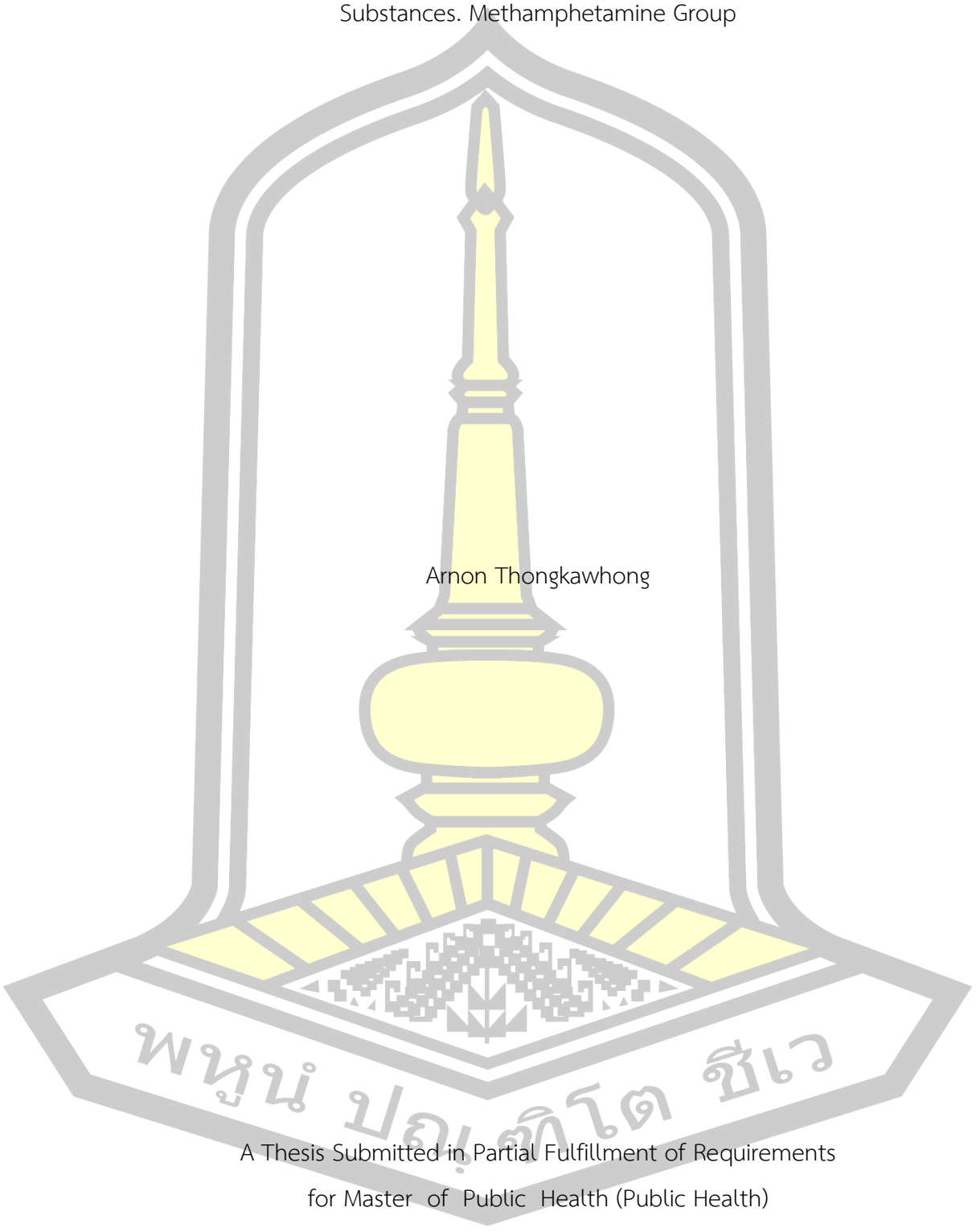
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Developing a Model for Preventing Missed Appointments for People Who Use Substances. Methamphetamine Group

Arnon Thongkawhong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

December 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายอานนท์ ถุงแก้วหงษ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ
(ผศ. ดร. ประชุมพร เลาห์ประเสริฐ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผศ. ดร. พิทยา ศรีเมือง)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

....

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน

ผู้วิจัย อานนท์ ถุงแก้วหงษ์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล
อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

การป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่ผ่านมายังไม่สามารถเพิ่มอัตราคงอยู่ในระบบการบำบัดได้ ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 46 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัด พร้อมญาติ จำนวน 26 คน และผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในระยะหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากทุกด้านและเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มผู้เสพสารเสพติดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรม ร้อยละ 100

สรุปผลการศึกษา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนครั้งนี้ คือการวิเคราะห์และทบทวนปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยผู้เกี่ยวข้อง และการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในรูปแบบของผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อน ส่งผลให้ผู้เสพสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาตาม

โปรแกรม ซึ่งทำให้การดำเนินงานตามการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การขาดนัด, ผู้ติดยาเสพติด, เมทแอมเฟตามีน

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

TITLE Developing a Model for Preventing Missed Appointments for People Who Use Substances. Methamphetamine Group

AUTHOR Arnon Thongkawhong

ADVISORS Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D.
Surasak Thiabrithi , Dr.P.H.

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

In the past, the prevention of missed appointments among methamphetamine users has not been possible to increase the retention rate in the treatment system. Thus, this action research aims to develop a model for the prevention of missed appointments for methamphetamine users in Kantharawichai Hospital, Mahasarakham Province. The 46 target groups with purposive selected consist of 26 people who are professional nurses, public health technical officers, community leaders, substance users with completed treatment and relatives, and 20 methamphetamine users. The data was collected by using questionnaire, interview questionnaire, meeting record form, and focus group meeting. The frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed ranks test were applied for data analysis.

The results revealed that the participation of the individuals who are involved in the prevention of missed appointments among methamphetamine users was high in all aspects after system development. It was significantly higher than before system development ($p<0.001$) and had a high level of satisfaction with the model development. Additionally, methamphetamine users had significantly increased knowledge ($p<0.001$), and 100% of them completed treatment.

In conclusion, the successful factors of a model for the prevention of missed appointments for methamphetamine users include problem identification and analysis by stakeholders and the cooperation and support from family and community in the peer helping process, which may lead them to complete treatment. Thus, the operation of prevention of missed appointments for methamphetamine users was consistent with the model's objective and also appropriate in the context of Kantharawichai district, Mahasarakham Province.

Keyword : model development, missed appointments, drug user, methamphetamine



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยประเภท นิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 (เงินรายได้) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการสอบทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ และได้ช่วยตรวจสอบรายละเอียดตลอดจนคำแนะนำข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นางวิสาข์วดี อินทรสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และการวิจัย นางอรอนงค์ รันนันท์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด นางสาวกัญยภรณ์ โพธิ์ขี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขายาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ช่วยปรับแก้เครื่องมือในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง นายแพทย์เชี่ยววชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้นำชุมชน และคณะผู้ร่วมวิจัยทุกๆท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายขอขอบพระคุณ คุณพ่อทวี ถุงแก้วหงษ์ คุณแม่มุกดา ถุงแก้วหงษ์ และครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ คอยส่งเสริม สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อานนท์ ถุงแก้วหงษ์

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพประกอบ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 หลักการและเหตุผล 1

1.2 คำถามงานวิจัย 5

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย 5

1.4 ขอบเขตงานวิจัย 5

1.5 นิยามศัพท์ 6

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 9

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 10

2.1 ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 10

2.2 กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด 25

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม 30

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 40

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 44

2.6 กรอบแนวคิดงานวิจัย 49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 50

3.1 รูปแบบการวิจัย 50
3.2 พื้นที่ในการวิจัย 50
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 51
3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 54
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 58
3.6 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 61
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล 63
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล 65
3.9 จริยธรรมในการวิจัย 65
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 67
4.1 บริบทของการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 67
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 78
4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 83
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 87
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 92
5.1 สรุปผล 93
5.2 อภิปรายผล 97
5.3 ข้อเสนอแนะ 100
บรรณานุกรม 102
ภาคผนวก 108
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย 109

ภาคผนวก ข แบบบันทึกสรุปการประชุม 125
ภาคผนวก ค แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 128
ภาคผนวก ง แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) 131
ภาคผวนก จ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข 133
ภาคผนวก ฉ คู่มือการบำบัดรักษา ผู้ใช่สารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก 137
ภาคผนวก ช แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) 162
ประวัติผู้เขียน 174

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ภาคสาธารณสุขและผู้นำชุมชน (n=26)..... 70

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 71

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (n=20)..... 72

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20)..... 75

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20)..... 77

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลังดำเนินโครงการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=26) 83

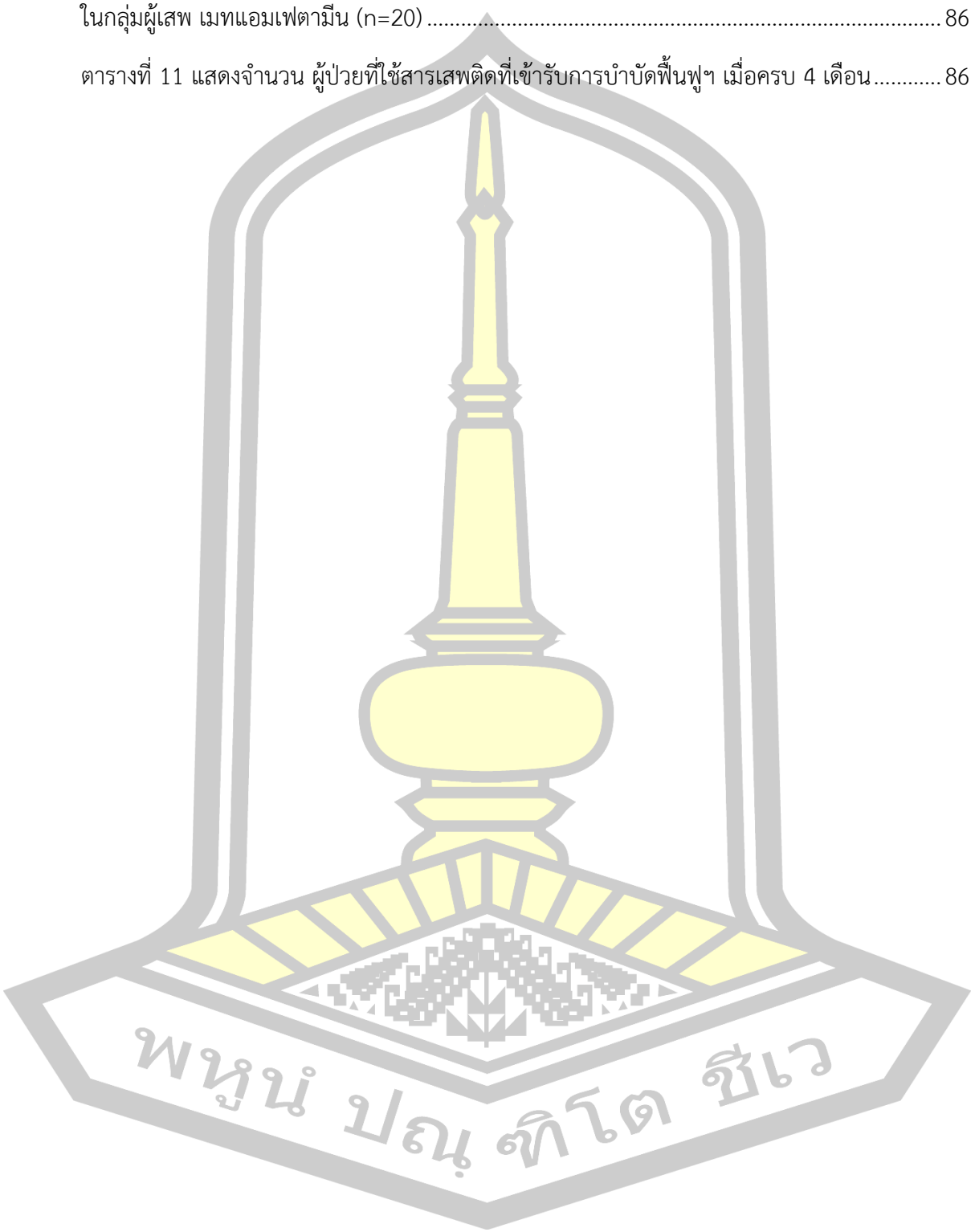
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม..... 84

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 85

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน..... 85

ตารางที่ 10 การขาดนัดและการคงอยู่ในระบบการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน (n=20) 86

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ เมื่อครบ 4 เดือน 86



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 49

ภาพประกอบ 2 ประชุมทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการ ณ ห้องประชุมกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย 79

ภาพประกอบ 3 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเพสติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จากการทบทวน การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix (ก่อนการพัฒนา)..... 79

ภาพประกอบ 4 อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ใช้งาน โปรแกรม modified matrix โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 80

ภาพประกอบ 5 อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก..... 80

ภาพประกอบ 6 การเปรียบเทียบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่าง แบบเดิม และแบบใหม่ 82

ภาพประกอบ 7 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเพสติด กลุ่มผู้เสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย..... 87

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

จากรายงานยาเสพติดโลก 2564 (World Drug Report 2021) ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime; UNODC) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 269 ล้านคน (ร้อยละ 5.4) ของประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน (ร้อยละ 5.5) ของประชากรโลก ส่วนใหญ่พบมีอายุ 15 - 64 ปี โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงยุติธรรม, 2564)

สถานการณ์ในประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการออกพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นตัวข้อกฎหมายล่าสุดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ป้องกัน ปราบปราม ควบคุมยาเสพติด ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยให้มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติด คณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สิน และคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็น (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2564) ด้านกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มุ่งเน้นการดูแล ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ซึ่งทางสาธารณสุขได้แบ่งผู้ที่ใช้สารเสพติดออกเป็น 3 ระดับตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้เสพสารเสพติด และผู้ติดสารเสพติด โดยใช้คะแนนในแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจำนวนทั้งสิ้น 158,005 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.65) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี (ร้อยละ 23.84) อาชีพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 30.02) พบยาเสพติดแบบที่ใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 78.10) ยาไอซ์ (ร้อยละ 8.07) กัญชา (ร้อยละ 4.20) ตามลำดับ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) สถานการณ์ของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด จำนวน 17,569 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 15,939 คน (ร้อยละ 90.72) ส่วนใหญ่มีอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 26.05)

อาชีพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 33.94) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด จำนวน 3,420 ราย พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 3,178 ราย (ร้อยละ 92.92) ส่วนใหญ่มีอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 24.82) อาชีพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 31.05) สารเสพติดที่ผู้เข้ารับการบำบัดใช้ส่วนใหญ่ ยาบ้า (ร้อยละ 96.78) รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 2.54) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่สำคัญประกอบด้วยกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา มัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงาน เช่น แรงงานก่อสร้าง แรงงานภาคการเกษตร (ทำนา ขับรถไถนา/รถเกี่ยวข้าว) มีมีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ เพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมี 274 คน, 353 คน และ 337 คน ตามลำดับ แนวโน้มของเพศชายลดลง ร้อยละ 97.08 ร้อยละ 92.92 และร้อยละ 91.69 ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงมีแนวโนมเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 3.92 ร้อยละ 7.08 และร้อยละ 8.10 ตามลำดับ แนวโน้มอายุของผู้เข้ารับการบำบัดพบผู้เข้ารับการบำบัดมีอายุเพิ่มมากขึ้นในปี 2562 และ 2563 มีพบมากในช่วงอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 32.48 และร้อยละ 26.35 ตามลำดับ ในขณะที่ปีงบประมาณ 2564 พบช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 26.71) แนวโน้มด้านอาชีพของผู้เข้ารับการบำบัด 3 ปีที่ผ่านมา พบมากในกลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 23.88) ยาเสพติดที่พบมากที่สุด ยาบ้า (ร้อยละ 88.69) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากสถานการณ์ที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าสถานการณ์ของอำเภอกันทรวิชัยมีแนวโน้มของผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นในทิศทางเดียวกับสถานการณ์ของระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ และระดับโลก ทุกภาคส่วนจึงจำเป็นต้องวางแนวทางในการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้นเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาในภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลกันทรวิชัย รับบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก 2 ระบบ ซึ่งประกอบด้วย ระบบสมัครใจ ซึ่งเป็นการเข้ารับการบำบัดโดยผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง หรือถูกฝ่ายปกครองหรือตำรวจนำตัวส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติดเนื่องจากตรวจพบสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในปัสสาวะและสมัครใจเข้ารับการบำบัด ส่วนระบบบังคับบำบัด ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัด โดยคำสั่งของศาลหรือสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดมหาสารคามให้เข้ารับการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติดทุกคนต้องได้รับการคัดกรองและประเมินระดับใช้สารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติด ในแต่ละกลุ่ม ในปีงบประมาณ 2562-2564 ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการในโรงพยาบาลกันทรวิชัย กลุ่มผู้เสพสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 96.35, 86.69,75.67 ตามลำลับ แต่ยังคงเป็นกลุ่มที่พบจำนวนมากที่สุด แนวโน้มของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 3.28,4.53,7.42 ตามลำดับ และแนวโน้มกลุ่มผู้ติดสารเสพติดแนวโน้ม

เพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ0.36, 8.78, 16.91 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งพบว่าในกลุ่มของผู้ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มของผู้เริ่มต้นใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มผู้เสพไปเป็นกลุ่มผู้ติดมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น นี้มีการใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากและต้องใช้เป็นประจำรวมถึงเริ่มมีอาการทางจิตร่วมด้วย และพบว่าในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดทั้ง 3 ปีงบประมาณ ที่เข้ารับการบำบัดมีประวัติเคยเข้ารับการบำบัดมาก่อนในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดและขาดนัดการบำบัดฟื้นฟู ร้อยละ 100

จากการสำรวจข้อมูลการให้บริการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดย้อนหลัง 3 ปี ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดออกจากระบบการบำบัดมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกปี ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 117 คน (ร้อยละ 64.61) ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 139 คน (ร้อยละ65.11) ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 161 คน (ร้อยละ 41.77) และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดบ่อยครั้งก่อนจะออกจากระบบการบำบัด เมื่อทบทวนข้อมูลการขาดนัดย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562-2564) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีการขาดนัดหลังจากเข้ารับการซักประวัติและประเมินร่างกายในครั้งแรก (ร้อยละ71.30,62.80,51.85 ตามลำดับ) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในปีงบประมาณ 2564 พบว่ารูปแบบการขาดนัดระหว่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 276 คน พบว่าในกลุ่มของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด มีการขาดนัด เช่นกัน โดยขาดนัดหลังจากเข้ารับการซักประวัติและประเมินร่างกายในครั้งแรก ร้อยละ 5.25 ขาดนัดหลังเข้ารับการบำบัดได้ 1 เดือน ร้อยละ 15.25 ขาดนัดหลังรับการบำบัด 2 เดือน ร้อยละ 31.02 ขาดนัดหลังรับการบำบัด 3 เดือน ร้อยละ 35.24 ขาดนัดหลังรับการบำบัด 4 เดือน ร้อยละ 13.24 โดยส่วนใหญ่ลืมนัด ร้อยละ 72.58 ไปทำงานนอกพื้นที่ ร้อยละ 20.54 ไม่มีรถเดินทางมา ร้อยละ 4.73 เจ็บป่วย ร้อยละ 2.15 หลังจากกลับเข้ารับการบำบัดหลังขาดนัดพบว่า มีผลตรวจพบสารเสพติด เมทแอมเฟตามีนในร่างกาย ร้อยละ 95.58 จากการทบทวนบันทึกการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ทำให้ทราบถึงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการขาดนัดมากที่สุดคือช่วง 2 เดือน – 3 เดือนหลังจากมารายงานตัวซักประวัติในครั้งแรก

การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาเข้าสู่กระบวนการบำบัด เมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติดมารายงานตัวเข้ารับคัดกรองเพื่อประเมินการติดสารเสพติด และแบ่งกลุ่มตามคะแนนประเมินแล้ว ทางพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจะดำเนินการออกสมุดนัดซึ่งจะระบุวันนัดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้จำวันนัดได้ และร่วมกันกำหนดข้อตกลงการเข้ารับบริการ ซึ่งการดำเนินการป้องกันการขาดนัดดังกล่าว พบว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดนัดในระหว่ากระบวนการบำบัดได้ จึงได้กำหนดแนวทางการติดตามผู้เข้ารับการ

บำบัดฟื้นฟูสภาพที่ขาดนัดไว้ดังนี้ เมื่อขาดนัดครบที่เดือน 1 เดือน พยาบาลผู้รับผิดชอบการบำบัดทำหนังสือแจ้งไปที่ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย ให้ตามผู้ป่วยกลับเข้ารับการบำบัด ซึ่งทางศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจะดำเนินการแจ้งผู้นำชุมชนในพื้นที่ และดำเนินติดตามต่ออีก 1 เดือน หากผู้ป่วยขาดนัดติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป ถือว่าสิ้นสุดกระบวนการบำบัดในครั้งนั้นและพยาบาลผู้รับผิดชอบการบำบัดทำหนังสือแจ้งไปที่หน่วยงานที่นำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในการดำเนินการต่อไป จากรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดนี้ ชี้ให้เห็นว่าไม่มีการคืนข้อมูลย้อนกลับ เป็นการส่งผ่านข้อมูลไปเพียงทางเดียว โดยในปีงบประมาณ 2564 มีผู้เข้ารับการคัดกรองเข้ารับการบำบัด จำนวน 337 คน มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดขาดนัดหลังเข้ารายงานตัว 1 เดือน จำนวน 191 คน และกลับเข้ารับการบำบัดจากรูปแบบการติดตามกลับจำนวน 20 คน ออกจากระบบการบำบัด จำนวน 161 คน (ร้อยละ 41.77) และจากการถอดบทเรียนของผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่รับบริการที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย พบว่า นองจากสาเหตุการขาดนัดที่มาจากตัวผู้ป่วย ยังพบว่าการดำเนินงานที่ผ่าน ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนที่ไม่เพียงพอโดยมี พยาบาบวิชาชีพที่จบด้านยาเสพติดเพียง 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ อีก 1 คน ยังไม่ผ่านการอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ทำให้ไม่ยังสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ ขาดการส่งต่อข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้ไม่ได้ดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดที่กำหนดไว้ทุกครั้ง และพบว่าขากการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนของครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเดินทางมารับการบำบัดและต้องเดินทางกลับบ้านซึ่งทำให้เห็นว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวนั้นมากกว่ามารับบริการที่โรงพยาบาล

ทั้งนี้ปัญหาการขาดนัดบำบัดมาจากหลายสาเหตุประกอบเกื้อหนุนกัน ทั้งจากตัวผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่ได้เห็นความสำคัญของการเข้ารับการบำบัด ทั้งระบบการบำบัดที่ไม่สามารถดำเนินการได้แต่แนวทางที่กำหนด ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยและการคืนข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ขาดนัดการบำบัด มีแนวโน้มกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและส่งผลต่อการออกจากระบบการบำบัด จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยอาศัยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้วงจรการวางแผนการปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (Planning, Action, Observation, and Reflection; PAOR) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 2005) เพื่อให้ผู้ดำเนินงานด้านยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย มีรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

1.2 คำถามงานวิจัย

รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดเมทแอม-เฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดเมทแอม-เฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

1.3.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดเมทแอม-เฟตามีน

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

1.4 ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาเพื่อให้การศึกษาตรงตาม ประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่วิจัย คือ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ศึกษาวิจัยในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน บำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแทนผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแทนผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดมาแล้ว 1 ปี พร้อมญาติ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลกันทรวิชัย ในช่วง มิถุนายน - กันยายน 2566

1.4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการวิจัยระหว่าง มิถุนายน - กันยายน 2566

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 สารเสพติด

สารเคมีที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ขึ้นใหม่โดนมนุษย์ ที่เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยทางใดก็ตามแล้วทำให้เกิดความต้องการมากขึ้น บ่อยขึ้น และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่ได้นำเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการอยากยา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.5.2 ยาเสพติด

ยาหรือสารเคมีที่ถูกผลิตขึ้นจากผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ขึ้นใหม่ทางห้องปฏิบัติการ เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะทางใดก็ตาม ทำให้ผู้ที่รับเข้าสู่ร่างกายมีความต้องการมากขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่องๆ ส่งผลทำให้ร่างกายทรุดโทรม

1.5.3 ยาบ้า

ยาบ้า เป็นยาเสพติดที่มีองค์ประกอบของ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) นิยมเสพโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม หรือสูดดมเป็นไอระเหยของยาบ้าที่บดแล้วนำไปลนไฟ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ เมื่อใช้ยาบ้าไปชักระยะหนึ่ง ร่างกายจะ

เกิดอาการดื้อยา (Tolerance) ผู้เสพจะต้องเพิ่มขนาดของยาและเสพบ่อยขึ้นยาจึงออกฤทธิ์เพียงพอเท่าที่ผู้เสพต้องการ การดื้อยาจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มักก่อให้เกิดอาการเสพติดทางจิตใจมากกว่าทางร่างกาย ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก จะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้

1.5.4 เมทแอมเฟตามีน

เป็นสารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีน ที่พบในยาบ้า ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในพื้นที่ประเทศไทย ตรวจพบได้ผ่านทางปัสสาวะของผู้ที่เสพยาบ้า ในการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ใช้การตรวจยืนยันสารเสพติดในร่างกายของผู้ที่ใช้ยาบ้า

1.5.5 การขาดนัด

การที่ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รายงานตัว ซักประวัติและรับการประเมินและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาพื้นฟูสภาพตามโปรแกรมของทางโรงพยาบาลกันทรวิชัย ไม่มาตามนัดเข้ารับบริการ ในวัน เวลา ที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้า

1.5.6 ผู้ใช้สารเสพติด

ผู้ที่ใช้ยาหรือสารเสตติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่เข้ารับการการประเมินการการใช้ยาและสารเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีผลการประเมิน 2-3 คะแนน

1.5.7 ผู้เสพสารเสพติด

ผู้ที่ใช้ยาหรือสารเสตติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่เข้ารับการการประเมินการการใช้ยาและสารเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีผลการประเมิน 4-26 คะแนน

1.5.8 ผู้ติดสารเสพติด

ผู้ที่ใช้ยาหรือสารเสตติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่เข้ารับการการประเมินการการใช้ยาและสารเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีผลการประเมิน มากกว่า 27 คะแนน

1.5.9 ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

ผู้ที่ได้รับการประเมินแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีค่าคะแนน มากกว่า 2 ขึ้นไป และสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดในชุมชน

1.5.10 การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการที่ผู้เข้าร่วม มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ วิเคราะห์ ปัญหาและหาทางเลือกร่วมกัน โดยถือว่าความคิดของทุกคนมีความหมาย เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเป็นเจ้าของในโครงการทุกขั้นตอน ซึ่งทำให้ผู้เข้ามาพัฒนารูปแบบการการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพในชุมชน สามารถดำเนินการพัฒนาได้ตามความต้องการของพื้นที่และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

1.5.11 การบำบัดฟื้นฟู

กระทำเพื่อมุ่งหวังให้พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด

1.5.12 ผู้ป่วยนอก

ผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ณ โรงพยาบาลกันทรวิชัย ที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และมีนัดรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมที่ทางพยาบาลผู้รับผิดชอบได้ตกลงกับผู้รับบริการก่อนรับบริการแล้ว และยังร่วมถึงการติดตาม ดูแลที่บ้านและในชุมชน โดยผู้ปกครอง หรือญาติของผู้รับบริการด้วย

1.5.13 ผู้นำชุมชน

บุคคลที่เป็นเป็นพนักงานของรัฐตามกฎหมายที่มาจากการคัดเลือกของคนในขุมชนอันได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือ บุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่ชุมชนของตนเอง สามารถให้ข้อมูลด้านการดำเนินงานยาเสพติดในพื้นที่ และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน

1.5.14 การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ

ขั้นตอนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ได้รับการประเมินระดับการติดสารเสพติด มีผลการประเมิน 4 -26 คะแนน ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 เดือน มีจำนวนครั้งในการให้บริการ 10 ครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาทีต่อครั้ง โดยเป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น

1.5.15 รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด

กระบวนการที่ดำเนินการร่วมกันของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดที่อยู่ระหว่างกระบวนการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพ จากการใช้ยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งผ่านกระบวนการ ศึกษาบริบทสภาพปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัดฯ ในรูปแบบเดิม ประชุมวางแผน ทดลองปฏิบัติ และแก้ไขปัญหา จนมีความเหมาะสมกับพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพ การใช้ยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีอัตราการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดที่ลดลง และมีอัตราการคงอยู่ในระบบจนครบโปรแกรมการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น

1.6.2 โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัด



บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

2.2 รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

2.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

2.1.1 ความหมายและประเภทของยาเสพติดความหมายดังนี้

ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่นต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งรางกายและจิตใจอย่างรุ่นแรงตลอดเวลาและสุขภาพโดยทั่งไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน หรือยาบ้า ยาอีหรือยาเลิฟ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 ยาเสพติดประเภทนี้สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ และใช้เฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้น ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน หรือโคคาอีน โคเคอีน และเมทาโดน ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3 ยาเสพติดประเภทนี้เป็นยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดประเภทที่ 2 ผสมอยู่ด้วย มีประโยชน์ทางการแพทย์ การนำไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น หรือเพื่อเสพติด จะมีบทลงโทษกำกับไว้ ยาเสพติดประเภทนี้ ได้แก่ ยาแก้ไอ ที่มีตัวยาโคเคอีน ยาแก้ท้องเสีย ที่มีฝิ่นผสมอยู่ด้วย ยาฉีดระงับปวดต่าง ๆ เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 4 คือสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 ยาเสพติดประเภทนี้ไม่มีการนำมาใช้

ประโยชน์ในการบำบัดโรคแต่อย่างใด และมีบทลงโทษกำกับไว้ด้วย ได้แก่ น้ำยาอะเซติคแอนไฮไดรย์และอะเซติลคลอไรด์ ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน สารคลอซูไดอีเฟครีน สามารถใช้ในการผลิตยาบ้าได้ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีก 12 ชนิด ที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้าได้ ผสมผสาน เห็ดขี้ควาย ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าข่ายอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ 1 ถึง 4 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2564)

องค์การอนามัยโลก (world health organization; WHO) ได้ให้ความหมายของสิ่งเสพติดว่า “สิ่งเสพติด” หมายถึง สารหรือยาที่เข้าสู่ร่างกายจะโดยการรับประทาน ฉีด สูบ หรือดมติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้วทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ได้รับในลักษณะดังนี้

- มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพต่อไปอีกเรื่อย ๆ
- มีความโน้มเอียงที่จะเพิ่มประมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ
- เมื่อถึงเวลาที่ต้องการเสพแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการอดหรืออยากยาทุกราย คลุ้มคลั่งขาดสติ โมโห ฉุนเฉียว เป็นต้น
- ผู้ที่ใช้ยาหรือสารนั้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้เสพทั้งร่างกายและจิตใจ (อ้านถึงใน (อับดุลคอลิก อัรรอฮีมีย์, อิสยัสมะเก็งและฮูเซ็น ซาวัล, 2565)

สรุป การเรียกสารเสพติดหรือยาเสพติดจะใช้เรียกได้ทั้งสองคำซึ่งในที่นี้ขอเรียกว่า “สารเสพติด” หมายถึง สารใดก็ตามเมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วโดยการกิน ฉีด สูบ หรือดมจะทำให้มีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารนั้น โดยเฉพาะลักษณะต่อไปนี้

1) ผู้ใช้สารต้องเพิ่มขนาดของสารตลอดเวลา
2) เมื่อหยุดใช้สารจะทำ ให้เกิดอาการอดสาร
3) ผู้ที่ใช้สารเป็นเวลานานจะเกิดมีความต้องการสารนี้มากขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ
4) ผู้ที่ใช้สารเป็นเวลานาน สารจะก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพและร่างกายของผู้นั้น

2.1.2 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ติดยาเสพติด

อารดา คูเจริญ (2566) กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชาย โดยศึกษาปัจจัยด้าน ครอบครัว สภาพแวดล้อม เศษฐกิจ และจิตวิทยาที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น และสร้างแบบจำลองปัจจัยมูลเหตุพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในประเทศไทยมีความสอดคลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง แต่พบว่าในแต่ละปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในระดับสูง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการติดยาเสพติดของวัยรุ่น การได้รับความรักความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภูมิต้านทานในการถูกชักชวนให้เสพยาเสพติด เช่นเดียวกันหากผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่ พ่อแม่ทะเลาะกันเป็นประจำ หรือมีการหย่าร้าง และมีสมาชิกในครอบครัวใช้ยาเสพติด ส่งผลต่อพฤติกรรมวัยรุ่นในการใช้สารเสพติดและมีแนวโน้มเข้าถึงยาเสพติดได้มากขึ้น

2. ปัจจัยด้านเศษฐกิจ ในการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ายังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าปัจจัยทางเศษฐกิจส่งพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น แต่กลับพบว่าปัจจัยทางเศษฐกิจส่งผลทางอ้อม โดยปัจจัยทางเศษฐกิจที่ฝืดเคืองอาจส่งผลให้พ่อแม่ของวัยรุ่นมีความเครียดและส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตร จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยทางเศษฐกิจส่งผลทางอ้มผ่าน ปัจจัยทางจิตวทยาและปัจจัยทางครอบครัว

3. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวันรุ่นในระดับมาก ปัจจัยด้านชุมชนที่ประกอบไปด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สาธารณสุข ตำรวจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวันรุ่น โดยเฉพาะ เพื่อน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่ย การถูเพื่อนชักชวน การเห็นเพื่อนเสพยาเสพติด และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร่วมเสพยาเสพติดกับเพื่อนครั้งแรงที่โรงเรียน และมีบ้างที่เริ่มเสพในพื้นที่ชุมชน

4. ปัจจัยด้านจิตวิทยา การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตวิทยาส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาในองค์ประกอบของทัศนคติพบว่า แรงจุงใจของวัยรุ่นในการเสพยาเสพติด เพื่อต้องการความสุขที่ฤทธิ์ของยาเสพติด ความสนุกสนาน ทำงานได้เร็วขึ้น ผอมสวย อยากรู้อยากลอง ความคึกคะนองและความต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน และอีกสาเหตุคือความเครียด ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน คนรัก และมุงมองของคนรอบข้างที่มีต่อตนเอง เป็นต้น

อรอนงค์ หงส์ชุมแพ (2538) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการติดยาเสพติดไว้ว่า ประกอบด้วยสาเหตุสำคัญ 3 ประการคือ ตัวบุคคล ตัวยา และสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

สาเหตุจากตัวบุคคล ได้แก่

1. ด้านบุคลิกภาพ พวกติดยาเสพติดมักมีพื้นฐานเป็นผู้มีบุคลิกภาพผิดปกติ อ่อนแอต้องพึ่งยาตลอดเวลา หรือมีบุคลิกภาพเบี่ยงเบนก้าวร้าว ต่อต้านสังค

2. ด้านจิตใจ เคยเป็นโรคจิต โรคประสาทมาก่อน หรือใช้ยากล่อมประสาทเป็นประจำ

3. ด้านร่างกาย เคยเป็นโรคจิต โรคประสาทมาก่อน หรือใช้ยากล่อมประสาทเป็นประจำ

สาเหตุจากตัวยา ได้แก่

เกิดจากฤทธิ์ของตัวยาเสพติดซึ่งออกฤทธิ์ระงับความเจ็บปวดขณะเดียวกันก็ทำให้จิตใจอารมณ์สดใส เคลิบเคลิ้ม หลุดจากโลกแห่งความเป็นจริงที่เป็นทุกข์ ออกไปสู่โลกแห่งความฝันซึ่งเป็นสุขในระหว่างการออกฤทธิ์ของยาเสพติด ผู้ที่มีความทุกข์ในใจเป็นประจำต้องการหนีจากภาวะความเป็นจริง และหาทางออกด้วยการใช้ยาเสพติดทำให้ติดยา เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดเอง เมื่อใช้บ่อย ๆ จะเกิดการติดยาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อหยุดยาจะเกิดอาการขาดยา ทำให้ต้องใช้ยาเสพติดอีก

สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่

อยู่ใกล้ชิดกับยาเสพติด อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติดอยู่ในสังคมที่มีการขายยาเสพติดอย่างแพร่หลาย อยู่ในแหล่งชุมชนแออัดซึ่งมีการแพร่ระบาดของยาเสพติด หาซื้อง่าย ท้าให้วัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยอยากรู้อยากเห็น อยากลองในสิ่งที่ตนไม่เคยผ่านมาก่อน ถูกแนะนำชักชวนให้ลองใช้ บางครั้งก็มีความเชื่อผิด ๆ ว่ายามีฤทธิ์ทำให้ขยันสามารถทำงานได้มากขึ้น และเด็กที่มีปัญหาทางครอบครัวขาดความรักความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ก็เป็นเหตุให้ติดยาเสพติดให้โทษได้เช่นกัน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นติดยาเสพติด คือ

1) จากการถูกชักชวน การถูกชักชวนนี้อาจจะเกิดจากเพื่อนสนิทที่กำลังติดยาอยู่และอยากจะให้เพื่อนลองบ้าง ปัญหานี้มักจะเกิดกับเด็กที่มีปัญหาทางครอบครัวขาดความอบอุ่นใจแต่เอาเพื่อนเป็นที่พึ่งนอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในแหล่งที่มีการซื้อขายยาเสพติด ก็อาจจะได้รับการชักจูงคุณภาพของยาเสพติดว่าดีต่าง ๆ นานา เช่น อาจจะบอกว่าเมื่อเสพแล้วจะท้าให้ปลอดโปร่ง เหมาะแก่การเรียนการท้างาน การชักจูงดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ถูกชักจูงกำลังมึนเมาสุรา เที่ยวเตร่กันจึงทำให้เกิดการติดยาได้

2) จากการอยากทดลอง อยากรู้อย่างเห็น อยากจะรู้รสชาติ อยากสัมผัส เนื่องจากเห็นคนอื่นเสพและเห็นมีในโฆษณาต่าง ๆ ทำให้อยากรู้ว่ายาเสพติดชนิดนั้น ๆ มีรสชาติอย่างไร โดยคิดว่าคงจะไม่ติดง่าย ๆ แต่เมื่อทดลอง เสพเข้าไปแล้วมักจะติดเพราะยาเสพติดในปัจจุบัน เช่น เฮโรอีนจะติดง่ายมาก แม้เสพเพียงครั้งหรือสองครั้งก็จะติดแล้ว

3) จากการถูกหลอกลวง ยาเสพติดมีรูปแบบต่าง ๆ มากมาย เช่น ในรูปเครื่องดื่ม ทอฟฟี่อาหารต่าง ๆ ผู้ถูกหลอกลวงไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนได้กินเข้าไปนั้น เป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรงคิดว่าเป็นยาธรรมดาไม่มีพิษร้ายแรง อะไรก็ตามที่ผู้หลอกลวงแนะนำ ผลสุดท้ายกลายเป็นผู้ติดยาเสพติดในที่สุด

4) เหตุทางกาย ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ต้องถูกผ่าตัดหรือโรคปวดศีรษะ เป็นหืดเป็นโรคประสาทได้รับความทรมานทางกายมากผู้ป่วยต้องการบรรเทา พยายามช่วยตัวเองมานานแต่ก็ไม่หายจึงหันเข้าหายาเสพติดจนติดยาในที่สุด

5) จากความคึกคะนอง บุคคลประเภทนี้คิดว่าตัวเองเป็นคนเก่งอยากลองซึ่งรู้อยู่แก่ใจว่ายาเสพติดให้โทษเป็นสิ่งไม่ดีแต่ด้วยแต่ด้วยความคึกคะนองเป็นวัยรุ่นไม่เกรงกลัวอะไร ต้องการแสดงความเด่นอวดเพื่อนว่าข้านี้คือพระเอก ขาดความยั้งคิดจึงเสพและติดยาในที่สุด

6) จากสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่อาศัยแออัด เป็นแหล่งสลัมหรือเป็นแหล่งที่มีการเสพและค้ายาเสพติด ภาวะทางเศรษฐกิจบีบคั้นจิตใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือจิตใจผลักดันให้ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมดังกล่าว บางคนหันมาพึ่งยาเสพติดโดยคิดว่าจะช่วยให้ตนเองหลุดพ้นจากสภาพต่าง ๆ นั้นได้ (ศูนย์การต่อสู้เพื่อชนะยาเสพติด กรมสามัญศึกษา, 2546)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้คนติดยาเสพติดมี 3 ประการคือ ประการที่หนึ่ง สาเหตุจากตัวผู้เสพเอง ซึ่งอาจเกิดจากการที่เคยใช้ยาเพื่อรักษาโรคมาก่อน หรืออาจเกิดจากความอยากรู้อยากลอง ประการที่สอง สาเหตุจากตัวยาเสพติด เนื่องจากยาเสพติดมีฤทธิ์ในตัวของมันเองคือ ช่วยให้ผู้เสพลืมความเจ็บปวด ลืมความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บหรือสาเหตุอื่น และทำให้ผู้เสพมีความสุข เคลิบเคลิ้ม หลุดจากโลกแห่งความเป็นจริงที่เป็นทุกข์ ออกไปสู่โลกแห่งความฝัน ประการสุดท้าย สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้เสพยาเสพติดอยู่ในสถานที่ที่มีการเสพและค้ายาเสพติด ภาวะทางเศรษฐกิจบีบคั้น ซึ่งมีอิทธิพลเหนือจิตใจจึงทำให้ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมดังกล่าวหันมาพึ่งยาเสพติดเพราะคิดว่าจะช่วยให้หลุดพ้นจากสภาพต่างแวดล้อมดังกล่าวได้

2.1.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ติดยาเสพติด

ผู้เสพสารเสพติด จะมีลักษณะที่แสดงออกทางด้านร่างกายที่สังเกตุได้คือ ตาโรยขาดความกระปรี้กระเปร่า น้ำมูกไหล น้ำตาไหล ริมฝีปากเขียวคล่ำแห้งแตก เหงื่อออกมาก กลิ่นตัวแรง พูดจาไม่สัมพันธ์กับความจริง บริเวณแขนตามแนวเส้นโลหิต มีร่องรอยการเสพติดโดยการฉีดที่ท้องแบนมีรอยแผลเป็นโดยการกรีดด้วยของมีคมตามขวาง ใส่แว่นตากรองแสงเข้มเป็นประจำเพราะม่านตาขยายและเพื่อปิดนัยน์ตาสีแดงกำ่ มักสวมเสื้อแขนยาวปกปิดรอยฉีดยา บุคคลที่มีลักษณะดังกล่าว จะแสดงอาการเมื่อนชีวิตสุขสันต์ตลอดเวลา มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพยานั้นต่อไปอีกเรื่อย ๆ มีความโน้มที่จะเพิ่มปริมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ ถ้าถึงเวลาที่เกิดความต้องการแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการขาดยาหรืออยากยาโดยแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น หาวอาเจียน น้ำมูกน้ำตาไหล ทุรนทุราย คลุ้มคลั่ง ขาดสติ โมโหฉุนเฉียว ฯลฯ สิ่งเสพติดนั้นหากเสพอยู่เสมอ ๆ และเป็นเวลานาน จะส่งผลเสียทั้งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายซูบผอมมีโรคแทรกซ้อนและทำให้เกิดอาการทางโรคประสาทและจิตไม่ปกติ (ศูนย์การต่อสู้เพื่อชนะยาเสพติด กรมสามัญศึกษา, 2546)

2.1.3.1 การติดทางกาย เป็นการติดยาเสพติดที่ผู้เสพความต้องการเสพอย่างรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจเมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการผิดปกติอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเรียกว่า “อาการขาดยา” เช่น การติดฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เมื่อขาดยา จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หาว มีน้ำมูกน้ำตาไหล นอนไม่หลับ เจ็บปวดทั่วร่างกาย เป็นต้น

2.1.3.2 การติดยาทางใจ การติดยาเสพติดเพราะจิตใจเกิดความต้องการ หรือ เกิดการติดนิสัยหากไม่ได้เสพร่างกายก็จะไม่เกิดอาการผิดปกติหรือ ทุรนทุรายแต่อย่างใด จะมีบ้างครั้งก็เพียงเกิดอาการหงุดหงิดหรือกระวนกระวาย

สรุป ลักษณะโดยทั่วไปของผู้เสพยาเสพติด ในระยะแรกเริ่มมักจะไม่ปรากฏอาการทางร่างกายที่เด่นชัน แต่พฤติกรรมของผู้ที่ใช้ยาเสพติดจะเริ่มมีการแยกตัว ชอบอยู่คนเดียว หากเสพมาเป็นระยะเวลานาน ๆ จะมีร่างกายที่ซูบผอม ตาโรย ผิวคล้ำ ไม่กล้าสู้แสงแดด บางครั้งอาจมีอาการหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นอาการของโรคประสาทและจิตไม่ปกติ มีความก้าวราว ชุนเชียว

2.1.4 การป้องกันการติดยาเสพติด แบ่งออกได้เป็นหลายระดับซึ่งมีแนวทางในการดำเนินการป้องกันที่แตกต่างกันออกไป

2.1.4.1 การป้องกันป้องกันตนเอง ไม่ใช้ยาเสพติดทุกชนิดโดยเด็ดขาดเพราะสารเสพติดทุกชนิดมีคุณสมบัติที่ทำให้ร่างกายเกินอาการเสพติดได้ง่าย หากจำเป็นต้องได้รับฟทธิ์ของสารเสพติดเพื่อใช้ช่วยลดความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย หรือรักษาโรค ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์และใช้ตามที่แพทย์สั่งย่างเคร่งครัด

2.1.4.2 ป้องกันครอบครัว ควรสอดส่องดูแลเด็กและบุคคลในครอบครัวหรือที่อยู่รวมกันอย่าให้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ต้องคอยอบรมสั่งสอนให้รู้ถึงโทษและภัยของยาเสพติด หากมีผู้เสพยาเสพติด ในครอบครัวจงจัดการให้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล ให้หายเด็ดขาดการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มติดยาเสพติด มีโอกาสหายได้เร็วกว่าที่ปล่อยไว้นาน ๆ

2.1.4.3 ป้องกันเพื่อนบ้าน โดยช่วยชี้แจงให้เพื่อนบ้านเข้าใจถึงโทษและภัยของยาเสพติดโดยมิให้เพื่อนบ้านรู้เท่าไม่ถึงการณ์ต้องถูกหลอกลวงและหากพบว่า เพื่อนบ้านติดยาเสพติดแนะนำให้ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล

2.1.4.4 ป้องกันโดยความร่วมมือกับทางราชการ เมื่อทราบว่าบ้านใดในตำบลใดมียาเสพติดแพร่ระบาดขอให้แจ้ง เจ้าหน้าที่ตำรวจทุกแห่งทุกท้องที่ทราบ หรือศูนย์ปราบรามยาเสพติดให้โทษกรมตำรวจ และที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรี

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า วิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดทำได้โดยประการแรกต้องมีการป้องกันตนเอง กล่าวคือ มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเป็นการป้องกันในเบื้องต้นไม่ทดลองใช้ยาเสพติดทุกประเภท มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือครอบครัวควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดในการแก้ไขปัญหา ประการที่สอง ป้องกัน

ครอบครัว โดยจะต้องสร้างความรักความอบอุ่นในครอบครัว มีการปฏิบัติตามหน้าที่และบทบาทของตนเองอย่างถูกต้องครบถ้วน ประการสุดท้ายคือ การป้องกันชุมชน โดยการช่วยกันต่อต้านยาเสพติดและดำเนินการด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเข้าถึงสารเสพติด

2.1.5 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอมเฟตามีน

2.1.5.1 แอมเฟตามีน (amphetamine, amphetamine ย่อมาจาก alpha-methylphenethylamine) ความเป็นมา คือเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปี พ.ศ. 2518 ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฯ ฉบับที่ 135 ปี พ.ศ. 2539 กำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2539 ถูกกำหนดให้เป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2559 และเป็นยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำผิดยาเสพติด ตามประกาศกฎกระทรวงยุติธรรม พ.ศ. 2559 ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงกฎหมายโดยรวบรวมข้อกฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านยาเสพติดที่มีอยู่ทั้งหมดที่มีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยรวมเป็นพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 เมื่อประมวลกฎหมายยาเสพติดท้ายพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับแล้ว บทบัญญัติ แห่งกฎหมายใดอ้างถึงบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2554 หรือพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท พ.ศ. 2549 ให้ถือว่าบทบัญญัติแห่งกฎหมายนั้นอ้างถึงบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมาย ยาเสพติดท้ายพระราชบัญญัตินี้ในบทมาตราที่มีนัยเช่นเดียวกัน แอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมนิดๆ มีสูตรทางเคมีคือ C9H13N เป็นสารที่อยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulants) เป็นสารถูกสังเคราะห์ขึ้นมาในปี ค.ศ.1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ เอเดเลียโน (Edeleno) ในรูปของแอมเฟตามีนซัลเฟต (amphetamine sulphate) ต่อมาในปี ค.ศ.1888 นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็สามารถสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกตัวหนึ่งคือ เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้มากกว่า

2.1.5.2 เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine; MA) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า ยาบ้า เป็นอนุพันธ์หนึ่งของแอมเฟตามีน ซึ่งมีน้ำหนักโมเลกุลเท่ากับ 149.23 กรัม/โมล และจุดหลอมเหลวอยู่ในช่วง 170-175 องศาเซลเซียส เมทแอมเฟตามีนจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย มีผลทำให้มีอาการตื่นตัว ไม่ง่วงนอน ความคิดและอารมณ์แจ่มใส ทำงานได้มาก เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มือสั่น คลื่นไส้ ความดังโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น เหงื่อออกมากอารมณ์ฉุนเฉียว ผู้ที่ติดเมทแอมเฟตามีน จะมีอาการปวดศีรษะ

ปวดท้อง ง่วงนอน วิงเวียน อ่อนเพลียมากซึมเศร้า ความคิดสับสน หวาดระแวง ประสาทหลอน โดยคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายต้องหนีไปอยู่ในที่สูง ๆ หากใช้เมทแอมเฟตามีนเกินขนาด จะมีอาการใจสั่น ความดันโลหิตสูง หายใจไม่ออก มือสั่น หมดสติ หัวใจวาย จึงจัดว่าเมทแอมเฟตามันเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6-8 มิลลิเมตร ความหนาประมาณ 3 มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ 80-100 มิลลิกรัม มีสีต่างๆ กัน เช่น สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลืองและสีเขียว มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว รูปพระจันทร์เสี้ยว, 99 หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้อาจปรากฏบนเม็ดยาด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้านก็ได้

ประเภทของแอมเฟตามีนที่ระบาดในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ

- แอมเฟตามีน ซัลแฟต (amphetamine sulfate) ผลิตครั้งแวกรู้จักกันทั่วไปว่าเป็นยาครอบจักรวาล ผลิตโดยถูกต้องตามกฎหมาย สารนี้เมื่อเผาแล้ววจะไหม้

- เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ผลิตโดยนักเคมีชาวญี่ปุ่น เพื่อรักษาโรคหอบหืด คุณภาพดีกว่าแอมเฟตามีน ซัลเฟต ใช้เสพโดยการนัตถ์ทางจมูก สารนี้เผาไหม้ไม่ได้แต่ต้องใช้ความร้อนสูงถึง 300 - 400 องศาเซลเซียส

- เมทแอมแฟตามีน ไฮโดรซัลเฟต (methamphetamine hydrochloride) ต่างจากเมทแอมเฟตามีน ตรงที่มีจุดหลอมละลายต่ำ สารนี้เผาไหม้ได้โดยใช้อุณหภูมิไม่สูงนัก ปัจจุบันยาบ้าที่พบในประเทศไทยเกือบทั้งหมดมีสารชนิดนี้ผสมอยู่ ลักษณะเด่นของยาบ้าอีกลักษณะหนึ่งคือยาบ้าที่พบในปัจจุบันสามารถระเหิดได้ในอุณหภูมิห้องผู้ผลิตจึงมักเติมสารบางชนิด เช่น โลหะหนัก ยาฆ่าหญ้า และหรือฟอร์มาลีนลงไปในยาบ้า เพื่อให้ยาบ้ามีลักษณะเป็นเม็ดแข็งคงรูป ไม่แตกง่ายและทำให้เมื่อเผายาบ้าแล้วมีควันมากขึ้น ซึ่งผู้เสพเสพบางคนชอบยาบ้าในลักษณะนี้ เนื่องจากปัจจุบันผู้เสพยาบ้านิยมเสพยาบ้าโดยการสูดควัน

2.1.5.3 วิธีการเสพแอมเฟตามีน

1) การกิน เป็นวิธีการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน 15-60 นาที จะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 2-3 ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาจะลดลงอย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนมีกลไกในการขับตัวยาครึ่งหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุดอีกครึ่งหนึ่งของตัวยาจะขับภายในเวลา 4 ชั่วโมงต่อมา

2) การสูดดมไอ เป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจากการกิน เป็นการสุดดมไอระเหยทางรูจมูกโดยตัวยาจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน 1 นาที และการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลาสั้นๆ โดยมีอาการเมายา เรียกว่า "แห้ง"

3) การฉีดเข้าหลอดเลือด ส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับทำการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น และรุนแรงที่สุด

4) rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกัน มีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่าการกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอหรือการฉีด

2.1.5.4 อาการที่เกิดจากการเสพเมทแอมเฟตามีน

1) อาการเฉียบพลัน เป็นอาการพิษที่เกิดจากการเสพเมทแอมเฟตามีนอย่างเฉียบพลันทำให้มีอาการอยู่ไม่นิ่ง (restlessness) หงุดหงิด (Irritability) มือเท้าสั่น (tremor) สับสน (confusion) พูดมากวิตกและอารมณ์แปรปรวน (liability of mood) และอาการที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลายคือ ปวดศีรษะหนาวสั่น อาเจียน ปากแห้ง เป็นต้น (ธนูรัตน์ พุทธชาด และคณะ, 2554)

2) อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีใช้ยาขนาดไม่มากมีจะผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก โดยจะทำให้ไม่รู้สึกหิว ทำให้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาทให้ร่างกายนอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการดื้อยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าใช้ไปนาน ๆ ทำให้เกิดการติดเข้าทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้องการยาอยู่เรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันที จะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ยาในขนาดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานฤดูถอย นอนหลับคล้ายคนหมดสติ เกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวายหิวอาหารอย่างรุนแรง ในระยะ 3-4 วัน หลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้าจนอาจถึงคลุ้มคลั่งทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้ อาการถอนยา (withdrawal symptoms) มักเกิดกับผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนในขนาดที่สูงเป็นเวลานานจะทำให้หลับนาน (hypersomnia) มีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะรุนแรงสุดในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังหยุดยาและคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย (ธนูรัตน์ พุทธชาด และคณะ, 2554)

3) พิษจากการได้รับยาเกินขนาด จะเกิดการกระตุ้นอะดูรีเนอร์จิก ทำให้ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็วความดันโลหิตสูง และมักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง วิตก เพ้อคลั่ง หากใช้ยาในขนาดที่สูงจะทำให้ชักกระตุก หลอดเลือดหัวใจตีบ

2.1.5.5 ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง แอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ให้ครึกครื้น นเริง เป็นสุข ไม่เหนื่อย เมื่อใช้ในปริมาณสูงทำให้เกิดอาการมึนงง ปวดศีรษะและอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (panic) และภาวะโรคจิตได้

2) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจสั่นและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ

3) ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและจังหวะหายใจไม่ปกติ

4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว

5) ผลต่อจิตใจ เมื่อเสพเป็นระยะเวลานานหรือใช้เป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้เสพมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ กลายเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น เกิดอาการหวาดหวั่น หวาดกลัว ประสาทหลอน ซึ่งโรคนี้หากเกิดขึ้นแล้วอาการจะคงอยู่ตลอดไป แม้ในช่วงเวลาที่ไม่ได้เสพยาก็ตามผลต่อพฤติกรรม จะทำให้เกิดอาการพูดมาก ก้าวร้าว ย้ำคิดย้ำทำ เมื่อร่างกายกระตุ้นให้ใช้พลังงานมากจะรู้สึกไม่ง่วงและตื่นตัวตลอดเวลา เมื่อยาหมดฤทธิ์จะทำให้รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย เมื่อใช้เป็นเวลานานทำให้ร่างกายทรุดโทรมและเป็นโรคได้ง่าย

2.1.5.6 อาการสำคัญจากการเสพยาเสพติด

อาการของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน จะมีความสัมพันธ์กันกับปริมาณสารที่ใช้ วิธีการเสพ (กิตติรัตนไพบูลย์, 2556) โดยแบ่งออกได้ ดังนี้

1) อาการเมายา (intoxication symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากการเสพสาร โดยจะทำให้เกิดอาการทางร่างกายจากฤทธิ์กระตุ้น ประสาทของสาร เช่น ใจสั่น ตัวร้อน หายใจถี่ เจ็บหน้าอก ปวดหัว อาการทางด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ไวต่อสิ่งเร้า หวาดระแวง ในผู้เสพบางรายอาจมีอาการผิดปกติทางอารมณ์เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเดียวดีเดียวร้ายและเกิดอาการที่คล้ายกับโรค temporal lope epilepsy เช่น ประสาทหลอนในการดมกลิ่น หมกมุ่นกับเรื่องความคิดเชิงปรัชญา โดยปกติอาการที่เกิดขึ้นจะหมดไปภายใน 2-3 วันหลังหยุดเสพ

2) อาการถอนยา (withdrawal symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดีหรือลดการเสพสารลง มักพบในผู้เสพสารในปริมาณมากเป็นระยะเวลานานโดยมักจะมีลักษณะอาการตรงกันข้ามกับอาการเมายา เช่น หลับมาก (hypersomnia) อ่อนเพลีย ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด โดยจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันหลังหยุดเสพสารอาจรุนแรงมากจนผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้โดยทั่ว ไป อาการในภาวะถอนพิษแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

(1) ระยะหยุดยาทันที (crash phase) ระยะเริ่มแรกจะมีอาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่ายโดยที่ผู้เสพส่วนใหญ่จะยังไม่ค่อยสังเกตเห็น จะเกิดขึ้นได้นานหลายชั่วโมงหรือหลายวัน

(2) ระยะถอนยา (withdrawal phase) เกิดในช่วง 1-10 สัปดาห์หลังหยุดเสพ อาจพบอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับหิวมาก ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย หายใจไม่สะดวก อยากเสพยา ซึมเศร้าไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไรอาจมีอาการโรคจิตร่วม

(3) ระยะสงบ (extinction phase) เป็นช่วงหลังจากหยุดเสพ 10-28 สัปดาห์ อารมณ์และนิสัยทั่วไปจะดีขึ้น อาการอื่นๆ เช่น ระบบการนอน การสูญเสียความจำ ความคิด สับสน อาการหวาดระแวงความผิดปกติทางการรับรู้อาจยังคงอยู่ประมาณ 6-12 เดือน

3) อาการเสพติดเรื้อรัง (chronic use) อาการผิดปกติในแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับปริมาณของสารและวิธีการเสพ โดยการใช้สารในปริมาณน้อย ยังไม่มีอาการดื้อยา จะยังคงนอนหลับได้เป็นปกติแต่ในกรณีผู้เสพที่ใช้สารในปริมาณที่สูงและเป็นเวลานานอาการที่ปรากฏนอกจากอาการของการเมายา มักพบว่ามีความเสื่อมถอยของสมอง สมรรถภาพร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงาน การเข้าสังคม มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความอยากใช้สารอยู่เสมอในผู้เสพบางรายอาจมีอาการผิดปกติทางจิต เช่น ความคิดหวาดระแวง แยกตัวออกจากสังคมร่วมด้วย

2.1.6 ทฤษฎีเกี่ยวกับการติดยาเสพติด

2.1.6.1.ทฤษฎีการติดยาแบบ "ชีวะ จิตตะ สังคม" (bio-psycho-social model of addiction) มีองค์ประกอบดังนี้

1) ทางชีวะ (biological) ได้แก่สาเหตุทางพันธุกรรม, constitutional, neurochemical, ทางสื่อเคมี, neuroadaptation ถ้าสิ่งเหล่านี้บกพร่องก็จะมีความเปราะบาง หรือความอ่อนแอทางกรรมพันทางธรรมชาติ ที่นำสู่ความเสี่ยงสูงต่อการลองยาและการติดยา ยาบางตัวมีฤทธิ์แรงทำให้สื่อเคมีออกมามากเป็นปัจจัยทำให้ติดง่าย ปัจจัยทางชีวะนี้มีอิทธิพลต่อการติดยาประมาณ 40-50 เปอร์เซ็นต์

2) ทางจิตตะ (psychological) ได้แก่ ระบบจิตใจ บุคลิก นิสัย ความสามารถในทางการปรับตัว ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการตัดสินใจ และทักษะในการหาความสุข ลดความทุกข์ตามวิถีทางธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ได้มาจากการอบรม ฝึกฝนและเลี้ยงดูตั้งแต่เด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยนี้จะนำไปสู่การลองยาและติดยาในที่สุด

3) ทางสังคม (social) ได้แก่ อิทธิพลทางพี่น้อง เพื่อนฝูง พรรคพวก โรงเรียน ท้องถิ่นชุมชน ปัจจัยนี้จะนำไปสู่การลองยาและติดยาในที่สุดทั้งสามปัจจัยนี้จะส่งผลเกี่ยวข้องกัน สามารถสร้างปัจจัยทางบวก และลดปัจจัยทางลบ เพื่อลดอิทธิพลปัจจัยทางกรรมพันธุ์ได้ ถ้าไม่มีการลองยาจะไม่มีการติดยาปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดยา (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545)

2.1.6.2.จากหลักการระบาดวิทยา

1) agent คือ ยาและฤทธิ์ของยา การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยาและการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดกล่าวจะเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกกันว่าความรุนแรงของอาการอาจมากจนทนไม่ได้ต้องพยายามหายา หรือสารเสพติดดังกล่าวมาเสพเพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายทำงานได้ในระบบเดิม จากการศึกษาพบว่าสารหรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทมีโอกาสเสพติดได้ทั้งสิ้น

2) host คือ ตัวผู้เสพ มีหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้อง สภาพร่างกาย พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยติดเนื่องจากทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษารักษา เช่น การใช้ฝิ่นเป็นยาระงับความเจ็บปวด แพทย์ใช้มอร์ฟินแก้ปวดในผู้ป่วยเนื้องอก กระดูกหัก หรือหลังการผ่าตัด เป็นสาเหตุนำไปสู่การเสพติดได้

2.1.6.3 การเสพซ้ำและการป้องกันการเสพซ้ำ

ความหมายของการเสพซ้ำ เช็ง (chien, 1985 อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรธนะ, 2545) ได้ให้ความหมายของการเสพซ้ำว่า หมายถึงการที่ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้จะเลิกยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำมีความหมายหลายอย่าง ในแง่ของความรุนแรงที่มีตั้งแต่ขนาดหนักขึ้น คือ การกลับไปเสพเป็นครั้งคราว ประเภทพลาดชั่วคราว และการกลับไปติดซ้ำอีกครั้งที่ เรียกว่าเสพซ้ำ

เดนนิส ซี. เดลีย์ (dennis c. deley, 1998 อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2547) ได้ให้ความหมายของการติดยาเสพติดซ้ำไว้ว่า หมายถึงการติดยาเสพติดซึ่งเป็นเหตุการณ์ของการใช้ยาเสพติดและเป็นกระบวนการของการถอยหลังไปสู่พฤติกรรมหรือทัศนคติที่เบี่ยงเบนนำไปสู่การใช้ยาเสพติดในระยะที่สามารถถอดยาได้แล้ว

เทอเรนซ์ ที กอร์สกี้ (terence t gorski, 1989 อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2547) ได้อธิบายการติดซ้ำมีความหมายมากกว่าการกลับมาใช้ยาเสพติดหรือแลกอฮอล์ แต่เป็นกระบวนการของการฟื้นสภาพที่ผิดระบบจนทำให้ผู้เลิกยาเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นทางเลือกที่มีเหตุผลในการที่จะรักษาตนเองกล่าวโดยสรุป การใช้ยาเสพติดซ้ำ (relapse) จึงหมายถึง พฤติกรรมการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดหรือผู้ที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดมาได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยพฤติกรรมการกลับไปติดซ้ำสามารถนำไปสู่การติดเรื้อรังได้อย่างเคย (chronic relapse) ซึ่งส่งผลให้การใช้ชีวิตของบุคคลมีการเบี่ยงเบนไปจากปกติ จากการศึกษาพบว่า หลังการรักษาแล้วผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสามสามารถเลิกยาเสพติดได้อีกหนึ่งในสามจะกลับใช้ยาเสพติดซ้ำในช่วงสั้น และรักษาหายในที่สุด และอีกหนึ่งในสามจะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอย่างเรื้อรัง (chronic relapse) โดยการกลับไปเสพซ้ำเริ่มจากการที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากวิถีชีวิตของคนปกติ และจบลงด้วยการกลับไปใช้ยาเสพติด ซึ่งอาจเป็นยา

เสพติดตัวเติมหรือเปลี่ยนชนิดไปก็ได้กระบวนการติดซ้ำเปรียบเสมือนกับการล้มของแถวโดมิโน เมื่อโดมิโนตัวแรกกระทบตัวที่สองก็จะไปกระทบตัวที่สามต่อ จากนั้นปฏิกิริยาลูกโซ่ก็จะเริ่มขึ้นต่อกันไปเรื่อย ๆ กระบวนการติดซ้ำ สามารถแบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- เกิดการติดขัดในการฟื้นสภาพ
- ปฏิเสธว่าตนเองติดขัดในการฟื้นสภาพ
- ใช้พฤติกรรมอื่น ๆ มากลบเกลื่อนความรู้สึก
- ประสบกับเหตุกระตุ้นจนไม่สามารถควบคุมารมณ์ได้
- เกิดปัญหาภายในจิตใจ
- เกิดปัญหาพฤติกรรมภายนอก
- ขาดการควบคุม
- มีความคิดแบบผู้เสพติด
- กลับไปสู่กลุ่ม สถานที่ หรือสิ่งที่ทำให้เสพติด
- ไม่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดมากเกินไป

ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าสาเหตุของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหลายปัจจัยร่วมส่งเสริมกันทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีกครั้ง

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor)

2. ปัจจัยด้านกายภาพ (physiological factors) เช่น อาการอยากยา (craving) ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากอาการขาดยา (withdrawal) เป็นผลมาจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท dopamine บริเวณ mesolimbic system อยู่เป็นเวลานานหลังจากหยุดยา

- การขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพ (lack of proper motivation)
- การขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยา (lack of coping skill to deal with high-risk situation)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

มีแหล่งยาอยู่ในชุมชน (availability of drug) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม (negative environment condition) เมื่อบุคคลผ่านการรักษาแล้วถ้าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ โดยเฉพาะปัญหาภายในครอบครัวที่จะต้องมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการที่จะร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยทั่วไประยะการเริ่มติดยาเสพติดซ้ำ มี 4 ระยะ คือ

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ ผู้ฟื้นสภาพจากการติดยา (recovery person) เริ่มปล่อยตัวตามสบาย ตามความพอใจ และหยุดโปรแกรมการฟื้นสภาพ เช่น เริ่มมีวิถีชีวิตในทางลบ ไม่อดทนกับสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการเลิกยา

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ผู้ฟื้นสภาพมีทัศนคติ ค่านิยม กระบวนการคิดในเรื่องการติดซ้ำ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กระบวนการ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยเอง และบุคคลที่ฟื้นสภาพจะหันกลับไปใช้รูปแบบความคิดเก่า ๆ นั้น เช่น คิดว่าน่าจะลองใช้ยาเสพติดอีก เพราะสามารถหยุดมาได้ระยะหนึ่งแล้ว คิดว่าสามารถใช้สารตัวอื่นทดแทนได้ เช่น ดื่มสุรา

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก ผู้ฟื้นสภาพเริ่มที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางที่ผิดเช่น อารมณ์เสียบ่อย ๆ

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ผู้อื่นสามารถสังเกตกระบวนการคิดของผู้ติดยาเสพติดได้จากการตอบสนองของเขา ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการแสดงออกปฏิกิริยาการตอบสนองกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของผู้ฟื้นสภาพ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ใช้ยา สถานที่และกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับยาเสพติด เช่น ไปมาหาสู่กับกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติดนอกจากนี้ยังได้อธิบายต่อไปอีกว่าการติดซ้ำอาจมีอิทธิพลโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์บางอย่าง

- มีความตั้งใจในการหยุดใช้ยาน้อยลง ผู้เสพยาตัดสินใจที่จะหยุดใช้ยาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง เช่น สุขภาพไม่ดีมีปัญหาครอบครัวปัญหาการเงิน และปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจะเริ่มลืมปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการใช้ยาเสพติด ความทรงจำเกี่ยวกับช่วงเวลาเมื่อได้เสพยาจะกลับเข้ามามีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงการรับรู้องผู้ป่วยให้มีความตั้งใจในการหยุดยาน้อยลงอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง

- การอยู่ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมเหมือนเมื่อเคยใช้ยาในอดีตจะทำให้เขาระลึกถึงเรื่องของยาเสพติด และจะแสดงออกถึงพฤติกรรมของการกลับไปใช้ยา เช่น การพบกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยา การไปวนเวียนอยู่ในสถานที่ที่เคยใช้ยา ผู้เสพยาจะรู้สึกจิตใจไม่เข้มแข็งและมั่นคงกับสถานการณ์เสี่ยงลักษณะนี้

- อยู่ในภาวะอารมณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเป็นความรู้สึกของผู้เสพยาต่อการใช้ยาในอดีต เช่น ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ความรู้สึกโกรธ ความไม่สมหวัง ความรู้สึกกดดัน ความรู้สึกเหงา ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้มีโอกาสหันกลับไปสู่พฤติกรรมการใช้ยามีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

- การที่ผู้เสพยาต้องเผชิญหน้ากับบุคคลอื่น ทั้งจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานในสถานการณ์ที่ขัดแย้งกันทำให้เกิดความตึงเครียด และความรู้สึกที่ไม่ดี

- แรงผลักดันทางสังคมการที่ผู้เสพมีสัมพันธภาพกับเพื่อนผู้ใช้ยา ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและการที่ต้องการให้เพื่อนยอมรับตน ก็เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้กลับไปเสพซ้ำได้คือง

นั้นในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำ ไม่เพียงแต่การสนับสนุนให้บำบัดรักษาฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น จำเป็นต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้เข้าร่วมกลุ่มประคับประคองทางสังคม เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรู้จักใช้เวลาอย่างเหมาะสมและเป็นการตอกย้ำถึงความตั้งใจและกระตุ้นเตือนให้สมาชิกเลิกยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม และเป็นการตอกย้ำถึงความตั้งใจและกระตุ้นเตือนให้สมาชิกเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร ซึ่งการทำกิจกรรมกลุ่มประดับประคองในระยะติดตามผลนี้จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข

2.1.6.4 การให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

รูปแบบของหลักการให้ความช่วยเหลือเพื่อการป้องกันการเสพซ้ำ และการลดพฤติกรรมเสพซ้ำ วิธีการให้ความช่วยเหลือผู้จะเลิกยาเสพติดให้มีชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด พบว่าระยะที่เหมาะสมที่จะให้การช่วยเหลือน่าจะอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพ รูปแบบที่นิยมใช้มีหลักการที่จะกล่าวถึง ดังต่อไปนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรธนะ, 2545: 88-89)

1. การเข้าใจกระบวนการเสพซ้ำ การสอนให้ผู้เลิกยาเสพติดสามารถเข้าใจสิ่งเร้า/ตัวกระตุ้นสัญญาณนำไปสู่การใช้ยาเสพติดของตนเองทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งอาจจะต้องมีการฝึกฝน บันทึก วางแผนจัดการกับสิ่งเหล่านี้อย่างเป็นรูปธรรม

2. การระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำได้ ผู้เลิกยาเสพติดต้องได้รับการฝึกฝนให้ตรวจสอบ ค้นหาและระบุภาวะที่จะทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้ยา หรืออาจต้องจัดทำรายการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ออกมาศึกษาอย่างจริงจัง เพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงในการกลับไปใช้ยาเสพติดอีก

3. การบริหารจัดการกับความอยากยาอย่างรุนแรง และสามารถระบุได้ว่าแรงผลักดันนั้นคืออะไร ผู้เลิกยาจะได้รับการฝึกฝนเรียนรู้การสืบค้นเร่งผลักดันทั้งทางสรีระ จิตใจ และลักษณะอาการที่ต้องใช้ยาอย่างเต็มที่ทุกประการให้มากที่สุด ทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน

4. การระบุภาวะกดดันจากสังคม และการฝึกฝนการบริหารจัดการกับภาวะนั้น ๆ เป็นการให้ผู้เลิกยาได้เข้าใจภาวะทางสังคมที่เป็นส่วนผลักดัน หรือเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก รวมทั้งมีผลต่อความก้าวหน้าในระยะฟื้นฟูสภาพด้วยเช่นเดียวกัน

5. ความเบื่อ การที่ผู้เลิกยาต้องใช้ระยะเวลาในการเลิกยาที่ยาวนาน บ่อยครั้งจึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและความเบื่อหน่ายก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำ ดังนั้น ควรมีการวางแผนการใช้ชีวิตการพักผ่อนในทางสร้างสรรค์ เพื่อลดความเบื่อนั้น ๆ

6. การจัดการกับความเครียดความโกรธ เท่าที่พบผู้ติดยาเสพติดมักมีภาวะอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย เก็บกด ไม่รับรู้ภาวะอารมณ์ของตนเอง โดยเฉพาะอารมณ์โกรรและเครียด ซึ่งทั้ง 2 อารมณ์ก็เป็นส่วนหนึ่งที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดได้ ดังนั้น จึงควรให้ผู้เลิกยาได้ทำความเข้าใจ

ในอารมณ์ทั้ง 2 แบบเพื่อให้รู้จักการผ่อนคลายเมื่อเกิดภาวะอารมณ์นั้น ๆ ขึ้นมา และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

7. การช่วยเหลือเมื่อผู้ติดยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำ ผู้เลิกยาเสพติดที่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำถือเป็นเรื่องธรรมดาในหมู่ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้เลิกยาเสพติดทุกคนจึงควรเตรียมตัวรับกับสถานการณ์ต่าง 1 เหล่านี้ไว้เป็นอย่างดีเปรียบเสมือนการเตรียมตัวเมื่อต้องออกรบเผชิญศึกที่นักต่อสู้ต้องมีการวางแผนในทางกลยุทธ์ทางศึกไว้เป็นอย่างดี ไม่ผลีผลามหรือพลาดพลั้งในการต่อสู้นั้น ผู้เลิกยาเสพติดก็เป็นเช่นเดียวกัน ต้องมีการวางแผนการใช้ชีวิตที่เหมาะสม ต้องรู้จักการวางตนให้เหมาะสม จัดตารางเวลาการใช้ชีวิตของตนเองได้ ก็จะสามารถป้องกันตนเองติดซ้ำได้ หากในกรณีที่กลับไปเสพแล้ว ก็ควรจะดึงตนเองไม่ให้จมดิ่งไปกับการใช้ยานั้นกว่าปัจจุบัน ควรจะมีการดึงตนเองออกจากบ่อของวังวนนั้นให้รวดเร็วที่สุด และต้องทำการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ ด้วย

8. การวางแผ่นระยะยาวในการงดเสพยาเสพติด ผู้เลิกยาต้องมีความมั่นใจ และความทุ่มเทรวมทั้งความรับผิดชอบต่อการฟื้นสภาพของตนเองในระยะยาว เป็นต้นว่า การเข้ามาร่วมกิจกรรม การให้คำปรึกษา การเข้าร่วมประชุมกลุ่มช่วยกันเอง กลุ่มประคับประคองทางสังคม ผู้เลิกยาเสพติดอาจเขียนรายการทรัพยากรที่ตนนำมาใช้พัฒนาคุณภาพของตนเอง หรือมีการจัดกิจวัตรประจำวันให้อยู่อย่างปลอดภัยจากตัวเสพซ้ำ เป็นต้น

2.2 กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด

2.2.1 ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด หมายถึง กระบวนการขั้นตอน ในการรักษาผู้ใช้สารเสพติดให้หายขากการติดสารเสพติดทั้งกายใจ (สุวิทย์ เศวตสุนทร., 2536) โดยกระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯผู้ใช่สารเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระบบ

1) ระบบสมัครใจ (voluntary system) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ใช้สารเสพติดที่ต้องการหรือมีความประสงค์ที่จะเลิกยุงเกี่ยวกับยาเสพติดได้ แสดงตัวเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยตนเอง ไม่ถือเป็นความผิดทางกฎหมาย โดยลักษณะการบำบัดรักษาและฟื้นฟูมีทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

2) ระบบต้องโทษ (convicted system) คือ ระบบที่ผู้ใช้สารเสพติดมีการกระทำความผิดและถูกดำเนินคดี / พิจารณาพิพากษาตามกระบวนการยุติธรรม ให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับที่กฎหมายกำหนด โดยเรือนจำหรือทัณฑสถานอาจจัดให้มีการบำบัดรักษาฟื้นฟูฯ ภายในเรือนจำ ในกรณีผู้รับการบำบัดรักษาเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี อาจจัดให้มีการบำบัดรักษาภายในสถานพินิจ

3) ระบบบังคับบำบัด (compulsory system) คือการใช้กฎหมายบังคับให้ผู้เสพสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

ในขั้นตอนการบำบัดรักษาในแต่ละระบบจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยสามารถสรุปขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (pre-admission) เป็นการศึกษาประวัติของผู้ป่วยทั้งจากการตรวจประเมินทางการแพทย์ และการสัมภาษณ์ / ซักถามผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษา

2. ขั้นถอนพิษยา (detoxification) เป็นขั้นตอนการรักษาอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละรายการบำบัดใน ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามารับการบำบัดรักษาแบบนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาและมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการรวมถึงมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพตามกำหนด

2.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยจะได้รับการถอนพิษสารเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงมีการให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเสพสารเสพติดให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสงคมได้อย่างปกติ

4. ขั้นติดตามหลังรักษา (after-care) เป็นการติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอน ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดมาพบที่สถานพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษา ให้กำลังใจให้มเป้าหมายและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

2.2.2 รูปแบบการบำบัดผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด

2.2.2.1 การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยใช้สารเสพติด ทั้งที่เข้ารับการรักษาในรูปแบบของผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก รวมถึงผู้ป่วยใช้สารเสพติด ที่อยู่ในสถานพักฟื้นต่าง ๆ (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และคณะ, 2542) การทำกลุ่มบำบัดมีหลายรูปแบบขึ้นกับโครงสร้างของการจัดกลุ่มเป้าหมายของกลุ่ม ลักษณะของผู้ทำกลุ่ม และลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่

1) กลุ่มกิจกรรม (activity groups) เป็นกลุ่มที่มเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นส่งเสริมทักษะทางสังคม และป้องกันการถดถอยของผู้ป่วย มักเป็นกิจกรรมอย่างง่ายที่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจให้กับผู้ป่วยได้เมื่อทำ สำเร็จ

2) กลุ่มให้ความรู้ (educational groups) เป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (therapeutic groups) เป็นกลุ่มที่มเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึก เพิ่มีทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

4) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help groups) เป็นกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา เกิดความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

บทบาทหน้าที่พื้นฐานของผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (ปราโมทย์ เชาวศิลป์และคณะ, 2542) ประกอบด้วย

1) การสร้างและคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่

2) การสร้างวัตถุประสงค์ / เป้าหมายของกลุ่ม โดยควรเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากที่สุดเพื่อให้สมาชิกรู้สึกถึงความสำคัญและมีความรู้สึกว่า เป็นเจ้าของกลุ่ม

3) การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการทำ กลุ่มอยู่ที่ประมาณ 8-12 คน

4) การกำหนดการพบปะกันของสมาชิก ซึ่งความถี่ที่เหมาะสมในการนัดพบเพื่อทำกลุ่มคือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที่เนื่องจากหากใช้เวลาในการพบปะกัน น้อยเกินไปอาจทำให้การอภิปรายไม่ทั่ว ถึงในแต่ละประเด็นปัญหาแต่หากใช้เวลายาวนานเกินไปจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งกับ สมาชิกและผู้นำกลุ่ม

5) การสร้างข้อ ตกลงในกลุ่ม โดยนอกจากผู้นำกลุ่มจะต้องบอกรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการทำกลุ่ม เช่น วัตถุประสงค์ประโยชน์ที่คาดว่า จะได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มยังต้องมีการทำ ข้อ ตกลงร่วมกัน ในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจถึงบทบาทของตนเองอย่างถูกต้อง

6) การคงไว้ซึ้งความเป็นกลุ่ม โดยการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัยเอื้อต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์กัน ในกลุ่ม พยายามลดความวิตกกังวลของสมาชิก และคอยกระตุ้น ให้กลุ่มกลับสู่เป้าหมายในกรณีที่สมาชิกเริ่มหลงประเด็น รวมถึงการสนับสนุน ให้กำลังใจหรือปกป้องสมาชิกที่อาจตกเป็นแพะรับบาปของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม

7) การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่สมาชิกทุกคนต้องปฏิบัติตามทั้งในรูปแบบที่เป็นกฎที่ได้ตกลงร่วมกันอย่างชัดเจนเช่น จะเริ่มกลุ่ม / เลิกกลุ่มเวลาใด เป็น

ต้น และรูปแบบที่ไม่ได้พูดออกมาเป็นกฎ แต่สมาชิกสามารถเข้าใจได้องจากการเรียนรู้เช่น การเงียบระหว่างที่สมาชิกคนอื่นกำลังพูดหรือการแสดงความคิดเห็นเมือสมาชิกคนอื่นต้องการฟังความคิดเห็นเป็นต้น

8) การกระตุ้น ให้ส มาชิกอยู่กับปัจจุบันโดยผู้นำกลุ่มจะชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมที่แสดงออกของสมาชิกในขณะนั้นได้รับการตอบสนองจากสมาชิกคนอื่นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่และช่วยแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมให้เหมาะสมร่วมกัน

2.2.2.2 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติดให้มีความสอดคล้องกับ สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันโดยประยุกต์ใช้ 4 แนวคิดเป็นองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ครอบครัว(family; F) กิจกรรมทางเลือก (alternative activity treatment; A) การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (self-help ; S) และชุมชนบำบัด (therapeutic community; T) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตาม 4 แนวคิดหลักข้างต้น เป็นระเวลา 4-6 เดือน ได้แก่

1. ครอบครัว (family; F) คือการนำ ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูรวมถึงร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถาบันฯ เช่น

1) กิจกรรมการให้ความรู้ครอบครัว (family education) เป็นการให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ กับครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่

(1) ความรู้เกี่ยวกับครอบครัวเช่น ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัวธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกัน เป็นต้น

(2) ความรู้เกี่ยวกับการติดสารเสพติด เช่น โรคสมองติดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูระเบียบปฏิบัติการเสพติดซ้ำ เป็นต้น

2) กิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) เป็นกิจกรรมรับฟัง / ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3) กิจกรรมครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ครอบครัวศึกษา เป็นต้น

2. กิจกรรมทางเลือก (alternative activity treatment; A) คือการจัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูที่มีความเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เช่น

- กิจกรรมชมรมที่ฉันชอบ
- กิจกรรมฝึกการคลายความเครียด
- กิจกรรมการบำบัดด้วยยา (เมื่อมีอาการเจ็บ ป่วยทางกาย)
- กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

- กิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญ ประโยชน์
- กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย
- กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

3. กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (self-help; S) คือนำกระบวนการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง มีความฉลาดทางอารมณ์และปรับเปลี่ยนตนเองให้อยู่ในสงคมได้โดยไม่พึ่งพาสารเสพติด เช่น

1) การบันทึกประจำวัน เพื่อเป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัวเพื่อทบทวนว่า ในแต่ละวันทำอะไรดีหรือไม่ดีบ้าง สิ่งใดควรปรับปรุงและได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติม

2) การสำรวจตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับต้นเองรวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

3) การตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อฝึกทักษะในการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

4) ทักษะการปฏิเสธ เพื่อฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น เมื่อถูกชักชวนให้กลับไปใช้สารเสพติด

5) ทักษะการควบคุมตนเองเป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแก่ผู้อื่นได้รวมถึงสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์

6) ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และเตือนตนเองรวมถึงให้กำลังใจทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้

7) ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการฝึกการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

8) ทักษะการสื่อสาร เป็นการฝึกการสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจด้วยการพูดหรือท่าทางต่าง ๆ รวมถึงสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้

9) การสร้างวินัยให้ตนเอง

4. กระบวนการชุมชนบำบัด (therapeutic community; T) คือการดำเนินกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและแนวคิดของผู้ป่วยจากการที่ต้องช่วยเหลือตนเองลำพังเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน เช่น

1) การดำเนินงานในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัด (work therapy)

2) กิจกรรมงานบำบัด (work therapy) เป็นการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติงานต่าง ๆ เช่น งานเกษตร เลี้ยงสัตว์งานครัวงานประชาสมพันธ์งานธุรการ เป็นต้น

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (re-shape behavior) เป็นกิจกรรมที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

สรุปกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด นั้นสามารถแบ่งเป็นขั้นตอนการดำเนินงาน ได้ดังนี้ ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (pre-admission) ซึ่งจะเป็นการเตรียมผู้ป่วย เตรียมร่างกาย เตรียมจิตใจ ประเมินสภาพร่างกาย สัมภาษณ์แรงจูงใจในการรับการรักษาของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นถอนพิษยา (detoxification) เป็นขั้นตอนการรักษาอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดในขณะนั้น โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละรายการบำบัดใน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้ามารับการบำบัดรักษาแบบนอนค้างคืนในสถานพยาบาลสามารถเดินทางมารับบริการและกลับบ้านได้ภายในวันที่มารับบริการซึ่งจะใช้รูปแบบนี้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับการประเมินว่าเป็น ผู้ใช้ หรือผู้เสพที่มีความตั้งใจจะเลิกและครอบครัวมีความพริ้มในการดูแล แต่ผู้ป่วยต้องมารับยาและมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการรวมถึงมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพตามกำหนดทุกครั้ง

2. การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยจะได้รับการถอนพิษสารเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงมีการให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในนี้กับกลุ่มผู้ใช่สารเสพติดที่รับการประเมินว่าเป็นผู้ติดสารเสพติด หรือกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่ประสงค์จะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเสพสารเสพติดให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสงคมได้อย่างปกติ ซึ่งในขั้นตอนการฟื้นฟูจะมีรูปแบบการดำเนินการที่หลากหลายโดยมุ่งหวังไม่ใช่เพียงเพื่อรักษาและฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพียงเท่านั้น หากแต่ยังเป็นการรักษาจิตใจและสภาพแดวล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และบริบทรอบๆ ตัวผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ และขั้นของการติดตามอาการ ซึ่งเป็นติดตามผู้ป่วยหลังเข้าบำบัดครบตามที่โปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูกำหนด

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

วิลเลียม เออร์วิน (William Erwin, 1976, อ้างถึงใน ปรีดา เจษฎาวรางกุล, 2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเองเน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันกับประชาชนใช้

ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชนแก้ไขร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์การและเจ้าที่ที่เกี่ยวข้อง

โคเฮนและอัพฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน ธนวัฒน์ คำลีลานนท์, 2550) กล่าวว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่างๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

เจมส์.แอล.เครตัน (James L. Creighton, 2005 อ้างถึงใน ธนวัฒน์ คำลีลานนท์, 2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือกระบวนการที่ความกังวล ความต้องการ และคุณค่าของประชาชน ได้รับการบูรณาการในกระบวนการตัดสินใจของภาครัฐ ผ่านกระบวนการสื่อสารแบบสองทาง มีเป้าหมายโดยรวมเพื่อที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน” นอกจากนี้ผู้เขียนยังอภิปรายเพิ่มเติมถึงประเด็นว่าจริงหรือไม่ว่าการมีส่วนร่วมนั้นจะหมายถึงการที่ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นก่อนการตัดสินใจจะเกิดขึ้น หรือหมายความว่าผู้มีอำนาจตัดสินใจจะสามารถตัดสินใจใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนได้ก็ต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบจากประชาชนก่อนเท่านั้น

ประสบสุข ดีอินทร์ (2537) กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้าย โดยที่การมีส่วนร่วมอาจรวมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือจนครบทุกขั้นตอนก็ได้ การเข้ามาร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการเพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

นิรันทร์ชัย พัฒนาพงศา (2547) กล่าวว่าการมีส่วนร่วม คือการให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินโครงการและร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนานอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึงการที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอนตั้งแต่แสดงเจตนาทั้งด้วยการให้ความคิดเห็น ประสบการณ์จากการลงมือกระทำ ร่วมรับทราบสถานการณ์ของปัญหา ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ ร่วมปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งในแผนปฏิบัติการที่ร่วมกันตัดสินใจตามบทบาทที่ร่วมกันกำหนด

ร่วมกับรับผลประโยชน์ ที่เกิดขึ้นจากแก้ไขปัญหาและหรือดำเนินการพัฒนาให้เกิดผลในอันที่ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม

2.3.2 หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

นิรันทร์ชัย พัฒนาพงศา (2547) กล่าวว่า หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมมี 10 ประการที่ควรคำนึงถึง ดันนี้

2.3.2.1 เชื่อว่ามนุษย์ต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน

2.3.2.2 เชื่อว่าทุกคนไม่ได้ชั่วหรือดีมาตั้งแต่เกิดโดยเหตุที่เขายากจนอยู่นั้นมิใช่จากกรรม

2.3.2.3 ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ เพราะถ้ามีการใช้เทคโนโลยีโดยที่มนุษย์ไม่มาร่วมคิด ร่วมกันรู้ หรือเข้าใจเพียงพอก็อาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควรหรือตรงข้ามกลับใช้เพื่อทำลายเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเองหรือสิ่งแวดล้อมได้

2.3.2.4 เชื่อว่าชาวชุมชนต่างๆ มักมีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนในระดับหนึ่งบางเรื่องที่ชาวชุมชนยึดถือจึงต้องค่อยๆ ให้ปรับตัวผสมผสานกับวิทยาการภายนอก

2.3.2.5 ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนให้ดีได้ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมคิด ร่วมเข้าใจ และร่วมจัดการ (Active partner) เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม การที่มนุษย์บางกลุ่มปฏิเสธเทคโนโลยีอย่างสิ้นเชิง ก็เป็นไปตามระดับการเข้าใจในเทคโนโลยีนั้นอย่างถูกต้องหรือไม่ และมีกลวิธีปรับความเข้าใจนั้นมาสู่ระดับที่แต่ละฝ่ายยอมรับได้เพียงใด ซึ่งต้องให้ได้รับโอกาสที่จะเข้าใจ และยอมปรับให้เหมาะสมกับตน

2.3.2.6 การมีส่วนร่วมยิ่งมีเพิ่มขึ้นเมื่อมีสภาพที่เหมาะสมต่อไปนี้

1) ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้สึกว่าเขาได้ควบคุมโชคชะตาของตนเอง แทนที่จะเป็นบุคคลอื่นที่ “เขาไม่รู้จัก” หรือที่ “เขาไม่ไว้ใจ” ที่บอกว่ามาช่วยเขา แต่บ่อยครั้งไม่ได้ช่วยจริงจัง

2) ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีอิสรภาพ ได้รับความเสมอภาคและได้รับความจริงใจให้เข้ามีส่วนร่วม ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดอย่างเต็มที่และจริงจังเมื่อบุคคลนั้นๆ ไม่ถูกบังคับให้จำยอมเข้าร่วมและที่สำคัญคือต้องเข้าร่วมด้วยโดยเท่าเทียมกับผู้มาร่วมด้วยทุกคนอีกทั้งโครงการให้ความจริงใจด้วย

3) ที่จะเข้าร่วมต้องมีความสามารถพอที่จะมีส่วนร่วมได้ กิจกรรมหลายเรื่องประชาชนทั่วไปอาจมีส่วนร่วมด้วยได้ แต่ที่เป็นกิจกรรมเฉพาะ เช่น การแพทย์ การก่อสร้างอาคารสูง การทหาร ฯลฯ หากประชาชนเข้าร่วมด้วย อาจไม่ได้ผลหรืออาจเกิดความเสียหาย

4) มีการสื่อสาร สองทางเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและสมบูรณ์ หากผู้มีส่วนได้-เสีย ได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องและครบถ้วน หรือสื่อสารได้ไม่ดีพอก็จะไม่เข้าใจได้ดีพอว่าโครงการจะทำให้เกิด ผลดี-ผลเสีย อย่างไรเพียงใดอาจนำไปสู่การไม่ยอมรับโครงการได้

5) ประชาชนมีส่วนร่วมรับทราบ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้ต้องการเข้ามาร่วมกับโครงการมากยิ่งขึ้น การร่วมงานกันตั้งแต่เริ่มต้น จนสิ้นสุดการตัดสินใจในโครงการนั้นๆ ในระยะยาวจะเกิดผลดียั่งยืนกว่าการที่จะให้ร่วมด้วยเพียงบางส่วน หรือช้าไป

6) ประชาชนมีทัศคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่โครงการและต่อโครงการนั้นๆ และเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย

7) การมีส่วนร่วมนั้นต้องไม่ทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายมากเกินกว่าผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ

8) เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะไม่กระทบกระเทือนสถานภาพในหน้าที่การงานหรือทางสังคมให้ลดน้อยลง

9) มีกลวิธีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างโครงการและผู้มีส่วนได้เสีย

10) เชื่อว่าตนต่างกับชาวบ้านอยู่ไม่น้อยและชาวบ้านเองก็แตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นการจะให้มีส่วนร่วมจะเอาใจเราฝ่ายเดียวไม่ได้

11) อาจใช้การมีส่วนร่วมในหลายรูปแบบ เช่น

(1) รูปแบบโดยตรง คือการมีส่วนร่วมโดยตัวบุคคลแต่ละคน

(2) ประชาชนก่อตั้งองค์กรขึ้นมามีส่วนร่วม

(3) ให้มีตัวแทนมามีส่วนร่วมโดยอ้อมซึ่งย่อมขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ที่ประชาชนมีศรัทธาในตัวแทนของเขามาก การมีตัวแทนร่วมด้วยก็เพียงพอ แต่กรณีที่ในหมู่บ้านมีประชาชนหลากหลายกลุ่มจึงควรมีตัวแทนของกลุ่มจากหลายภาคส่วนมามีส่วนร่วมเพิ่มเติม

12) ไม่มีสิ่งใด ได้มาฟรี ต้องแลกเปลี่ยนกัน มีเสียไปบ้าง เพื่อจะได้มา

13) การมีส่วนร่วมต้องนึกถึงใจของผู้อื่นให้มากมิใช่เอาแต่ใจเราฝ่ายเดียว

สรุป หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมโดยการที่กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือเป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เข้ามาร่วมกันรับรู้ร่วมกันคิดใน เหตุการณ์ สถานการณ์ ความเป็นไปของปัญหา โดยพื้นฐาน โดยตรงที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของแต่ละความเท่าเทียมกันของบุคคล ทุกคนมีขีดความสามารถ ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันปฏิบัติตามบทบาททั้งทางอ้อมที่ร่วมรับผลประโยชน์ที่จากกระบวกการแก้ไขปัญหา

2.3.3 กระบวนการมีส่วนร่วม

สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์ (2542) กล่าวว่ากระบวนการวางแผนที่แท้จริงหรือสมบูรณ์จะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวางแผน (planning) ซึ่งประชาชนมีส่วน

ร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญตัดสินใจกำหนดวิธีการใช้ทรัพยากรในการบริหารและจัดการการใช้ทรัพยากรขั้นการใช้ประโยชน์ (utilization) ประชาชนจะเข้ามามีบทบาทในลักษณะของการควบคุม และเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งพาตัวเอง และขั้นการได้รับผลประโยชน์ (obtaining benefits) โดยประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นฐานที่เท่ากันติดตามประเมินผล ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม (implementation) โดยประชาชนมีส่วนร่วม

โมชนี่ (Mochny อ้างใน สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ, 2542) กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วยอย่างน้อย 1 ใน 4 ประเภทของการมีส่วนร่วม คือ (1) การวางแผน ซึ่งรวมทั้งการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ใช้ตลอดจนการติดตามและประเมินผล (2) การดำเนินงาน (3) การใช้บริการจากโครงการ (4) การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์

สรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมประชาชนทุกคนต้องได้เข้ามามีส่วนร่วมเริ่มต้นจากขั้นตอนการวางแผน (planning) ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตัดสินใจกำหนดวิธีการแก้ไขร่วมกันและใช้ทรัพยากรในการบริหารให้เกิดประโยชน์ร่วมกันการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิดตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเองเน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชนใช้ความคิดสร้างสรรค์

2.3.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

นันทวัฒน์ บรมานันท์ (2541) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ การมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมที่ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นประการสำคัญ ซึ่งในแนวทางการมีส่วนร่วมนั้นมุ่งเน้นให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้ที่มีบทบาทในทุก ๆ เรื่อง ไม่ใช่ว่ากำหนดให้ประชาชนปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่จะคิด ซึ่งแนวความคิดนี้มีกรอบพื้นฐานและการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ประกอบด้วยการริเริ่มตัดสินใจดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความช่วยเหลือ

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ทางวัตถุผลประโยชน์ทางด้านสังคม และส่วนบุคคล

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการควบคุม ตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การศึกษาชุมชน คือ การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน และเรียนรู้สภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้าน ทรัพยากร สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนร่วมกับประชาชนโดยวิธีการสังเกต และสัมภาษณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ข้อมูลบางส่วนอาจหาได้จากเอกสารและงานวิจัย

2. การวางแผนเพื่อแก้ปัญหา โดยมีการรวมกลุ่มอภิปราย ถกเถียงแสดงความคิดเห็น ชาวบ้านควรได้มีโอกาสเข้ามาร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

3. การลงมือปฏิบัติตามแผน หรือวิธีการที่ได้ร่วมกันติดสินใจแล้วจากขั้นตอนที่ 2 โดยประชาชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้จะต้องได้ร่วมด้วยความศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเองที่จะพัฒนาชุมชน

4. การประเมินผลงาน โดยชาวบ้านและนักพัฒนาจะร่วมกันกำหนดขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำงานประเมินผล ตลอดจนดูแลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างประเมินผลเพื่อที่จะแก้ไขได้ทันที (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2530)

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือปัญหาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์เพื่อทำให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความสามัคคี

2.3.5 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ปิยะนุช เงินคล้าย (2536) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมโดยความสมัครใจ และปราศจากการสนับสนุนจากภายนอก เป็นการมีส่วนร่วมแบบอุดมคติ 2) การมีส่วนร่วมโดยคนภายนอก พบมากในประเทศกำลังพัฒนาโดยรัฐมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการริเริ่มให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน 3) การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ แบบนี้ไม่ต่างจากแบบที่ 2 มากนักในแง่ผลลัพธ์ออกมาทันที

นำชัย ทนุผล (2531) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ประการคือ 1) การปรากฏตัว (presence) หมายถึง การเข้าร่วมในโครงการที่องค์การสถาบันหรือหน่วยงานจัดให้การมีส่วนร่วมจึงมีความหมายเพียงการปรากฏตัวหรือเข้าร่วมในโครงการนั้นๆ ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและองค์ประกอบทางสังคมอื่นๆ 2) การเกี่ยวข้อง (evolvement) หมายถึง การมีส่วนร่วมในโครงการอย่างแข็งขันของผู้เข้าร่วมในกิจกรรมหรือโครงการที่เหมาะสมกับตนและการนำไปใช้โดยเน้นที่ตัวผู้เข้าร่วมไม่เน้นสถาบันองค์การ3)การควบคุม (control) หมายถึง การมีบุคคลหรือกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็นผู้กำหนด หรือควบคุมกระบวนการศึกษาเอง เช่น ควบคุมองค์ประกอบ (เนื้อหา เป้าหมาย ผลที่ต้องการ) และควบคุมกระบวนการเรียนรู้ (จะเรียนอย่างไร)

ชาติชาย ณ เชียงใหม่ (2545) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของการมีส่วนร่วมคือ 1) เป็นการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสรรค์ความดีงามให้แก่ทุกด้านของชีวิตของประชาชนและชุมชน (inclusiveness) 2) เป็นการมีส่วนร่วมเพื่อความเท่าเทียมกัน (equity) ของปัจเจกชนและกลุ่มคนในการมีส่วนให้ (give) และมีส่วนได้รับประโยชน์ (take) จากการกระจายทรัพยากรสาธารณะ 3) เป็นการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดความเป็นธรรม (justice) แก่ปัจเจกชนและกลุ่มคนที่มีสถานภาพแตกต่างกันได้มีปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะของการแบ่งปัน เกื้อกูลกัน อุ้มชูกัน และเรียนรู้ร่วมกัน

2.3.6 รูปแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ (2544) แนวความคิดเกี่ยวกับกรณีการมีส่วนร่วม ซึ่งจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมไว้ โดยมีรูปแบบต่างๆ คือ การจำแนกจากการพิจารณาถึงระดับการอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีทั้งการถูกบังคับและไม่ถูกบังคับการจำแนกตามวิธีการ ที่เข้าไปเกี่ยวข้องประกอบด้วยการมีส่วนร่วมโดยตรงและโดยอ้อม การจำแนกตามการเข้าไปเกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของกระบวนการวางแผนการพัฒนา การจำแนกตามลักษณะชั้นขององค์การโดยพิจารณาจากโครงสร้างขององค์การ การจำแนกตามความเข้มข้นและความดีของสังคม และการจำแนกตามระดับการเข้ามามีส่วนร่วม ดังนี้

2.3.6.1 การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่งเสริม (สนับสนุน) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีความเอาใจใส่เข้ามาร่วมกิจกรรมกับองค์การบริหารส่วนตำบลหรืออาจลงรับสมัครเลือกตั้ง การมีส่วนร่วมด้านกฎหมาย เช่น การปฏิบัติตามกฎหมาย การเสียภาษีตามกฎหมาย เป็นต้น และการมีส่วนร่วมในด้านความร่วมมืออาจอยู่ในรูปของการสละแรงงาน เงิน การร่วมทำงาน การร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อพิจารณาสนับสนุนหรือคัดค้าน

2.3.6.2 การมีส่วนร่วมในฐานะของผู้รับบริการ อาจกระทำในลักษณะการแก้ปัญหาหรือความเดือดร้อน รวมทั้งการทำหน้าที่สะท้อนภาพให้ผู้บริหารได้เห็นภาพของการบริการที่ประชาชนได้รับ

2.3.6.3 การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ตรวจสอบ ซึ่งสามารถกระทำได้ในลักษณะต่างๆ เช่น ร่วมตรวจสอบพฤติกรรมของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ตรวจสอบแผนพัฒนาขององค์การบริหารส่วนตำบล ตรวจสอบการจัดทำข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ตรวจสอบโครงการต่างๆการเข้าร่วมฟังการประชุมสภา ร่วมทั้งการตรวจสอบการทำงานของฝ่ายบริหาร เป็นต้น

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2526) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการพัฒนา คือ

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหา สาเหตุปัญหา และการลดปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. ร่วมคิดหา และสร้างรูปแบบวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและลดปัญหาของชุมชนเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

3. ร่วมวางนโยบาย หรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อขจัดและแก้ไขปัญหาสนองความต้องการของชุมชน

4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด ให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6. ร่วมกันลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน

7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ และกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาล ให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ควรจะเริ่มต้นตั้งแต่การสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนให้เขามีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นซึ่งจะทำให้เกิดการหวงแหนรักษากิจกรรมต่างๆ เสมือนเป็นของตนเอง และการใช้ประโยชน์หรือการรับประโยชน์จากโครงการก็จะเกิดประโยชน์สูงสุด คุ้มค่ากับการลงทุน

2.3.7 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) มีหลักการตามที่ กรมสุขภาพจิต ได้สรุปหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีพัฒนาการจากการที่นักปรัชญาการศึกษา คือ Deweyan ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (learning by doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้ ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมในการเรียนการสอน ในเวลาต่อมา จึงพัฒนาเป็นรูปแบบการเรียนรู้โดยการแก้ปัญหา (problem so living) การเรียนรู้โดยร่วมมือกัน (แcooperative learning) เช่น รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem–based beaning; PBL)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะได้เป็นอย่างดี ผ่านการสังเคราะห์จากผลวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (meta-analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (group process) เพราะในแต่ละองค์ประกอบของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของ

ตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ดีนั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี

2.3.7.1 หลักการสำคัญของ (participatory learning) ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน

2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว

3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

5) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมุติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

2.3.7.2 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

คอล์บ (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ หรือถนัด หรือ มีบางองค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็น หรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้นจะขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้น ผู้เรียนควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้านและควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร หรือทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ประสบการณ์ (experience)
2. การสะท้อน และ อภิปราย (reflection and discussion)
3. การทดลอง และ ประยุกต์แนวคิด (experimentation and application)
4. ความคิดรวบยอด (concept)

1) ประสบการณ์ (experience) ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว เช่น ฝึกอบรมเกี่ยวกับการประเมินโครงกรให้แก่นักวิชาการ จะเห็นได้ว่า ผู้เรียน คือ นักวิชาการ จะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินในกิจกรรมอื่นๆ มาก่อน ซึ่งนำมาใช้ในการอบรมครั้งนี้ได้ องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนซึ่งมีประสบการณ์ดังที่กล่าวแล้ว ได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่

เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือน หรือต่างไปจากตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการอบรมจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียน กล่าวคือ ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเองและได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี ด้านผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าป ระสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอน หรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

2) การสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจารณ์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขณะทำกลุ่มผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเอง และการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบนี้ จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย การที่ผู้เรียนจะอภิปราย หรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหน เป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปราย หรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ

3) ความคิดรวบยอด (concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านการเรียนรู้ (knowledge) เกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจ และเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4) การทดลอง และ การประยุกต์แนวคิด (experimentation and application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด หรือผลิตขั้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมุติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ เช่น ถ้าวัตถุประสงค์ของการอบรมตั้งไว้ ว่าให้ผู้เข้ารับการอบรม

สามารถวางแผนประเมินโครงการได้ กิจกรรมในการเรียนรู้ขององค์ประกอบนี้ ผู้สอนต้องเตรียมใบงานให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองทำแผนการประเมินโครงการ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะต้องนำความรู้เกี่ยวกับการประเมินโครงการจากการเรียนรู้ ในองค์ประกอบความคิดรวบยอดมาใช้การเรียนการสอนหรือการอบรมส่วนใหญ่มักจะขาดองค์ประกอบการทดลอง และ ประยุกต์แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอน จะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ไม่ใช่เรียนแค่รู้ แต่ควรนำไปใช้ได้จริง ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือการอบรมแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตร (dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากประสบการณ์ (experience) หรือความคิดรวบยอด (concept) ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียน ได้ดึงข้อมูลเก่าหรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อน เพื่อนำไปสู่การอภิปราย และการประยุกต์ใช้ ระยะเวลาแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญและมาก ก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สตรอยเบิร์ต แอนด์ คาร์เพนเตอร์ (Streubert & Carpenter, 1999) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัย ที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบ (improve practice and Systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้นๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มา ซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหา และได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว

ฮอลโลเวย์ (Holloway, 2010) ได้กว่าว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็น และปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัย และการปฏิบัติการ

สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระบบการพัฒนาตนเอง และผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการในพื้นที่ของ

ผู้วิจัยเองตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง และเหมาะสม เน้นที่การสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และปฏิบัติในสถานการณ์ และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการ และสร้างแนวทางปฏิบัติในพื้นที่ได้

2.4.2 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัย สามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้ และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีให้เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภทระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัยประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล (Holter & Schawartz, 1993) แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ดังนี้

2.4.2.1 ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า traditional action research ซึ่งหมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

2.4.2.2 การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก historical - hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้างๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้น ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น หรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริงๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับ คือทั้งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหา และสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหา นำไปสู่การพัฒนาความรู้ หรือทฤษฎีใหม่ อาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า contextual action research : action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิด

การเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

2.4.2.3 ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (enhancement approach) มีเป้าหมาย คือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก ให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่างๆ ทั้งในระดับบุคคล หรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับปัญหา และการปฏิบัติจะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (descriptive and predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น radical action research ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีวัตถุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

จากชนิดของการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัย สรุปได้ว่า งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เป็นแบบดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วม (participatory action research) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักในการอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย ใช้ประสบการณ์ และองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานจริง ร่วมกันถ่านทอดผ่านการกระบวนการปฏิสัมพันธ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาการขาดนัดของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ระหว่างบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพโรงพยาบาลกันทรวิชัย โดยร่วมใช้ประสบการณ์และองค์ความรู้ของแต่ละคนร่วมอแก้ปัญหาไป และช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ เพื่อแก้ไขปัญหา เข้ากับบริบทของพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย

2.4.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เมื่อพิจารณาว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการ ของการพัฒนาคุณภาพงานอย่างเป็นระบบโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน จึงมีทั้งจุดเด่นและข้อจำกัด ดังต่อไปนี้

2.4.3.1 จุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังนี้

1) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของนักวิจัย กับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้เรียนรู้องค์ความรู้ซึ่งกันและกัน นักวิจัยได้ถ่ายทอดความรู้ทางวิจัยให้กับกลุ่มเป้าหมายการวิจัย ขณะที่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้ประสบการณ์ และสภาพที่เป็นจริงให้กับนักวิจัย ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามตำราหรือทฤษฎีใดๆ ที่กล่าวอ้างก็เป็นได้

2)การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการวิจัย ทำให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนบทบาทจากผู้ถูกทดลอง ผู้รับคำสั่งให้ปฏิบัติตามมาเป็นผู้ให้ข้อคิดร่วมลงมือปฏิบัติการวิจัยด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของงานวิจัย มีมากรวมทั้งความมุ่งมั่น และเต็มใจในการทำวิจัยจะมีมากยิ่งขึ้น

3) เป็นการวิจัย และพัฒนาที่แท้จริง การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มุ่งศึกษาหาองค์ความรู้อย่างเป็นระบบด้วยการมีส่วนร่วม ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยรวมทั้งมีการปฏิบัติการซ้ำจนได้ผลการวิจัยที่มีความถูกต้องและพิสูจน์ได้อย่างแท้จริง

4) การยอมรับในภูมิความรู้ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย บริบทของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ประสบการณ์ หรือภูมิความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ได้อย่างเต็มที่ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น

5) ความยืดหยุ่นของกระบวนการวิจัยมีมาก ทำให้ไม่ถูกบังคบต้องให้เป็นไปตามกรอบ หรือแนวคิดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมากเกินไป กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนแก้ไข ปรับให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงได้มากที่สุด

6) ผลการวิจัยที่ได้มุ่งแก้ไข ปรับเปลี่ยนได้อย่างแท้จริง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ไม่ใช่การเก็บขึ้นชั้นหนังสือเท่านั้น แต่เป็นผลการวิจัยที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงในสภาพที่เป็นจริง

7) ความยั่งยืนของผลการวิจัยมีความคงอยู่ ผลงานวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เมื่อนักวิจัยได้ถอนตัวออกมาจากพื้นที่การวิจัยแล้ว กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยจะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและจะเป็นผู้นำในพื้นที่ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ได้ต่อไป

8) สภาพปัญหาที่ใช้ในการวิจัยได้ถูกขจัดไปอย่างแท้จริง การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถตอบโจทย์ปัญหาในการวิจัยได้จริง ด้วยตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นเอง เนื่องจากมีการทำซ้ำๆ จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ด้วยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น จึงถือได้ว่าปัญหาการวิจัยนั้นได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง

2.4.3.2 ข้อจำกัด ถึงแม้งานวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีจุดแข็งหลายอย่าง แต่การคำนึงถึงจุดอ่อนก็จะช่วยให้นักวิจัยป้องกันปัญหาที่จะกระทบต่อการวิจัยได้ มีดังนี้

1) การสูญเปล่าของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย มีโอกาสมากที่จะละทิ้งการร่วมมือกับนักวิจัยจนกว่าจะได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์

2) การไม่เข้าใจบทบาทของตนเองทั้งนักวิจัยที่มักเผลอสั่งการ หรือเตรียมการในสิ่งที่ตนเองเตรียมไว้แล้วหรือไม่ฟังความคิดเห็น ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยทำให้ขาดการมีส่วนร่วม ขณะที่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยที่เคยชิน แต่การปฏิบัติการตามคำสั่ง หรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือกลัวการแสดงออกว่าเป็นความคิดเห็นที่ไม่เกิดประโยชน์ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมเช่นเดียวกัน

3) การใช้เวลามากในการปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในกระบวนการวิจัย จนทำให้เกิดการละทิ้งการทำวิจัยได้

4) ความไม่ชัดเจนในตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการวิจัยที่อาจได้ตัวแปรที่ไม่ใช่ตัวต้นเหตุหรือสาเหตุที่แท้จริง จะเกิดการสูญเปล่าในการวิจัยได้

5) เป็นงานวิจัยที่เป็นลักษณะสหวิทยาการ ถ้าหากนักวิจัยไม่มีความรอบรู้หรือไม่เชี่ยวชาญหลากหลายศาสตร์ อาจทำให้กระบวนการวิจัยไม่มีความครอบคลุมได้

จากคำกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากร ในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงปัญหา ในระบบการพัฒนาตนเอง และผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการในพื้นที่ของผู้วิจัยเองตามธรรมชาติ โดยอาศัยการมีส่วนร่วม (participatory action research) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อหาแนวทางและวิธีการการแก้ไขปัญหา ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน จึงแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติการสะท้อนผล และ 4) การประเมินผล ซึ่งวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการนำทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ โดยการนำความรู้และทฤษฎีมาปฏิบัติในพื้นที่เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้และเมื่อมีปัญหาสามารถปรับแผนการปฏิบัติและแก้ไขร่วมกัน หาแนวทางร่วมกันจนสามารถปฏิบัติได้และมาทำเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โสณกุญช์ ทรัพย์สมบัติ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดพบว่าประชาชนร้อยละ 80.6 ประชาชนเห็นว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และร้อยละ 98.9 เห็นด้วยกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยอาศัยจุดเข็งคือความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คนรู้จักสนิดสนมเกื้อกลู แบ่งปันทรัพยากร สมาชิกในชุมชนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและประเมินผล ทำให้ก่อเกิดความเข็มแข็งของภาคีเครือข่าย

ไชยยา รัตนพันธ์ (2562) ได้ศึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดพบว่าในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลแน่นอน โดยบ่างการรักษาออกเป็น การถอนพิษยาวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดซึ่งต้องอาศัยแพทย์ที่มีความรู้และมีอุปกรณ์ให้เพียงพอ ประมาณการรักษาแบบการปรับปรุงแก้ไขจิตใจและบุคลิกภาพเป็นการรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดโดยมีเป้าหมายหลักในการปรับปรุงแก้ไขด้านจิตใจเพื่อให้สามารถหยุดยาได้ตลอดหรือลดการใช้สารเสพติดลง การรักษาแบบการสร้างเครื่องยึดเหนี่ยว ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดไม่มีเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจแทนการใช้ยาเสพติด ต่อมาเป็นการแก้ไขสภาพแวดล้อมการฝึกอาชีพจัดหางานช่วยให้ผู้ป่วยจากการใช้ยาเสพติดได้ทำมาหากินและมีรายได้ สามารถกลับคืนสู่สังคม

มนตรี รอดแก้ว วิญญู เถาถาวงศ์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดโดย(วิถีพุทธ) ของวัดถ้ำกระบอก จังหวัดสระบุรีโดยศึกษาในผู้ติดสารเสพติดครบ จำนวน 86 คน เพื่อเปรียบเทียบทักษาะชีวิต ก่อนและหลังการเข้ารับการฟื้นฟูสภาพ ในภาพรวมของการจำแนกตาม เพศ อายุ และอาชีพ ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่การจำแนกตามระดับการศึกษากับมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และการเปรียบเทียบในด้านการเห็นคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจในการพัฒนากิจกรรม ภามรวมมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

สุดปราณี ศรีโกมุท (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) : กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้การบำบัดจำนวน 16 คน และและศึกษาจากข้อมูลในระบบรายงาน และระบบติดตามข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดผู้ผ่านการบำบัด ทั้ง 2 รูปแบบ จำนวน 1,818 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมี มีอัตราการเริ่มใช้สูงกว่าแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขาดการคัดกรองที่ชัดเจนและมีการเหมาทุกกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ ระดับการติดสารเสพติด และภูมิลำเนา ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

กิตติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง โดยศึกษาในกลุ่มผู้บริหารและครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 15 คน และเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยง พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเชิญผู้ปกครอง บิดา มารดา เข้าร่วมกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดที่โรงเรียนจัดขึ้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสนเทศสื่อเอกสาร และแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้ด้านยาเสพติด การมีอาจารย์ที่ปรึกษาปัญหาของนักเรียนและเก็บเป็นความลับระดับความเหมาะสมและการปฏิบัติน้อยที่สุด

อรรถพงษ์ ฉัตรดอน (2564) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยเก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ จำนวน 60 คน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา พบว่า คะแนนด้านการรู้ตนเอง ความลังเลในการตัดสินใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนด้านการลงมือทำก่อนเข้ารับการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้ารับการบำบัดคะแนนด้านการลงมือทำ

อยู่ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการลงมือทำและคะแนนรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสังคม ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05

นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์ ในกลุ่มผู้นำชุมชนและคณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ครอบครัวอุปถัมภ์จำนวน 20 คน บุตรบุญธรรม จำนวน 28 คน ครอบครัวจริงและบุตรยุญธรรม จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่จำนวน 16 คน พบว่า ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์ซึ่งการปรับระบบใหม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน คะแนนเฉลี่ยการดูแลบุตรบุญธรรมของครอบครัวอุปถัมภ์และคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของบุตรบุญธรรมดีกว่าก่อนดำเนินการตามระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การติดตามผลพบว่า บุตรบุญธรรมทั้งหมดจำนวน 16 คน ติดตามผลได้ 11 คน การติดตามผล 1 เดือนหลังดำเนินการตามระบบพบว่า ไม่เสพซ้ำจำนวน 7 คน และการติดตามผล 3 เดือนหลังดำเนินการตามระบบ พบว่าไม่เสพซ้ำจำนวน 10 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบมีความพึงพอใจระบบที่ได้มีประโยชน์ โครงสร้างและบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน สรุป: การปรับระบบใหม่ทำให้เกิดประโยชน์และเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีน ระบบบังคับบำบัดในประเทศไทย

เจษฎา นันใจวงษ์ (2563) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรยาเสพติด โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรยาเสพติด จำนวน 12 คน พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางความคิดของผู้ร่วมวิจัยต่อสถานการณ์ยาเสพติด ความเข้าใจต่อชุดความรู้ ภาคปฏิบัติการของเรือนจำที่มีต่อผู้ต้องขังคดียาเสพติด และการวางแผนชีวิตของผู้ร่วมวิจัยต่อการกำกับตนเองออกมาจากยาเสพติดโดยมีครอบครัวอยู่เบื้องหลัง และคอยเป็นพลังให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดการตระหนักรู้ต่อปัญหายาเสพติด และสามารถที่จะนำตนเองออกมาจากยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

อินทร์ทิพย์ อินทรสุข (2556) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปเสพซ้ำและติดตามการรักษาโดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์จำนวน 138 คน พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ย 3.99 ด้านสัมพันธภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 ด้านการแก้ปัญหา ค่าเฉลี่ย 3.91 และด้านการปฏิบัติหน้าที่ ค่าเฉลี่ย 3.80 โดยทุกด้านอยู่ในระดับมากปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังรับการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำโดยภาพ

รวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.54 และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.89 ด้านการดูแลร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ย2.64 ด้านเศรษฐกิจค่าเฉลี่ย2.33 และด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.22

ผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 3C model โรงพยาบาลน้ำยืน อุบลราชธานี ที่ดูแลประชากร 70,000 คน และดูแลผู้ป่วยวัณโรคมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบปัญหา ได้แก่อัตราการรักษา สำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราตายสูง ผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ปัญหาการติดต่อประสานงานระหว่างรพ.กับรพ.สต. และชุมชนไม่เห็นความสำคัญของโรค ปัญหาต่างๆ ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเกณฑ์ ปี 2551 เท่ากับร้อยละ 75.0 ปี 2552 ร้อยละ 50.0 และปี 2553 ร้อยละ 71.2 จากการระดมสมองหารากเหง้าของปัญหาพบประเด็น การขาดยา จึงได้ทำการออกแบบและพัฒนาระบบงานให้สำเร็จและยั่งยืน โดยการออกแบบและเชื่อมโยงวงล้อทั้ง 3 ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ (client) บุคลากรทางการแพทย์ (care team) และชุมชน (community) ได้วงล้อในการพัฒนาชื่อว่า 3C modelและเชื่อมโยงโดยใช้ทฤษฎีเสริมพลัง โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในปี 2554-2561 ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยรับการรักษา รวม 495 ราย หลังการใช้วงล้อคุณภาพ 3C modelพบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ของผู้ป่วยวัณโรค เพิ่มขึ้นดังนี้ ปี 2554 เท่ากับร้อยละ 96.7 ปี 2555-2561 เท่ากับร้อยละ 100.0 นอกจากนั้น ตัวชี้วัดคุณภาพอื่น มีแนวโน้มที่ดี เช่น อัตราเสียชีวิต ลดลง ไม่ปรากฏอัตราการขาดนัด เป็น 0 อัตราขาดยาเป็น 0 สรุปการขับเคลื่อนกิจกรรมตาม 3C model สามารถเพิ่มอัตราการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคและสามารถขยายผลใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นได้

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ ทั้งรูปแบบของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดรักษาในรูปแบบของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดมันมีหลายสาเหตุด้วยกัน ทั้งทางด้านร่างกาย ที่อาจเกิดจากความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ จากโรคที่เป็นอยู่ ด้านจิตใจ ที่เกิดจากความผิดหวังความไม่พอใจความเศร้าเสียใจ งานสังคม ที่เกิดจากสถานภาพทางครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ การหย่าร้าง ความรุนแรงในครอบครัว ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยจากการใช้ยาเสพติด เลือกใช้ฤทธิ์ของยาเสพติดในการหลีกเลี่ยงความทุกข์ที่กำลังประสบพบเจอ กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ในการรักษาแต่ละครั้งเพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นตัว จากฤทธิ์สารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย แม้ว่ากระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการหรือกระบวนการใดที่สามารถรับรองผล ว่าสามารถทำให้หยุดการใช้สารเสพติดได้ 100% จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยส่วนใหญ่ ดำเนินการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ที่ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดหยุดได้ด้วยตนเอง ครอบครัวเข้าใจให้การสนับสนุนให้

กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เข้ารับกระบวนการบำบัดครบตามโปรแกรมการบำบัดรักษา ซึ่งโปรแกรมการบำบัดรักษาแต่ละโปรแกรมจะมีกำหนดระยะเวลาในการรักษาไว้ชัดเจน และจากการศึกษาทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมที่กำหนดมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระดับที่ต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis & McTaggart (1992) โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่รับรู้ปัญหา และการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยกันวางแผน ออกแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามแผน และประเมินผล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรมที่กำหนดเพื่อลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำจากการขาดนัดบำบัด

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

2.6 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 พื้นที่ในการวิจัย
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประเภทการวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในพื้นที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1 ประชากร

ประชากร ทั้งหมด จำนวน 367 คน ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย จำนวน 64 คน ภาคหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข 19 คน ผู้นำชุมชน 193 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 คน ผู้ป่วยที่ใช้ยาและเสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพตามเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามกำหนด จำนวน 80 คน

3.3.2 กลุ่มเป้าหมายช่วงการศึกษาการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ 2. กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.3.2.1 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ โดยประกอบด้วย กิจกรรม ศึกษาบริบท สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการป้องกันฯ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากตัวแทนผู้เกี่ยวข้องได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน ตัวแทนจากผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน ญาติผู้เข้ารับการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน

3.3.2.3 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มเข้ามามีประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากตัวแทนผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน ญาติผู้เข้ารับการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน จำนวน 26 คน

2) ผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพ และเข้ารับการบำบัดด้วยฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย 20 คน

3.3.3 การกำหนดเป้าหมาย

3.3.3.1 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน จำนวน 26 คน มีวิธีการคัดเลือกโดยกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่ม

ผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำชุมชนที่เป็นผู้ให้บริการ ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัด ญาติผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 6 กลุ่ม ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่วิจัย ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

- พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขาจิตเวช จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน

2) นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 1 คน

3) นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัยกันทรวิชัย จำนวน 1 คน

4) ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข) จำนวน 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียน
2. กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1 ต้องปฏิบัติงานในในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
3. สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย
2. ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต
3. ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล

5) ตัวแทนผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดและติดตามครบ 1 ปี จำนวน 3 คน

6) ญาติผู้เข้ารับการบำบัดผ่านกระบวนการบำบัด และติดตามครบ 1 ปี จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียน
3. เป็นผู้ผ่านกระบวนการเข้ารับการบำบัด ติดตามครบ 1 ปี และเคยมีประสบการณ์ขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัด ไม่มีอาการทางจิต สามารถความคุ้มสติได้ และยินยอนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

4. ญาติของผู้ผ่านกระบวนการเข้ารับการบำบัด เป็นผู้ผ่านกระบวนการเข้ารับการบำบัด ติดตามครบ 1 ปี ไม่มีอาการทางจิต และยินยอนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

2. ย้ายออกนอกพื้นที่ เจ็บป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต

3. ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล

4. มีอาการทางจิตจำเป็นต้องส่งต่อ

3.3.3.2 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทั้งหมด 46 คน มีวิธีการสุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบทสถานการณ์และพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 26 คน มีวิธีการคัดเลือกโดยกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพสารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำชุมชนที่เป็นผู้ให้บริการ ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัด ญาติผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 6 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายที่ 1

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามี และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพ และเข้ารับการบำบัดด้วยฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป

2. มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้

3. เป็นผู้ได้รับการตรวจยืนยันว่าพบสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในร่างกาย และได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นผู้เสพ ที่เข้ารับการบำบัดในเดือนมกราคม 2566

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

3. เสียชีวิต หรือ มีอาการทางจิตเวช หรือ ไม่สามารถติดต่อติดต่อได้ในระหว่างดำเนินการวิจัย

4. ต้องการยุติการให้ข้อมูล และขอออกจากกระบวนการวิจัย

3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งวิธีการเข้าถึงกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทางภาคส่วนของการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเป้าหมายในกลุ่มนี้จะประกอบไปด้วยกลุ่มเป้าหมายของภาคสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยและตัวแทนผู้นำชุมชน มีวิธีการในการเข้าถึงโดยผู้วิจัยและคณะทำงานจัดการประชุมชี้แจงประจำเดือนและขออนุญาตเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ห้องประชุมโรงพยาบาลกันทรวิชัย ส่วนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปีพร้อมญาติ จะดำเนินการขออนุญาตเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแยกอีก 1 วันที่ห้องประชุมของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรวิชัย และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นเชิญชวนกลุ่มผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขใจโรงพยาบาลกันทรวิชัยที่มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแจกเอกสารชี้แจงอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์และเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมตอบข้อสงสัยระหว่างการเข้าร่วมโครงการ และให้เวลา ประมาณ 30 นาที ในการตัดสินใจ แล้วขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เมื่อสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนการ พัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัย 1 วงจร 4 ระยะตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่ม

เสพ (2) วางแผนการปฏิบัติ (3) การปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ และ (4) การประเมินผลซึ่งในแต่ละขั้นตอนมี ดังนี้

3.4.1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

3.4.1.1 ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย บริบทปัจจุบัน โดยดำเนินการเก็บรวบรวม ดังนี้

1) เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพจากการใช้สารเสพติดในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพจากการใช้สารเสพติด

2) เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ดังนี้

การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

3) การสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัย โดยแบ่งเป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน จำนวน 2 กลุ่มกลุ่ม 10 คน ดำเนินงานสนทนาตามประเด็นหัวข้อที่กำหนด ใช้ระยะเวลาประมาณ 40-60 นาที และดำเนินการสนทนากลุ่มของตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัด ญาติผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ในการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพเป็นอย่างไรปัญหา และความต้องการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ รวมทั้งข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการการแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยจักกระบวนการดำเนินการสนทนากลุ่มแยกจากกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และดำเนินภายในห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลกันทรวิชัยซึ่งแยกออกจากส่วนบริการผู้ป่วยทั่วไปอย่างสิ้นเชิง เพื่อป้องกันความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.4.1.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โดยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3.4.2 ขั้นวางแผน (Planning)

ภายหลังจากผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบ

ผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ศึกษาได้จากระยะที่ 1 เสนอให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ โดยการเปิดโอกาสให้ 4 ส่วนหลัก ประกอบด้วย สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัด และญาติผู้ผ่านกระบวนการบำบัด สร้างความเข้าใจและยอมรับร่วมกัน โดยดำเนินการ ดังนี้

3.4.2.1 ประชุมกลุ่ม (focus group discussion) รายงานผลสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน

3.4.2.2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัยจำแนกผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบคัดเลือกตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ คัดเลือกมาด้วยวิธี จำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดและญาติ จำนวน 26 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามี และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพ และเข้ารับการบำบัดด้วยฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 20 คน

3.4.2.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน

3.4.3 ขั้นปฏิบัติการ (Action Plan)

การดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (action plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

3.4.4 ขั้นสังเกตผล (Observe) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดตาม ร่วมสังเกตการณ์การดำเนินงาน ทั้งก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการและหลังการดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอนโดยการใช้แบบสอบถามการวิจัยทั้ง 2 ชุด ประกอบด้วย

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 11 ข้อ

ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน

3.4.5 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผล

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกระบวนการปฏิบัติในการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ตามแนวทางที่กำหนดทั้งสิ่งที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวทางแก่ผู้ร่วมวิจัย โดยเปิดเวทีให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อหาข้อมูลปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำผลการสะท้อนมาวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติตามวงจรการวิจัยในระยะต่อไป และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีการประเมิน และสรุปผลในภาพรวมอีกครั้ง เพื่อแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ซึ่งการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) การประเมินกระบวนการ และ (2) การประเมินผลลัพธ์ รายละเอียด ดังนี้

1) การประเมินกระบวนการ จากการสังเกตการมีส่วนร่วม และการแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ

2) การประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ประเมินเมินความรู้ และความพึงพอใจของกล่มเป้าหมายที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามแล้วเปรียบเทียบก่อนหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนผล (reflection)

3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติ จำนวน 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับเพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม บทบาทเกี่ยวกับการการป้องกันยาเสพติด ประสบการณ์ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ และอธิบายสาเหตุ ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ดังนี้

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้งเท่ากับ 2 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคามพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์ และคณะ, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย เกณฑ์การมีส่วนร่วม ดังนี้

$$\text{พิสัยค่าคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3}$$

พิสัยค่าคะแนน = 0.66

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีความพร้อมต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 4 ข้อมีลักษณะคาถามเป็นแบบปลายเปิด (open-ended questions) บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยการใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

2) แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดัน โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันใน 30 วันที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา ในปัจจุบัน อายุใช้สารเสพติดครั้งแรก สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกในชีวิต วัน/เดือน/ปี ที่ใช้สารเสพติดครั้งสุดท้าย เคยรับการบำบัดรักษามาก่อน เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ เหตุผลที่ปัจจุบันท่านยังใช้สารเสพติดอยู่ ความตั้งใจพยายามเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบ

รายการ (checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ความรู้ระดับสูง หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 59.99 ลงมา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 3 ระดับ ดังนี้

มาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) /จำนวนชั้น (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยค่าคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3}$$

พิสัยค่าคะแนน = 0.66

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีความพร้อมต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

3.5.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ประกอบด้วยประเด็นคำถามดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 การป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตา-มีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ

3.5.3 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ มีประเด็นคำถามดังนี้

ประเด็น 1 ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

ประเด็น 2 การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ

ประเด็น 3 การป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ

3.5.4 แบบบันทึกการสังเกต โดยแบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัย ที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการเตือนความจำในสิ่งที่จะทำ การบันทึกข้อมูล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งประเด็นสำคัญ ที่สังเกตได้หรือที่ได้จากการสัมภาษณ์พูดคุย และสนทนากลุ่ม รวมทั้งจดบันทึกความคิด คำถาม ที่เกิดขึ้นในระหว่างสถานการณ์นั้นๆ หรือภายหลังการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ซึ่งอาจใช้อุปกรณ์บันทึกข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูปแต่จะไม่มีการบันทึกภาพกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เข้ารับการบำบัดทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหนตลอดระยะเวลาดำเนินงานวิจัย

3.6 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency : IOC) เมือได้ข้อคิดเห็นจากทางผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยพิจารณาใช้

สูตรการคำนวณ โรวิเนลลี และแฮมเบิลโต (Rovinelli & Hambleto, 1977 อ้างถึงใน วันทนา กลางบุรัมย์, 2557)

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

จากสูตร IOC = $\frac{[\sum R]}{N}$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามคำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งตามสูตรการคำนวณของ โรวิเนลลี และแฮมเบิลโต (Rovinelli & Hambleto, 1977) อ้างถึงใน วันทนา กลางบุรัมย์, 2557) กำหนดให้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัย กำหนดค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ถือว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะพิจารณาสร้างปรับแก้ไขหรือสร้างข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่ามีความถูกต้องและมีความตรงในเนื้อหา

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (try out) กับ พื้นที่ของโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอย่างน้อยที่สุดไม่ควรต่ำกว่า 0.70 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ค่าความเชื่อมั่น 0.98

แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด ค่าความเชื่อมั่น 0.87 ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบนอก สำหรับกลุ่มเสพ ค่าความเชื่อมั่น 0.89

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม กลุ่มสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสนทนากลุ่ม (group discussion) ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาโดยแนะนำตัวเอง และบอกวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่มพร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกประเด็นไว้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนเข้าสู่ประเด็นการสนทนาที่เตรียมไว้ระหว่างการสนทนาจะพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุยแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ประเด็นสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ รายงานผลการดำเนินการที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผลการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน หรือเก็บจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยการนัดหมายไว้ล่วงหน้าคำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก 30-60 นาที

3) การสังเกต (observation) การศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกตด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วย โดยผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ของโครงการวิจัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบ

การป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน วิธีบันทึกข้อมูลคือ การจดบันทึก บันทึกเทป และบันทึกภาพ

3.7.1 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในอำเภอกันทรวิชัยเพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมให้เอกสารคำแนะนำและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัย และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินการวิจัย

3) ศึกษาข้อมูลพื้นที่ ประชุมวางแผน และประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ตัวแทนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย สร้างการร่วมมือในการดำเนินงานโดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย ปรึกษาหารือการดำเนินโครงวิจัยในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย อย่างไม่เป็นทางการ และจัดเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหา สื่อ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย

4) ดำเนินการฝึกอบรมผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่น ใช้ทำความเข้าใจและฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัย เวลา 2 วัน โดยอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมทำความเข้าใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

5) วางแผน (planning) กำหนดขอบเขตการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ขับเคลื่อนโดย ศูนย์คัดกรองและบำบัดผู้ใช้ยาและสารเสพติดอำเภอกันทรวิชัย

6) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (action) โดยการออกแบบและพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย เพื่อป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

7) สังเกตผลที่เกิดขึ้น (observation) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินจากคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย บันทึกการ

เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด

6) สะท้อนผล (reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ และประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย และการสนทนากลุ่ม

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในงานวิจัยนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้วิธีการที่หลากหลาย ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติทางเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพและความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเปรียบเทียบ wilcoxon signed ranks test

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงคุณค่า และ ศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอนกระบวนการวิจัย โดยให้ความสำคัญ 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านความเคารพในบุคคลใช้หลักเอกสิทธิ์คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวสิทธิส่วนบุคคลรวมถึงการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจในการให้ข้อมูล 2) ในการป้องกันผลกระทบที่เกิดกับผู้เข้าร่วมวิจัย และเพื่อเป็นไปตามเงื่อนไขด้านจริยธรรมวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่รับรอง 194-133/2566 รับรองเมื่อ วันที่ 30 พฤษภาคม 2566

1) ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ที่ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจ ในการเข้าร่วมการศึกษาโดยการสมัครใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพหรือการบันทึกเสียงและผู้วิจัยจะไม่กระทำการใดๆ ที่ขัดต่อกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด

กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ1) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนของสาธารณสุขและผู้นำชุมชน 2) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3) ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ซึ่งใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำการนำเสนอในภาพรวมและนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง

4) ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวและไม่เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้จะไม่มีการบังคับ

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอนประกอบไปด้วย 1) ขั้นการวางแผน (planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (action) 3) ขั้นสังเกต (observation) 4) ขั้นสะท้อนผล (reflation) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral cycle ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis, S & McTaggart, 1988) ผลการวิจัยนำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 บริบทของการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอม-เฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.1 บริบทของการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการขาดนัดการบำบัดกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ บันทึกการประชุม และบันทึกการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหาอุปสรรค ในการป้องกันการขาดนัดของกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ และวางแผนการปฏิบัติการเพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอม-เฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

เขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอกันทรวิชัย ประกอบด้วย 183 หมู่บ้าน 10 ตำบล มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 9 แห่ง เทศบาล 3 แห่ง มีประชากร 64,123 คน มีผู้เข้ารับการบำบัดเฉลี่ยปีละ

290 ราย (ร้อยละ 0.45) โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ใช้เฉลี่ย 17 คน (ร้อยละ 5.86) กลุ่มผู้เสพ 236 คน (ร้อยละ 81.37) กลุ่มผู้ติด 37 คน (ร้อยละ 12.75) เริ่มมีการดำเนินงานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย โดยมีการแยกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดออกมาจากกลุ่มการพยาบาล เพื่อรับผิดชอบด้านจิตเวชและยาเสพติดโดยตรงตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย คือ

ภาคกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ สาขายาเสพติด 1 คน เป็นผู้ดูแลกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ในสถานพบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ตามโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูติดยาและสารเสพติด โดยจะแบ่งเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่มของผู้ติดสารเสพติดแต่ไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด เนื่องจากภาระงานอื่นแทรกแซง

2.พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดในสถานพบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย สามารถช่วยเหลือ พยาบาลวิชาชีพสาขาเฉพาะทางยาเสพติด ดำเนินตามโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูติดยาและสารเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด ได้แต่ยังไม่สามารถดำเนินการในกลุ่มผู้เสพและผู้ติดยาและสารเสพติดได้ ขาดการส่งต่อภาระงานในระหว่างที่พยาบาลวิชาชีพ สาขายาเสพติดไม่สามารถปฏิบัติงานได้

ภาคฝ่ายปกครอง โดยที่ว่าการอำเภอกันทรวิชัย

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย ที่ร่วมเอาทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติดนพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย เข้าร่วม

2. มีการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย ผ่านเกณฑ์

3. มีแนวทางการส่งต่อผู้ที่ต้องการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูติดยาและสารเสพติด ร่วมกันกับศูนย์คัดกรองผู้ใช้ยาและสารเสพติด สถานพยาบาล และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ภาคประชาชน ญาติและผู้นำชุมชนในมีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้ความร่วมมือในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แต่ยังขาดส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดของผู้ป่วยระหว่างการบำบัดฟื้นฟู

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

1. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ซักประวัติผู้ป่วยที่มาครั้งแรกเพื่อแยกกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

2. พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ทำการประเมินแรงจูงจูงของผู้ป่วย ชี้แจ้งข้อกำหนด ตกลงการรับบริการ วางแผนการรักษา จากนั้นจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่ใกล้เคียงกันเพื่อรับการบำบัดฟื้นฟูสภาพ

3. พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ทำการบันทึกข้อมูลและออกบัตรนัดรับบริการให้กลับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเดินทางกลับบ้าน

4. เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในครั้งถัดไป จะต้องยื่นบัตรนัดรับบริการที่สถานพบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งแยกออกห่างจากจุดบริการผู้ป่วยทั่วไปและเป็น ให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ one stop service

5. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จะดำเนินการตรวจปัสสาวะผู้ป่วยที่รับบริการทุกครั้ง

6. พยาบาลวิชาชีพสาขายาเสพติด ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามกลุ่มของผู้ป่วย โดยกระบวนการกลุ่มบำบัด กลุ่มละ ไม่เกิน 11 คน ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

7. เมื่อครบกระบวนการบำบัดในแต่ละครั้ง พยาบาลวิชาชีพสาขายาเสพติด จะเสริมแรงจูงใจผู้ป่วยเพื่อให้คงอยู่ในระบบการบำบัด และลงบันทึกในบัตรนัดและนัดหมายวันเข้ารับบริการในครั้งถัดไป

8. เมื่อผู้ป่วยดำเนินการบำบัดครบตามแผนที่พยาบาลวิชาชีพสาขายาเสพติด กำหนดตามคู่มือการบำบัดในแต่ละกลุ่ม จะทำการตกลงการนัดหมายติดตามกับผู้ป่วยเพื่อติดตามผลหลังการบำบัด ต่อเนื่องอีกเป็นระยะเวลา 1 ปี

ในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ในสถานพบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จะต้องดำเนินการยื่นรับการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA) ทุกสามปี

ผลการศึกษา กลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 38.5 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 69.2 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 46.2 ตำแหน่งทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 35.6 บทบาทเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ร้อยละ 61.5 ประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่ มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 53.8 เคยรับการอบรมการป้องกันยาเสพติด ร้อยละ 53.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ภาคสาธารณสุขและผู้นำชุมชน (n=26)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	10 (38.5)
หญิง	16 (61.5)
อายุ	
ต่ำกว่า 30 ปี	4 (15.4)
31-40 ปี	3(11.5)
41-50 ปี	8 (30.38)
51-60 ปี	38 (38.5)
มากกว่า 60 ปี	1 (3.8)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18 (69.2)
ปริญญาตรี	8 (30.8)
อาชีพ	
เกษตรกร	8 (30.8)
รับจ้าง	5 (19.2)
ค้าขาย	1 (3.8)
รับชาชการ	12 (46.2)
ตำแหน่งทางสังคม	
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	8 (30.8)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5 (19.2)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	9 (35.6)
ไม่มีตำแหน่งทางสังคม	4 (15.4)
บทบาทเกี่ยวกับการการป้องกันยาเสพติด	
คณะกรรมการการป้องกันยาเสพติด	5 (19.2)
ฝ่ายสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่	1 (3.8)
ผู้ปฏิบัติในพื้นที่	16 (61.5)
ไม่มีบทบาทโดยตรง	4 (15.4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ภาคสาธารณสุขและผู้นำชุมชน (n=26) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
ประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่	
ต่ำกว่า 3 ปี	10 (38.5)
3-5 ปี	2 (7.7)
มากกว่า 5 ปี	14(53.8)
การอบรมการป้องกันยาเสพติด	
เคย	12 (46.2)
ไม่เคย	14(53.8)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.40 (S.D. 0.56) ด้านการติดตามและประเมินระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.48 (S.D. 0.60) ด้านการดำเนินการระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.50 (S.D. 0.58) ด้านการตัดสินใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.40 (S.D. 0.61)

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

สรุปประเด็นการมีส่วนร่วม	**Mean**	**S.D.**	**ระดับการมีส่วนร่วม**
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์	1.40	0.56	น้อย
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมิน	1.48	0.60	น้อย
การมีส่วนร่วมดำเนินการ	1.50	0.58	น้อย
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	1.40	0.61	น้อย
ภาพร่วมการมีส่วนร่วม	1.44	0.60	น้อย

ผลการศึกษา กลุ่มเป้าหมายใน กลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มเป้าหมายเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-35 ปี ร้อยละ 75 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85 สถานภาพ โสด ร้อยละ 55 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 80 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 55 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันใน 30 วัน คือบิดาหรือมารดา ร้อยละ 60 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อยู่ด้วยกันราบรื่น ร้อยละ 60 การใช้สารเสพติดครั้งแรกตอนอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 55 เคยรับการบำบัดรักษามาก่อน ร้อยละ 50 เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ตามเกณฑ์สมัครใจ 108 ร้อยละ 65 เหตุผลที่ยังคงใช้สารเสพติดอยู่ในปัจจุบันเพื่อทำงานได้มากขึ้น ร้อยละ 70 เคยพยายามเลิกใช้สารเสพติดมากก่อน ร้อยละ 95

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (n=20)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	20 (100)
อายุ	
ต่ำกว่า 18 ปี	1 (5.0)
18 - 35 ปี	15 (75.0)
36 – 60 ปี	4 (20.0)
โรคประจำตัว	
มีโรคประจำตัว	3 (15.0)
ไม่มีโรคประจำตัว	17 (85.0)
สถานภาพ	
โสด	11 (55.0)
สมรส	5 (25.0)
แยกกันอยู่	2 (10.0)
หย่า	2 (10.0)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	6 (30.0)
มัธยมศึกษา	14 (70.0)

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (n=20) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
อาชีพ	
เกษตรกร	3 (15.0)
รับจ้าง	16 (80.0)
ค้าขาย	1 (5.0)
รายได้	
ต่ำกว่า 5000	11 (55.0)
5000-10000	5 (25.0)
มากกว่า 10000	4 (20.0)
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันใน 30 วัน	
บิดา/มารดา	12 (60.0)
คู่สมรส	5 (25.0)
บุตร	1 (5.0)
ญาติ	1 (5.0)
อยู่คนเดียว	1 (5.0)
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน	
อยู่ด้วยกันราบรื่น	12 (60.0)
อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น	3 (15.0)
บิดา/มารดาเสียชีวิต	5 (25.0)
การใช้สารเสพติดครั้งแรก	
ต่ำกว่า 18 ปี	11 (55.0)
18 - 25 ปี	8 (40.0)
25– 35 ปี	1 (5.0)
มากกว่า 35 ปี	1 (5.0)
สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก(ยกเว้นบุหรี่สุรา)	
เพื่อนชวน	7 (35.0)
อยากลอง	10 (50.0)
ช่วยทำงานได้มากขึ้น	3 (15.0)

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (n=20) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เคยรับการบำบัดรักษามาก่อน	
เคย	10 (50.0)
ไม่เคย	10 (50.0)
เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดในครั้งนี้	
สมัครใจ คสช.108	13 (65.0)
ประชาคมหมู่บ้าน	6 (30.0)
กลัวถูกจับ	1 (5.0)
เหตุผลที่ยังคงใช้สารเสพติดอยู่ในปัจจุบัน	
เคลิบเคลิ้ม/สนุกสนาน	1 (5.0)
คลายเครียด	4 (20.0)
ทำงานได้มากขึ้น	14 (70.0)
เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	1 (5.0)
ความตั้งใจพยายามเลิกใช้สารเสพติด	
ไม่เคยพยายาม	1 (5.0)
เคยพยายาม	19 (95.0)

ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินการตามโครงการ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามโปรแกรมของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 50 คือ ประเด็นการคบเพื่อนที่เสพสารเสพติดด้วยกัน ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ประเด็นเมื่อใช้ยาเสพติดไปแล้วจะไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ไม่ว่าจะทำอย่างไรก็ตาม ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ประเด็นสาเหตุที่ทำให้คนใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติด ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และประเด็นยาบ้า ใช้แล้วช่วยให้ทำงานได้มากยิ่งขึ้น ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20)

ข้อคำถาม	คนที่ตอบถูก	ร้อยละ
1.ยาเสพติด หมายถึง สารใดก็ตามเมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วโดยการกิน ฉีด สูบ หรือดมจะทำให้มีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารนั้นต้องการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ	12	60.0
2.ยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติให้โทษ พ.ศ.2522 แบ่งออกเป็น 4 ประเภท	14	70.0
3.ยาเสพติดที่เรียกว่า ยาบ้า ไม่ใช่ชนิดเดียวกันกับเมทแอมเฟตามีน	12	60.0
4.อาการกระปรี้กระเปร่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายแบบ กระตุ้นประสาทส่วนกลาง	13	65.0
5.สมองของเราประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลัก ๆ คือ สมองส่วนคิดและสมองส่วนยาก	11	55.0
6. ระยะเริ่มต้นใช้ยา เป็นระยะที่คงการใช้ยาเป็นประจำ มีการโกหกเพื่อจะให้ได้ใช้ยาเสพติด	13	65.0
7.ระยะหมกหมุ่นใช้ยา เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่ใช้ยาหรือสารเสพติดสูญเสียการควบคุมเชิงเหตุผล มีการใช้ยาที่บ่อยขึ้นมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องยาเสพติด	14	70.0
8.ตัวกระตุ้น ในการใช้ยาเสพติดคือสิ่งของ สถานที่ บุคคล ที่เมื่อผู้ใช้ยาเสพติดเห็นแล้วทำให้ไม่อยากใช้ยาเสพติดอีก	14	70.0
9.ผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดไม่ถือว่าเป็นผู้กระทำความผิดตามกฎหมาย	11	55.0
10.ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดจะใช้ยาเสพติดก็ต่อเมื่อเกิดอารมณ์เสียใจ ผิดหวัง ดังนั้นอารมณ์เสียใจและผิดหวังคือตัวกระตุ้นภายในของผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด	10	50.0
11.การดื่มเหล้าจะทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้อยากใช้ยาเสพติดลดลง	15	75.0

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20) (ต่อ)

ข้อคำถาม	คนที่ตอบถูก	ร้อยละ
12.การที่ยังคบเพื่อนที่เสพยาเสพติดอยู่ในระหว่างการกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสภาพไม่ส่งผลต่อการเลิกใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการบำบัด	6	30.0
13.หากเพื่อนชักชวนให้ลองใช้ยาเสพติดเป็นการแสดงออกถึงความหวังดี	15	75.0
14.สาเหตุที่ทำให้คนใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติดมาจากเหตุผลที่แตกต่างกัน	8	40.0
15.อารมณ์ความรู้สึกเหงา โกรธ เศร้า รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด	17	85.0
16.เมื่อใช้ยาเสพติดไปแล้วจะไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ไม่ว่าจะทำอย่างไรก็ตาม	7	35.0
17.การตั้งเป้าหมายในการเลิกใช้ยาเสพติดโดยตัวผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้	13	65.0
18.การทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดนั้นเลิกใช้สารเสพติดได้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	12	60.0
19.ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเป็นประจำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน สามารถเลิกยาและสารเสพติดได้ด้วยตนเองเมื่อไหร่ก็ได้ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด	16	80.0
20.ยาบ้า ใช้แล้วช่วยให้ทำงานได้มากยิ่งขึ้น ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย	9	45.0

ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินการตามโครงการ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำและปานกลางร้อยละ 45 มีค่าเฉลี่ยนเมื่อเทียบกับเกณฑ์ 60.50 (ระดับปานกลาง) ส่วนเบี่ยงเบ้นมาตฐาน 10.62 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20)

ระดับความรู้ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ	Mean (เทียบกับเกณฑ์ 100%)	SD
ระดับสูง (> ร้อยละ 80)	2	10.0	60.50 (ปานกลาง)	10.62
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79.99)	9	45.0		
ระดับต่ำ (< ร้อยละ 59.99)	9	45.0		

สรุปการศึกษา ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา การป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบประเด็นปัญหา และอุปสรรค ในการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ดังนี้

การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่ผ่านมามีบางช่วงเวลาที่การบำบัดฟื้นฟูไม่ได้ดำเนินการตามโปรแกรม modified matrix และขาดการส่งต่อการให้บริการระหว่างพยาบาลยาเสพติดและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เนื่องจาก พนักงานของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการโดยพยาบาลยาเสพติดเป็นหลักซึ่งมีจำนวน 1 คนต่อผู้เข้ารับการบำบัด 20 คน มันทำให้กระบวนการบำบัดในบางครั้งขาดการส่งต่อการให้บริการและไม่เป็นไปตามตัวโปรแกรม modified matrix นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 95 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน แต่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอม-เฟตามีน ไม่ทราบว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยนของคะแนนเมื่อเทียบกับเกณฑ์อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.50 อีกทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ของกลุ่มเป้ามายมีค่าเฉลี่ย 1.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 0.60 อยู่ในระดับน้อย

จากประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันคือกำหนดโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน เพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1. พยาบาลยาเสพติด ทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติการ ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 2 คน

2. ส่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เข้ารับการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก แบบ matrix Program ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น

3. อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ให้กับตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธรณสุข จากพื้นที่ 10 ตำบล จำนวน 20 คน

4. การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

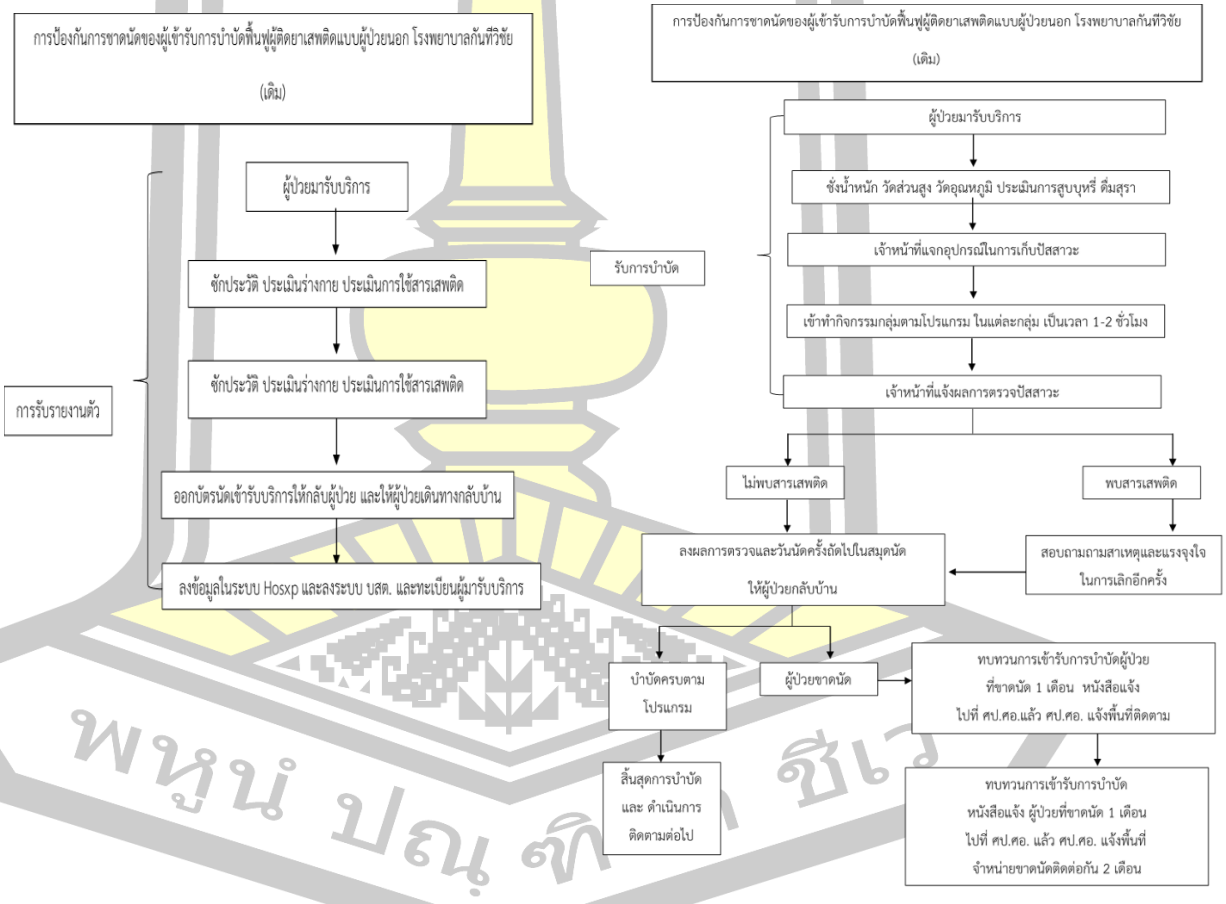
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

การศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอม-เฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ตามที่ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันและดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน มีกิจกรรมดำเนินการทั้งสิ้น 4 กิจกรรม ดังนี้

1. พยาบาลยาเสพติด ทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติการ ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 2 คน



ภาพประกอบ 2 ประชุมทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการ ณ ห้องประชุมกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย



ภาพประกอบ 3 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเพสติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จากการทบทวน การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix (ก่อนการพัฒนา)

2. ส่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เข้ารับการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก แบบ matrix Program ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น ในหลักสูตร 5 วัน





ภาพประกอบ 4 อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ใช้งาน โปรแกรม modified matrix โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

3. อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ให้กับตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จากพื้นที่ 10 ตำบล จำนวน 20 คน





ภาพประกอบ 5 อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

4. การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการดังต่อไปนี้

4.1 พยาบาลวิชายาเสพติด ดำเนินการซักประวัติ ประเมินการติดสารเสพติด ชี้แจงการเข้ารับบริการ ข้อตกลง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการมีผู้ดูแลช่วยเหลือหรือบัดดี้

4.2 กำหนดคู่บัดดี้ที่ค่อยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและไม่มีข้อคัดแย้งหรือผิดใจกัน เป็นคู่บัดดี้ในการดูแล สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่าง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย

4.3 พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการออกบัตรนัดเข้ารับบริการให้กับผู้ป่วยและนัดหมายเข้ารับบริการในสัปดาห์ต่อไป

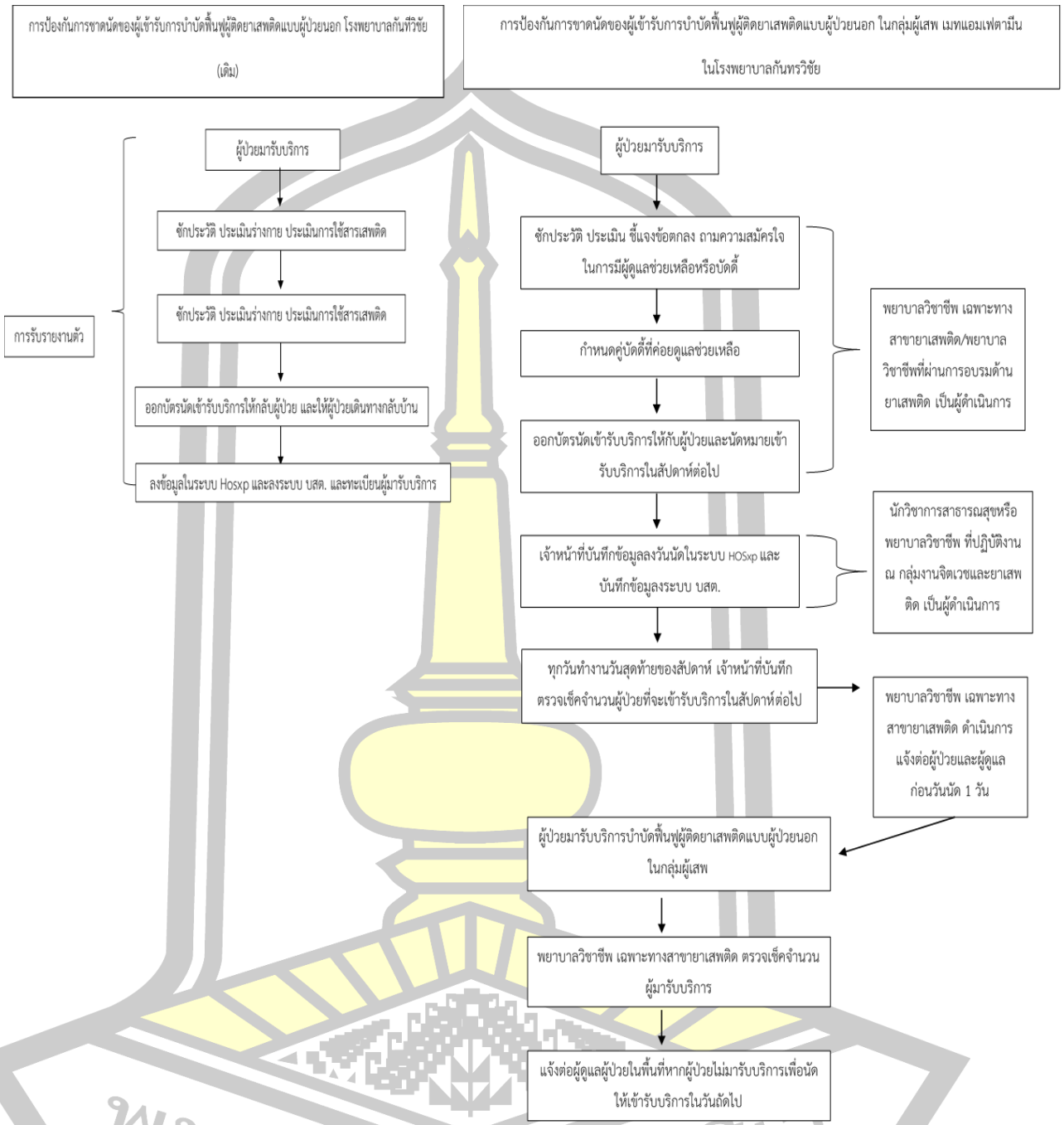
4.4 นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบการลงบันทึกข้อมูล ดำเนินการลงข้อมูลในระบบ HOSxp ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งลงวันนัด และลงข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

4.5 เจ้าหน้าที่ประจำ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในสัปดาห์ถัดไป แล้วส่งข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการแจ้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนวันนัด 1 วัน

4.6 เมื่อผู้ป่วยมารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ที่ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เสร็จสิ้นในวันนี้พยาบาลยาเสพติดจำดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้มารับบริการและแจ้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หากผู้ป่วยไม่มารับบริการเพื่อนัดให้เข้ารับบริการในวันถัดไป

การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นเป็นการเพิ่มกระบวนการมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัว หรือผู้นำชุมชน ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ซึ่ง เป็นผลมาจากการทบทวนรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน แบบเดิม โดยจะมีการกำหนดผู้ดูแลตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารายงานตัวซึ่งเป็นการตกลงร่วมกันกับผู้ป่วย รายละเอียดดังภาพที่ 6

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพประกอบ 6 การเปรียบเทียบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่าง แบบเดิม และแบบใหม่

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.3.1 จากการใช้แบบสอบถามวิจัย แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกสังเกตการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบ พบว่า

1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการร่วมพัฒนาระบบ คือ กลุ่มเป้าหมายภาคสาธารณสุข ภาคผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดครบ 1 ปีและมีประวัติขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา พร้อมญาติ มีส่วนร่วมทั้งด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินการ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p - value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลังดำเนินโครงการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=26)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ก่อน		หลัง		Z	P- value
	Mean	SD	Mean	SD		
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์	1.48	0.60	2.65	0.33	4.246[a]	<0.001*
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมิน	1.40	0.56	2.73	0.35	4.329[a]	<0.001*
การมีส่วนร่วมดำเนินการ	1.50	0.58	2.81	0.28	4.327[a]	<0.001*
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	1.41	0.61	2.82	0.31	4.269[a]	<0.001*
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	1.44	0.60	2.71	0.35	4.238[a]	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการตามโครงการพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้มากกว่าก่อนดำเนินการตามโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p- value < 0.001) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังการพัฒนา		Z	p – value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมาย	12.10	2.12	18.75	1.37	3.94[a]	<0.001[*]

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D. = 0.51) รายละเอียดแสดงตาราง 8 ดังนี้

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

สรุปประเด็นความพึงพอใจ	**Mean**	**S.D.**	**ระดับความพึงพอใจ**
มิติทางกาย	2.32	0.24	มาก
มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา	2.65	0.40	มาก
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	2.55	0.45	มาก
ภาพร่วมความพึงพอใจ	2.45	0.51	มาก

4) ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยรวมทั้งแบบสอบถาม 2.76 (S.D. = 0.25) รายละเอียดแสดงตาราง 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

สรุปประเด็นความพึงพอใจ	**Mean**	**SD**	**ระดับความพึงพอใจ**
มิติทางกาย	2.76	0.35	มาก
มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา	2.69	0.24	มาก
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	2.59	0.25	มาก
ภาพร่วมความพึงพอใจ	2.76	0.25	มาก

5) การขาดนัดในระหว่างการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน พบว่าในระหว่างช่วงเดือนที่ 1 ถึง เดือนที่ 2 และ เดือนที่ 2 ถึง เดือนที่ 3 ของการบำบัดฟื้นฟูฯ มีผู้ขาดนัดไม่มาตามที่ได้ตกลงนัดหมายไว้ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 รายละเอียดแสดงตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 10 การขาดนัดและการคงอยู่ในระบบการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน (n=20)

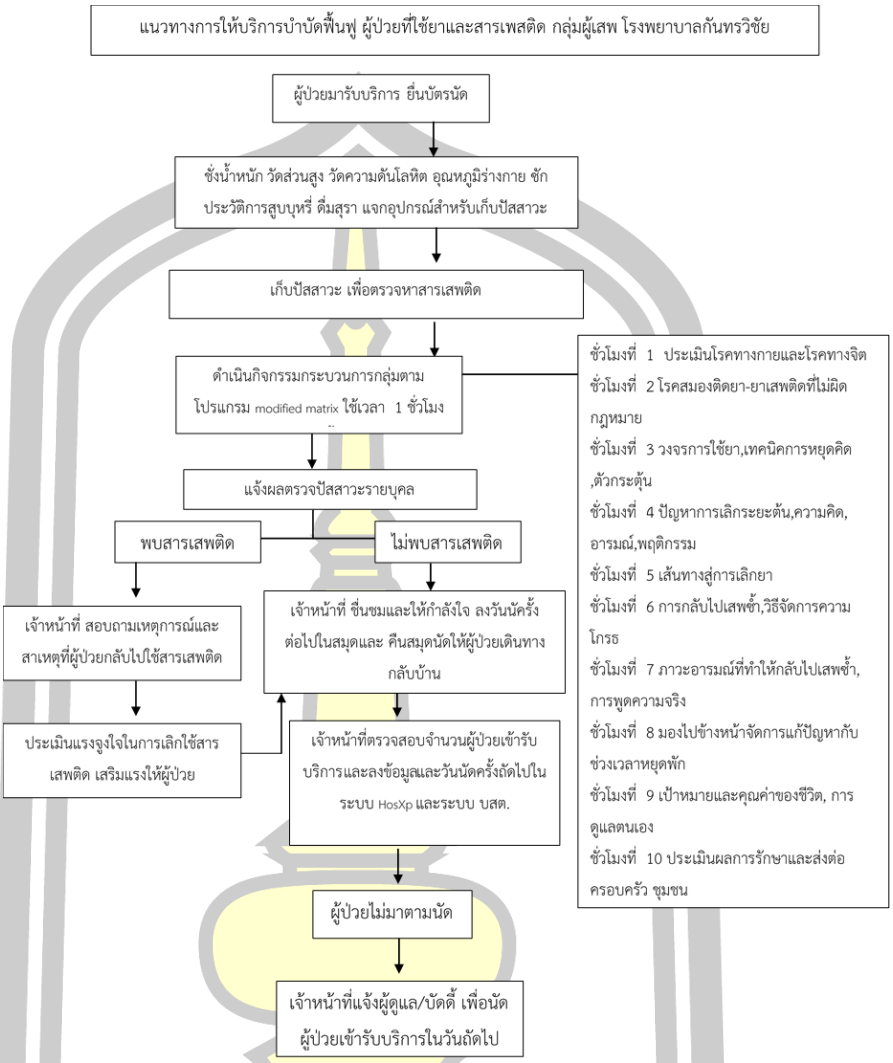
แบ่งตามช่วงเวลาเข้ารับการบำบัดฯ	จำนวน	ร้อยละ
ในช่วง เดือนที่ 1	2	10.00
ระหว่างเดือนที่ 1- เดือนที่ 2	3	15.00
ระหว่างเดือนที่ 2- เดือนที่ 3	3	15.00
ระหว่างเดือนที่ 3- เดือนที่ 4	1	5.00

6) อัตราการคงอยู่ในระบบการการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน เมื่อครบ 4 เดือนพบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ คงอยู่ในระบบ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดแสดงตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ เมื่อครบ 4 เดือน

จำนวน	ร้อยละ
20	100.00

7) ได้รูปแบบการการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งเป็นการสะท้อนผลของการประชุมร่วมกันของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ ฯ ดังรายระเอียดตามภาพประกอบที่ 6 และภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบ 7 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเพสติด กลุ่มผู้เสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชนได้ร่วมดำเนินการสรุปรายงานและสะท้อนผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่สำคัญ มีดังนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากกากรสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าปัจจัยที่ทำให้

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนวิชาการที่ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ดำเนินงานส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร modified matrix ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น หลักสูตรให้คำปรึกษาเบื้องต้น BA BI เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม โดยที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ทุกคนมีระบบส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่างการบำบัดที่เพิ่มขึ้น

2. กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย ร่วมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข ในกับผู้ป่วยได้รับทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม

3. กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนวันนัดและย้ำเตือนการเข้ารับบริการสามารถที่จะปรับกิจวัตประจำวันให้สอดคล้องกับการเข้ารับบริการได้ แม้ว่าในช่วงแรกของการกำหนดผู้ดูแลจะมีความไม่แน่ใจและไม่รู้ว่าจะเลือกใครแต่เมื่อรับทราบข้อมูลทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน จนครบโปรแกรมการบำบัด

“ดิฉันว่าที่ผู้ป่วยของเรานั้นขาดนัดบ่อย ส่วนหนึ่งก็มาจากการที่คนให้ให้ความสำคัญกับภารกิจกิจวัตรประจำวันมากกกว่าการบำบัดจนลืมวันนัดและไม่มีคนค่อยดูแล ครอบครัวก็ไม่ได้ย้ำเตือนหรืออาจจะไม่รู้ด้วยซ้ำว่าคนไข้ต้องมานัดบำบัด การที่มีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความเคารพและเชื่อฟังค่อยช่วยย้ำเตือนวันนัดที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการ น่าจะส่งผลในผู้ป่วยเดินทางมารับบริการตามวันที่นัดไว้ได้ แต่ทั้งนี้ผู้ดูแลควรเป็นบุคคลที่มีสัมพันธ์ที่ดีเป็นไปในทิศทางบวกกับผู้ป่วยเพื่อไม่เป็นการทำให้ผู้ป่วยมองว่าเป็นการควบคุมจนเกินไป ซึ่งอาจเป็นผู้ปกครอง ญาติ ผู้นำชุมชน หรือคนที่ผู้ป่วยเคารพในชุมชน และมาจากการเสนอของผู้ป่วยว่ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดูแลและช่วยย้ำเตือนในการมารับบริการตามนัด” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนสาธารณสุข 1,วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ของเรามีความชัดเจนขึ้นเป็นอย่างมาก และนับได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มันดีขึ้น เพราะเราได้ดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นขั้นตอน และได้รับความร่วมมือจากทางผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน ผู้ปกครองของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งทุกท่านต่างให้ความสำคัญในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ไม่ได้มองว่านี้เป็นปัญหาของผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว และร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทีม นั้นทำให้ผู้ป่วยของเรามีกำลังใจและมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดจนครบกระบวนการบำบัด ซึ่งจะเป็นผลดีกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต่อไปในอนาคต” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนสาธารณสุข 2, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เพราะว่าในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะก็จะมีกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไปเพื่อมุ่งหวังในผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญและสามารถที่จะตัดสินใจได้อย่างถูกต้องร่วมไปถึงการได้ร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองและความเข้าใจของตนเองและเพื่อนที่อยู่กลุ่มเดียวกัน ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดรับบริการได้นั้นหมายความว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดและไม่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนในหัวข้อและประเด็นนั้น แม้ว่าผู้ป่วยจะมาในวันถัดไปหรือนัดถัดไป มันก็จะเป็นอีกหัวข้อหรือผู้ป่วยอีกกลุ่ม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นการที่เราได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาล

กันทรวิชัย จึงเป็นส่วนหนึ่งจะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างครบและมีประสิทธิภาพมากที่สุด” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนสาธารณสุข 3,วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“ที่ผ่านมาผมกะคิดตะว่า ตำรวจ ปลัด พามาเข้าบำบัดแล้ว พามาหาคุณหมอแล้วกะหมดหน้าที่แล้ว กะเป็นเรื่องของเขากับคุณหมอแล้วสิดำเนินการต่อไป แต่พอมาร่วมโครงการกิจกรรมมันกะเข้าใจหลายขึ้น รู้ว่าทางครอบครัวทางบ้านเขากะต้องมีส่วนร่วมนำใส่ใจนำ มันจังสิเฮ็ดให้คนไข้เขาเอาชนะใจกะของได้” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนผู้นำชุมชน 1, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“ก่อนอื่นเลยดิฉันต้องขอขอบพระคุณทางท่านผู้นำชุมชน และคณะทำงานทุกท่านที่ได้ให้โอกาสดิฉันได้มาร่วมการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ดิฉันคิดว่าการที่เราได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัยจนประสบผลสำเร็จในครั้งนี้นั้นเกิดจากการร่วมมือกับของทุกท่าน ขอบคุณทางท่านผู้นำชุมชน ที่ให้ความสำคัญและมาเป็นส่วนหนึ่งการดำเนินงานในครั้งนี้ ขอบคุณคุณหมอ หนิง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทางคุณหมอ ท่านอื่นๆได้พัฒนาตนเองและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะมีบ้างท่านไม่อยู่ก็ตามงานก็ยังสามารถทำต่อไปได้ ขอบคุณคุณหมอนุ่ม คนหมอคนสวย ที่ค่อยให้กำลังใจและตอบข้อสงสัยของทางทีมผู้นำชุนชน ทำให้มีความมั่นใจในการดำเนินงานยิ่งขึ้น ในปัจจุบันบ้านเรามีการระบาดของยาเสพติดมากขึ้นและ ประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นวัยแรงงานเข้าถึงยาเสพติดมากขึ้น ดิฉันอยากให้เรามีกิจกรรมแบบนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อช่วยลูกหลานบ้านเราให้เลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนผู้นำชุมชน 2, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“ผมกะเห็นด้วยอยู่ในการที่เฮาได้พัฒนาการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดนี้ เพราะว่าสุมื้อนี้ถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเขามาเองดูแลกะของเองลังเทือมันกะบ่ได้ใส่ใจปานนั้น บ่มากะบีมีไผว่าเด้ละ บ่มากะบ่เป็นหยังดอกตี้ หรือแม้แต่โตของผมเองกะยังเข้าใจว่าบ่มาเทือหนึ่งกะสิบ่เป็นหยังดอกมั้ง เทือเดียวหนึ่งแต่พอมาร่วมโครงการ มารู้ว่ามีเหตุและผลของแต่ละรอบที่นัดไปบำบัด ผมกะไปพยายามที่สิเว้ากับเขาให้เข้าใจและกะย้ำให้ไปบำบัด กะบ่ได้ไปฮ้ายไปว่าหยังเขาเด้ครับ กะเว้ากะถามเค้าดีดีนี้ละครับว่า หล่าอย่าลืมนัดกับทางหมอเพิ่นเด้มื้อนิ กะเว้าท่อนั้นละครับ เขากะตอบ ครับๆ ไปอยู่ครับ ส่วนหนึ่งกะดีใจว่าที่เฮาได้ซอยเหลือเขา เห็นเขาไปบำบัดตลอด

ผมกะมีความหวัดว่าเขาสิกลับมาเป็นคนฮู้ผู้ดีของหมู่บ้านเฮานี้ละครับ” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนผู้นำชุมชน 3, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“กะบ่แมนว่าบ่อยากมาเด้ครับคุณหมอ แต่มันกะยากงานอีหลีครับ ไปรับงานเพิ่นไว้แล้วถ้าบ่ไปกะเสียดายเงินครับ เถิ่งมันกะจำบ่ได้อีหลีครับ เฮ็ดนั้นเฮ็ดนี่ไปนำมันกะลืมไปเลย กะดีว่าได้เฒ่าแม่ลาวซอยเตือนให้ กะเลยได้มาตามนัดครับ” (กลุ่มเป้าหมายภาคผู้เข้ารับการบำบัด1,วันที่ 4 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอนประกอบไปด้วย 1) ขั้นการวางแผน (planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (action) 3) ขั้นสังเกต (observation) 4) ขั้นสะท้อนผล (reflation) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral cycle ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึงเดือน กันยายน 2566 ระยะเวลา 4 เดือน

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 46 คน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากร คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาคส่วนของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 26 คน และภาคส่วนของกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งแบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) แบบสอบถามการวิจัยมี 2 ชุดคือ แบบสอบถามการวิจัย 1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ 2) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน มีการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

พหุปณฺฑิโต ชีเว

5.1 สรุปผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ตามแนวคิด P-A-O-R spiral cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) สรุปผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

5.1.1 บริบทและสภาพปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

ลงพื้นที่ศึกษาบริบทและประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา อุปสรรค และแนวทางการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ที่รับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ที่ผ่านมามีบางช่วงเวลาที่การบำบัดฟื้นฟูไม่ได้ดำเนินการตามโปรแกรม modified matrix และขาดการส่งต่อการให้บริการระหว่างพยาบาลยาเสพติดและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เนื่องจาก พนักงานของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการโดยพยาบาลยาเสพติดเป็นหลักซึ่งมีจำนวน 1 คน ต่อผู้เข้ารับการบำบัด 20 คน มันทำให้กระบวนการบำบัดในบางครั้งขาดการส่งต่อการให้บริการและไม่เป็นไปตามตัวโปรแกรม modified matrix นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 95 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน แต่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ไม่ทราบว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45 และปานกลาง ร้อยละ 45 อีกทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ของกลุ่มเป้ามายมีค่าเฉลี่ย 1.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 0.60 อยู่ในระดับน้อย จากประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันคือกำหนดโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน เพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1) พยาบาลยาเสพติด ทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติการ ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 2 คน

2) ส่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เข้ารับการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก แบบ matrix program ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น

3) อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ให้กับตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธรณสุข จากพื้นที่ 10 ตำบล จำนวน 20 คน

4) การดำเนินการตามแผนการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

5.1.2 รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

เป็นการพัฒนาขีดความสามารถของผู้ให้บริการซึ่งกลุ่มเป้าหมายในภาคส่วนสาธารณสุขให้มีศักยภาพที่เพียงพอสามารถดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรม แบบทดแทนกันได้ ในกรณีที่พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติดซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่ และสร้างความร่วมมือโดยการดึงกลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยในระดับครอบครัว ชุมชน เข้ามาเป็นกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน มีแนวทางในการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการซักประวัติ ประเมินการติดสารเสพติด ชี้แจงการเข้ารับบริการ ข้อตกลง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการมีผู้ดูแลช่วยเหลือหรือบัดดี้

2) กำหนดคู่บัดดี้ที่ค่อยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและไม่มีข้อคัดแย้งหรือผิดใจกัน เป็นคู่บัดดี้ในการดูแล สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่าง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย

3) พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการออกบัตรนัดเข้ารับบริการให้กับผู้ป่วยและนัดหมายเข้ารับบริการในสัปดาห์ต่อไป

4) เจ้าหน้าที่ประจำ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการลงข้อมูลในระบบ Hoxp ของโรงพยาบาลพร้อมทั้งลงวันนัด และลงข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

5) เจ้าหน้าที่ประจำ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในสัปดาห์ถัดไป แล้วส่งข้อมูลให้พยาบาลยาเสพติดดำเนินการแจ้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนวันนัด 1 วัน

6) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ที่ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เสร็จสิ้นในวันนี้พยาบาลยาเสพติดจำดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้มารับบริการและแจ้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หากผู้ป่วยไม่มารับบริการเพื่อนัดให้เข้ารับบริการในวันถัดไป

ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบจากรูปแบบเดิมที่มีอยู่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้มากขึ้น

5.1.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการร่วมพัฒนาระบบ คือ กลุ่มเป้าหมายภาคสาธารณสุข ภาคผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดครบ 1 ปีและมีประวัติขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา พร้อมญาติ มีส่วนร่วมทั้งด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินการ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการ และมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p - value < 0.001)

ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน หลังการดำเนินการตามโครงการกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยความรู้เทียบกับเกณฑ์ ร้อยละ 93.75 อยู่ในเกณฑ์ ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p- value < 0.001)

ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยรวมทั้งแบบสอบถาม 2.76 ($SD = 0.25$)

อัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน หลังรับการบำบัดครบ 4 เดือน พบว่า มีอัตราการคงอยู่ในระบบมากถึง ร้อยละ 100

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากกากรสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชองปริมาณ พบว่าปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนวิชาการที่ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ดำเนินงานส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขเข้ารับการอบรมตามหลักสูตร modified matrix ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น หลักสูตรให้คำปรึกษาเบื้องต้น BA BI เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม โดยที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ทุกคนมีระบบส่งต่อข้อมุลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่าการบำบัดที่เพิ่มขึ้น

2) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย ร่วมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข ในกับผู้ป่วยได้รับทราบส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม

3) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีคะแนนความรู้ในเรื่องของยาเสพติดเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนวันนัดและย้ำเตือนการเข้ารับบริการสามารถที่จะปรับกิจวัตประจำวันให้สอดคล้องกับการเข้ารับบริการได้ แม้ว่าในช่วงแรกของการกำหนดผู้ดูแลจะมีความไม่แน่ใจและไม่รู้ว่าจะเลือกใครแต่เมื่อรับทาบข้อมูลทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความตั้งใจที่จะเข้ารับ

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน จนครบโปรแกรมการบำบัด

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ที่ได้รับความร่วมมือ และสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ ตามแนวคิด P-A-O-R spiral cycle ของ เคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis, S & McTaggart, 1988) อภิปรายการศึกษาวิจัย ดังนี้

การปฏิบัติหน้าที่ในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม โดยที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ มีระบบส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่างการบำบัดที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการนำปัญหาที่พบจากการสำรวจ มาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันผ่านกระบวนการกลุ่มของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติด ทำให้การให้บริการบำบัดฟื้นฟูสามารถดำเนินการทดแทนกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องตามโปรแกรม ที่กำหนดซึ่งเป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีการวางลำดับการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดอย่างเป็นขั้นตอน และส่งเสริมการตัดสินใจของผู้เข้ารับการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล (2565) ศึกษาประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ประสิทธิผลของการบำบัดกลุ่มประชากรตัวอย่างสามารถหยุดเสพที่ 3 เดือนหลัง จบโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 76.9 มาจากกระบวนการบำบัดใช้หลักการปรับความคิดพฤติกรรม ที่ใช้การสำรวจผลกระทบจากการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย สำรวจความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักต่อปัญหาจากการใช้สารเสพติดช่วยสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติดมีการให้ความรู้เรื่องผลเสียของยาเสพติด พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะสมองติดยา มีการป้องกันการกลับไป เสพซ้ำโดยแนะนำการจัดการอารมณ์และความคิดที่ไม่เหมาะสม การค้นหาและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เสพยา การจัดตารางกิจกรรมประจำวัน ค้นหาอุปสรรคระหว่างการบำบัด นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่ญาติ สนับสนุนผู้ป่วยในการฟื้นฟูสัมพันธภาพในครอบครัว โดยกลุ่ม

งานจิตเวชและยาเสพติดได้ปรับ การบำบัดจากแนวทางเดิมที่บำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่รายได้น้อย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำให้สะดวกในการมารับบริการได้ต่อเนื่องและมี ประสิทธิผลมากที่สุด

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ประสบความสำเร็จจากการได้รับความร่วมมือในการดำเนินโครงการทั้งภาคของวิชาการซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ให้การสนับสนุนการดำเนินการทุกขั้นตอน อันเป็นผลมาจากการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม และนำมาคืนข้อมูลให้กลับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้รับทราบข้อมูลพร้อมๆกันและรวมกันวางแผนการดำเนินงาน นำกลุ่มเป้าหมายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการ ตามทฤษฎีการมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับทราบข้อมูลปัญหาสถานการณ์ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามแผนที่ว่างร่วมกัน และร่วมสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ร่วมถึงเป็นผู้รับรู้ถึงผลประโยชน์ที่เกินจากการทำงานร่วมกันในครั้งนี้ สอดคล้องกับ (โสณกุญช์ ทรัพย์สมบัติ, 2556) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดพบว่าประชาชนร้อยละ 80.6 ประชาชนเห็นว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และร้อยละ 98.9 เห็นด้วยกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยอาศัยจุดเข็งคือความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คนรู้จักสนิดสนมเกื้อกลูแบ่งปันทรัพยากร สมาชิกในชุมชนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและประเมินผล ทำให้ก่อเกิดความเข็มแข็งของภาคีเครือข่าย

ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย ร่วมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข กับผู้ป่วยได้รับทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม เป็นผลมาจากการทบทวนการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูที่ผ่านมาร่วมกันของผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้ทราบว่าครอบครัว ชุมชน ผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ในการบำบัดของของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเพียง 1 – 2 ชั่วโมง ในขณะที่เวลาที่เหลือผู้ป่วยอยู่กับครอบครับ ชุมชน ทำให้ทราบว่าหากดึงกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หรือผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมที่จะช่วยผู้ป่วยให้เข้ารับบริการตามวันนัดทุกครั้ง โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมร่วมรับทราบปัญหาที่ผ่านมาในการบำบัด ร่วมรับทราบวิธีการแนวทางการรักษา ร่วมดำเนินการดูแล

ผู้ป่วย และร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกันกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามนัดและได้รับองค์ความรู้ตามกระบวนการบำบัดอย่างครบถ้วนตามโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทร์ทิพย์ อินทรสุข (2556) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปเสพซ้ำและติดตามการรักษาโดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์จำนวน 138 คน พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ย 3.99 ด้านสัมพันธภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 ด้านการแก้ปัญหา ค่าเฉลี่ย 3.91 และด้านการปฏิบัติหน้าที่ ค่าเฉลี่ย 3.80 โดยทุกด้านอยู่ในระดับมากปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังรับการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.54 และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.89 ด้านการดูแลร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ย2.64 ด้านเศรษฐกิจ ค่าเฉลี่ย2.33 และด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.22

ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีคะแนนความรู้ในเรื่องของยาเสพติดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ในระดับ มาก เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และได้รับองค์ความรู้ตามโปรแกรมที่กำหนด ทำให้มีองค์ความรู้และเข้าใจในเรื่องของยาเสพติด เนื่องจากในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะได้รับใบงานซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ และได้ความเข้าใจจากการตอบประเด็นข้อสงสัย จากผู้ให้บริการซึ่งผ่านการอบรมพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด และได้รับฟังมุมมองเกี่ยวกับยาเสพติดจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดที่ทำกระบวนการกลุ่มร่วมกัน ทำให้ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับการทบทวนและทำความเข้าใจอยู่ตลอดระหว่างกระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯ สอดคล้องกับ อรรถพงษ์ ฉัตรดอน (2564) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยเก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ จำนวน 60 คน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา พบว่า คะแนนด้านการรู้ตนเอง ความลังเลในการตัดสินใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนด้านการลงมือทำก่อนเข้ารับการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้ารับการบำบัดคะแนนด้านการลงมือทำอยู่ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการลงมือทำและคะแนนรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่

ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสังคม ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้

1) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ขึ้นใหม่โดยพัฒนาจากรูปแบบเดินที่มีอยู่ แต่ยังไม่สามารถเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดฟื้นฟูของผู้เข้ารับบริการได้ จึงได้ศึกษาข้อมูล บริบท สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค และดำเนินการพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิด P-A-O-R spiral cycle ของ เคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม การดำเนินการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างที่จำเพาะในบริบทของพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2) ควรส่งเสริมบุคลากร อันได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่ยังไม่ผ่านการอบรมพัฒนาความรู้ด้านยาเสพติด ให้ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในโปรแกรมระดับสูงยิ่งขึ้นไปเพื่อให้สามารถดำเนินงานทดแทนผู้รับผิดชอบในทุกกิจกรรม และเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน

3) การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสพสารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการมากที่สุดดันนั้นจึงควรส่งเสริมให้ขยายความครอบคลุมในผู้ป่วยกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั้งในแบบผู้ป่วยนอก และการบำบัดในชุมชน เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่แตกต่างกัน ในบริบทที่แตกต่างกัน

5.3.2 ข้อเสนอแนะมีการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ให้ครอบคลุมภาคส่วนของกรมการปกครอง ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ ในระดับของการขับเคลื่อนนโยบาย ภาคของอำเภอ

2) ควรศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองเพื่อศึกษาความแตกต่างกันของประสิทธิภาพ ของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. (2565). ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3,* 16(1), 23-33.

กลุ่มงานยุทธศาสตร์ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานผลการดำเนินงานีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมสุขภาพจิต. (2544). *คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น.

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ.* [ออนไลน์]. ได้จาก https://citly.me/alj5o. [สืบค้นเมื่อนวันที่ 11 กรกฎาคม 2565].

กระทรวงสาธารณสุข. (2522). *พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์. (2558). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เจษฎา นันใจวงษ์. (2563). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรยาเสพติด. *วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์.* 4(2), 1.

ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2545). *การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นที่สมดุล.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด.

ไชยยา รัตนพันธ์. (2562). *การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด.* เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

ณัฐวุฒิ ประโมง อุษา คงทอง บุญเรือง ศรีเหรัญ และกาญจนา สีจีนะพงษ์. (2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมต้านยาเสพติดในกลุ่มนักเรียน. วิทยานิพนธ์คุรุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (2545). *เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์.* พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.

ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. (2545). *จิตวิทยาการศึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธนวัฒน์ คำลีลานนท์. (2550). *การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่น เทศบาลเมืองคูคต จังหวัดปทุมธานี.* วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

ธนูรัตน์ พุทธชาติ, กาญจนา รัตน์พันธ์, เสาดาหรอ โสดาดิส และวรัญญา ไชยสาลี. (2554). *การประเมินการเสพยาบ้าซ้ำในผู้ป่วยระยะติดตามผลของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลาโดยการตรวจในเส้นผม.* สงขลา: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.

นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์. (2563). การพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(4), 81-90.

นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2541). *การบริการสาธารณะในระบบกฎหมายปกครองของฝรั่งเศส.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สำนักนิติธรรม.

นำชัย ทนุผล. (2531). *หลักการและยุทธวิธีการพัฒนาชุมชน.* เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สถาบันเทคโนโลยีการเกษตรแม่โจ้.

นิรันทร์ชัย พัฒนาพงศา. (2547). *การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐานเทคนิคและกรณีตัวอย่าง.* พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญศิริ จันศิริมงคล. (2556). *การดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน.* พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์.

เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ. (2544). *การวิจัยการมีส่วนร่วมทางส่งเสริมการเกษตร ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยเพื่อการพัฒนาการส่งเสริมการเกษตร หน่วยที่ 9.* กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ประสบสุข ดีอินทร์. (2537). *การมีส่วนร่วมต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนันผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

ปรีดา เจษฎาวรางกุล. (2550). *การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคูคตอำเภอลำลูกกา จังหวดปทุมธานี.* วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปิยะนุช เงินคล้าย. (2536). *ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนการศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒน-บริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2526). *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

มนตรี รอดแก้ว และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2562). *การพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดโดย(วิถีพุทธ)ของวัดถ้ำกระบอก จังหวัดสระบุรี.* สระบุรี: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2562). *คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มเสพ.* ขอนแก่น: สำนักพิมพ์บริษัท ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา จำกัด.

วันทนา กลางบุรัมย์. (2557). *การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในจังหวัดกาฬสินธุ์โดยบูรณาการหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2530). *การบริหารและการจัดการทางทรัพยากรธรรมชาติ: บทบาทขององค์กรในท้องถิ่น.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

ศิราณี อินทรหนองไผ่. (2554). *กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ.* พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ศูนย์การต่อสู้เพื่อชนะยาเสพติด กรมสามัญศึกษา. (2546). *แนวคิด วิธีการป้องกัน แก้ไข และควบคุมปัญหายาเสพติดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.* กรุงเทพฯ: กรมสามัญศึกษา.

สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์. (2542). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันไฟป่า:กรณีศึกษาอุทยานแห่งชาติเขาสามหลั่นจังหวัดสระบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ. (2542). *ขั้นของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการวางแผนพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดกำแพงเพชร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2547). *คู่มือรูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงยุติธรรม. (2564). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564.* [ออนไลน์]. ได้จาก: https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf. [สืบค้นเมื่อนวันที่ 11 กรกฎาคม 2565].

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2564). *พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564.* กรุงเทพฯ :สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สุดปราณี ศรีโกมุท. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) : กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.พระนครศรีอยุธยา. *วารสารธรรมทรรศน์*, 35(2), 37

สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาคามเปเปอร์.

สุวิทย์ เศวตสุนทร. (2536). *การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการคุมประพฤติ.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสณกุญช์ ทรัพย์สมบัติ. (2556). *การพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด* วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อรวรรณ หุ่นดี. (2531). *ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ.* กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต.

อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. (2564). แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลปทุมธานี. *วารสารการแพทย์ เขต 4-5,* 40(2), 181.

อรอนงค์ หงส์ชุมแพ. (2538). *ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและการป้องกันตนเองจากการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อับดุลคอลิก อัรรอฮีมีย์, อิสยัสมะเก็ง และ ฮูเซ็น ซาวัล. (2565). บทบาทของครอบครัวมุสลิมต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบำบัดรักษาผู้ป่วย (ผู้ติดยาเสพติด) กรณีศึกษาสถานบำบัดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี. *วารสารอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,* 13(1), 66-96.

อารดา คูเจริญ. (2566). ปัจจัยมูลเหตุพฤติกรรมการติดยาเสพติดของวัยรุ่นในประเทศไทย : การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองระหว่างวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง. *Journal of Roi Kaensarn Academi มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 8(5), 236-255.

อินทร์ทิพย์ อินทรสุข. (2556). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ. *วารสารวิชาการเสพติด, 1(1), 32- 43*

Holloway, I. W. (2010). *Qualitative research in nursing and health care.* 3 rded. India: Laserwords Privates.

Holter, I. M., & Schawartz, B. D. (1993). Action research: What is it ? How has it been used and how can it be used in nursing ?. *Journal of Advanced Nursing,* 18(2), 298-304.

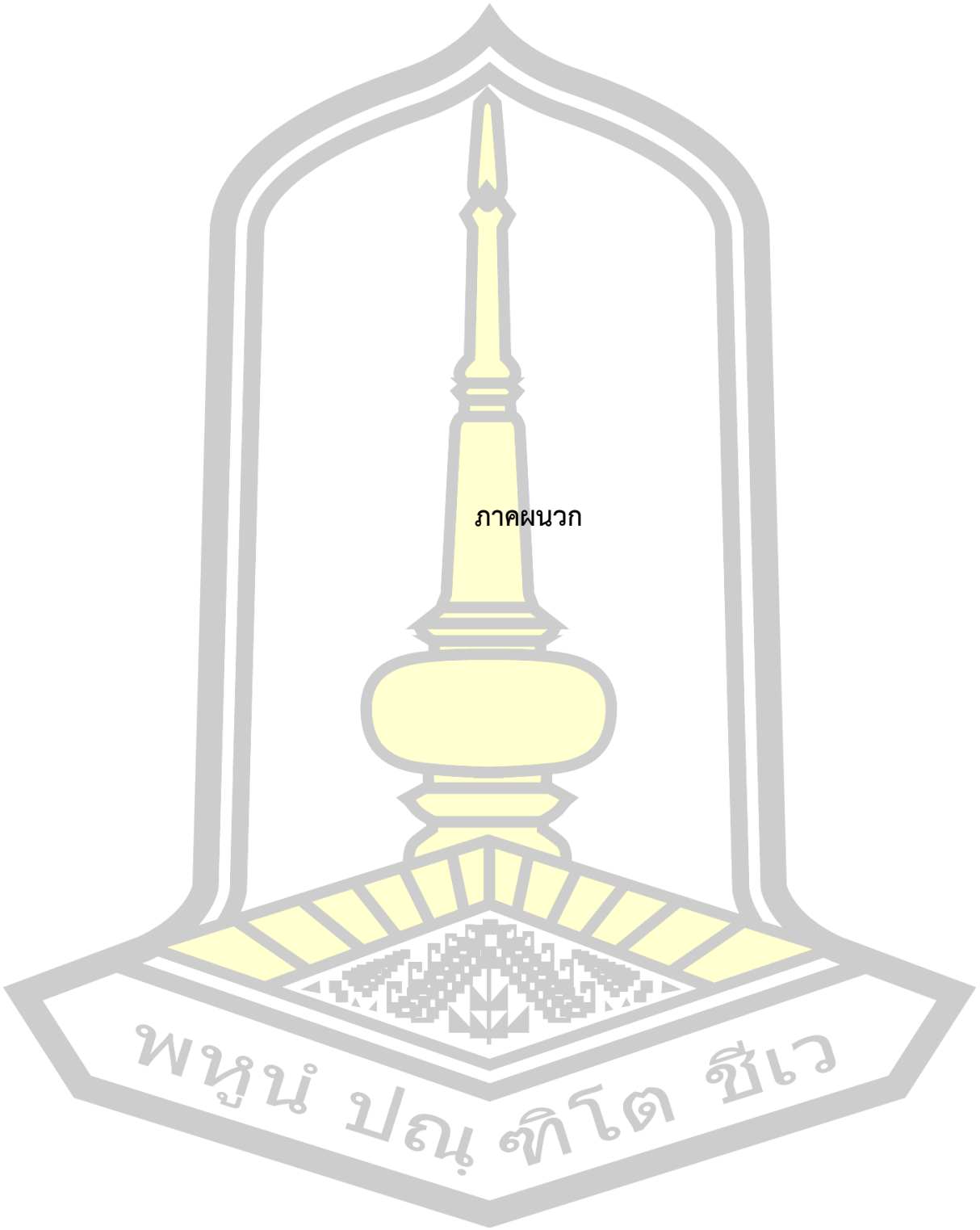
James L.Creighton. (2005). *A guide book for involving citizens in community*. Creighton University.

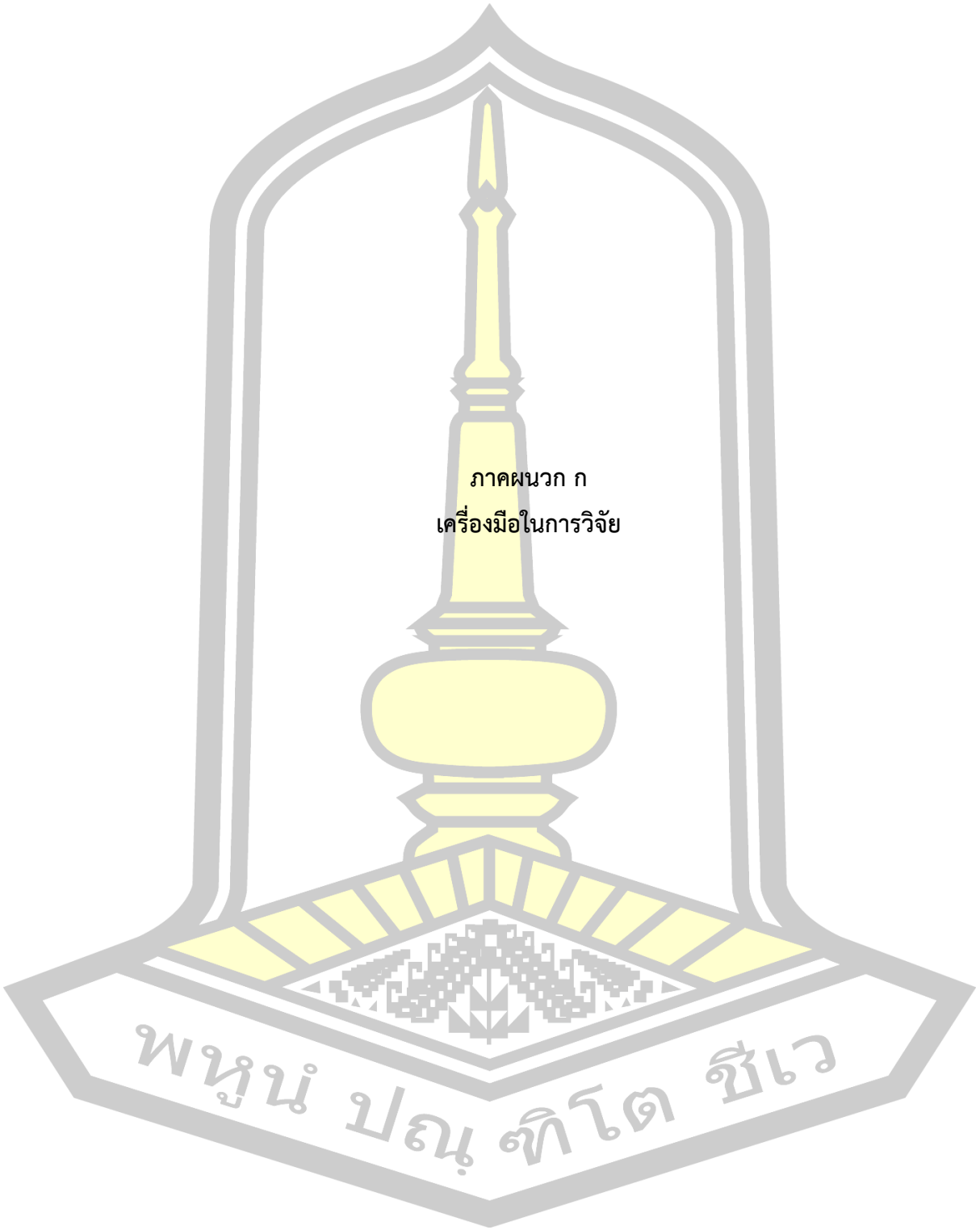
Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action research Planer.* 3rd ed. Victoria: Deakin University.

Streubert, H. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective.* 2nd ed.. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.



ภาคผนวก





ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เลขที่.....

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพสารเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้สรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 4 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

นายอานนท์ ถุงแก้วหงษ์
นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. 09 0285 3426

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรคำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (บริบูรณ์)

3. ระดับการศึกษา

( ) 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) 2. ปริญญาตรี

( ) 3. ปริญญาโท ( ) 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. อาชีพประจำ

( ) 1. เกษตรกรรม ( ) 2. รับจ้าง ( ) 3. ค้าขาย

( ) 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ตำแหน่งทางสังคม

( ) 1. ฝ่ายปกครอง

( ) 2. กองกำลังอาสารักษาดินแดน

( ) 3. ตำรวจ

( ) 4. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

( ) 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

( ) 6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

( ) 7. อื่นๆ (ระบุ) .....

6. บทบาทเกี่ยวกับการการป้องกันยาเสพติด

( ) 1. คณะกรรมการการป้องกันยาเสพติด

( ) 2. ผ่านบริหาร

( ) 3. ฝ่ายสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

( ) 4. ผู้ปฏิบัติในพื้นที่

( ) 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่ ..... ปี

8. การอบรมการป้องกันยาเสพติด

( ) 1. ไม่เคย

( ) 2. เคย (ระบุ) เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง ( ) ให้ตรงกับความเป็นจริง ในระดับการมีส่วนร่วมของท่านในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ มีให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง

การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ

1. ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

3. ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

4. ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรม ในการพัฒนากระบวนการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ

6. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

8. ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

9. ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

10. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์

11. ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

12. ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ/กิจกรรม ที่กำหนดไว้ในการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

13. ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมในการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

14. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จแผนงาน โครงการในการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

15. ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล

16. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

17. ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการกิจกรรมดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

18. ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

19. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงานโดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

20. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้า ในการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

( ) มีส่วนร่วมทุกครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง ( ) มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

คำชี้แจง โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพในโรงพยาบาลกันทรวิชัยท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบใน
การดำเนินงานที่ผ่านมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ท่านต้องการให้ช่วยเหลือ ด้านใด โปรดระบุ

.....

.....

.....

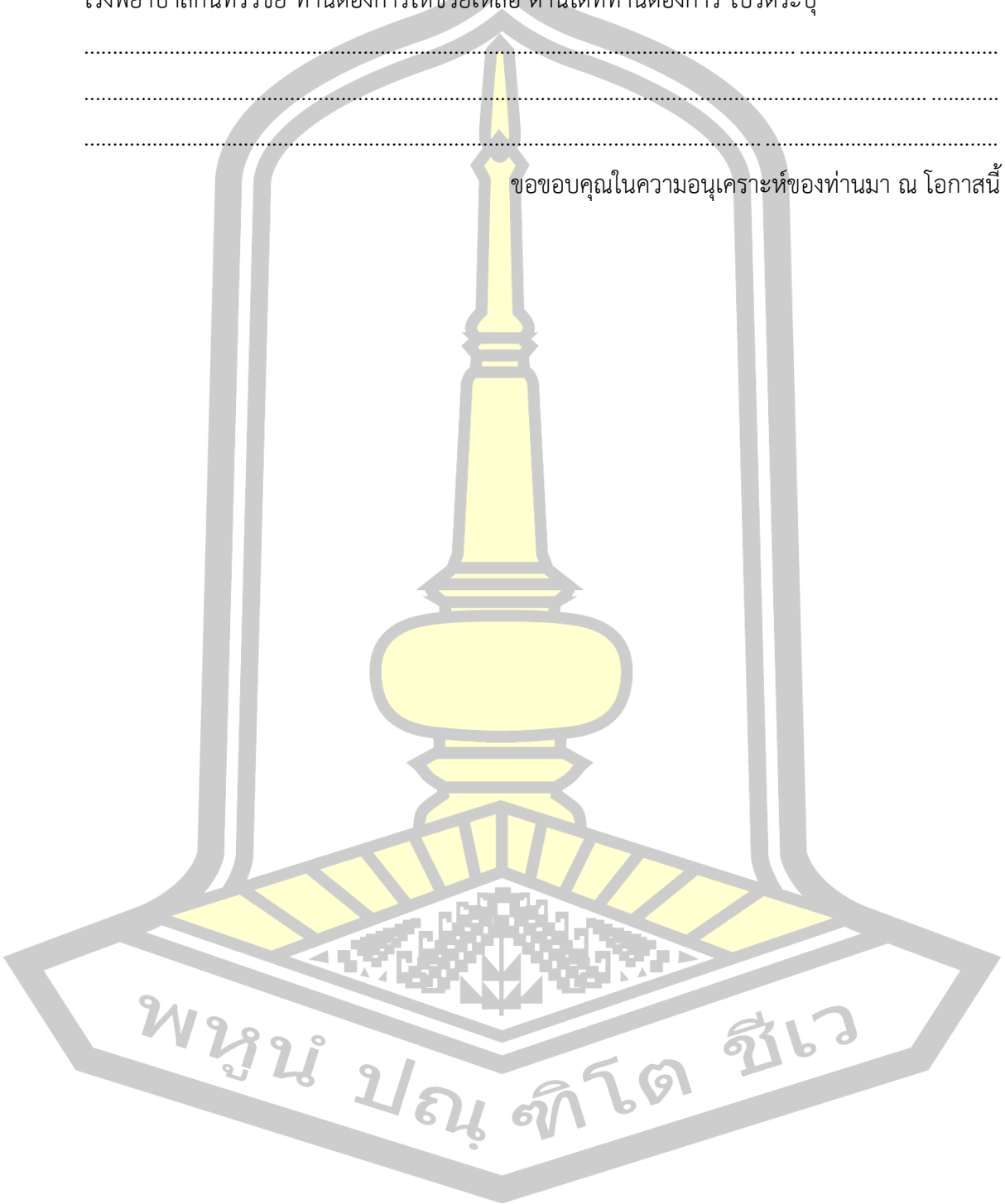
4. ข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ท่านต้องการให้ช่วยเหลือ ด้านใดที่ท่านต้องการ โปรดระบุ

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้



เครื่องมือวิจัย

เลขที่.....

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 11 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

นายอานนท์ ถุงแก้วหงษ์
นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร.09 0285 3426

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (บริบูรณ์)

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. รอบเอว.....เซนติเมตร

6. ระดับความดัน..... mmPH

7. โรคประจำตัว.....

8. สถานภาพ

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. แยกกันอยู่ ( ) 4. หย่า ( ) 5. ม่าย

9. ระดับการศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา ( ) 3. อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

( ) 4. ปริญญาตรีขึ้นไป ( ) 5. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

10. อาชีพประจำ

( ) 1. เกษตรกรรม ( ) 2. รับจ้าง ( ) 3. ค้าขาย

( ) 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 5. นักเรียน นักศึกษา ( ) 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

11. รายได้ของตนเองจากงานอาชีพ โดยเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

12. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันใน 30 วันที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. บิดา ( ) 2. มารดา ( ) 3. คู่สมรส

( ) 4. บุตร ( ) 5. ญาติ ( ) 6. อยู่คนเดียว ( ) 8. อื่นๆ.....

13. ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา ในปัจจุบัน

( ) 1. อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ( ) 2. อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น ( ) 3. หย่า

( ) 4. แยกกันอยู่ ( ) 5. บิดาเสียชีวิต ( ) 6. มารดาเสียชีวิต

( ) 7. บิดามารดาเสียชีวิต ( ) 8. อื่นๆ.....

14. ใช้สารเสพติดครั้งแรกอายุ.....ปี

15.สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกในชีวิต (ยกเว้นบุหรี่และสุรา)

( ) 1. เพื่อนชวน ( ) 2. อยากลอง ( ) 3. ความสนุกสนาน

( ) 4. ทำให้หายป่วย ( ) 5. ไม่สะบายใจ ( ) 6. ช่วยทำงานได้มากขึ้น

( ) 7. อื่น.....

16. วัน/เดือน/ปี ที่ใช้สารเสพติดครั้งสุดท้าย .....

17. เคยรับการบำบัดรักษามาก่อน

( ) 1. เคย..... ( ) 2. ไม่เคย

18. เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ (ระบุเพียงข้อเดียวเท่านั้น)

( ) 1. ปัญหาทางสุขภาพ ( ) 5. ทางเข้าบังคับ ( ) 9. ต้องโทษ

( ) 2. ปัญหาทางจิตใจ ( ) 6. ตั้งใจอยากเลิก( ) 10. สมัครใจ คสช.108

( ) 3. ไม่มีเงินซื้อสารเสพติด ( ) 7. โรงเรียนบังคับ( ) 11. ประชาคมหมู่บ้าน

( ) 4. กลัวถูกจับ ( ) 8. บังคับบำบัดตามพรบ. ( ) 12. อื่น.....

19. เหตุผลที่ปัจจุบันท่านยังใช้สารเสพติดอยู่

( ) 1. เคลิบเคลิ้ม/สนุกสนาน ( ) 2. คลายเครียด ( ) 3. ทำงานได้มากขึ้น

( ) 4. เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ( ) 5. อื่นๆ

20. ความตั้งใจพยายามเลิกใช้สารเสพติด

( ) 1. ไม่เคยพยายามเลิก ( ) 2. เคยพยายามเลิก

( ) 3. เคยเลิกติดต่อกันนาน.....

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ยาเสพติดหมายถึง สารใดก็ตามเมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วโดยการกิน ฉีด สูบ หรือดมจะทำให้มีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารนั้น ต้องการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ		
2	ยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติให้โทษ พ.ศ.2522 แบ่งออกเป็น 4 ประเภท		
3	ยาเสพติดที่เรียกว่า ยาบ้า ไม่ใช่ชนิดเดียวกันกับเมทแอมเฟตามีน		
4	อาการกระปรี้กระเปร่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายแบบ กระตุ้นประสาทส่วนกลาง		
5	สมองของเราประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลัก ๆ คือ สมองส่วนคิดและสมองส่วนยาก		
6	ระยะเริ่มต้นใช้ยา เป็นระยะที่คงการใช้ยาเป็นประจำ มีการโกหกเพื่อจะให้ได้ใช้ยาเสพติด		
7	ระยะหมกหมุ่นใช้ยา เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่ใช้ยาหรือสารเสพติดสูญเสียการควบคุมเชิงเหตุผล มีการใช้ยาที่บ่อยขึ้นมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องยาเสพติด		
8	ตัวกระตุ้น ในการใช้ยาเสพติดคือสิ่งของ สถานที่ บุคคล ที่เมื่อผู้ใช้ยาเสพติดเห็นแล้วทำให้ไม่อยากใช้ยาเสพติดอีก		
9	ผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดไม่ถือว่าเป็นผู้กระทำความผิดตามกฎหมาย		
10	ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะใช้ยาเสพติดก็ต่อเมื่อเกิดอารมณ์เสียใจผิดหวัง ดังนั้นอารมณ์เสียใจและผิดหวังคือตัวกระตุ้นภายในของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด		
11	การดื่มเหล้าจะทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้อยากใช้ยาเสพติดลดลง		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
12	การที่ยังคบเพื่อนที่เสพยาเสพติดอยู่ในระหว่างการกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสภาพไม่ส่งผลต่อการเลิกใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการบำบัด		
13	หากเพื่อนชักชวนให้ลองใช้ยาเสพติดเป็นการแสดงออกถึงความหวังดี		
14	สาเหตุที่ทำให้คนใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติดมาจากเหตุผลที่แตกต่างกัน		
15	อารมณ์ความรู้สึกเหงา โกรธ เศร้า รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด		
16	เมื่อใช้ยาเสพติดไปแล้วจะไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ไม่ว่าจะทำอย่างไรก็ตาม		
17	การตั้งเป้าหมายในการเลิกใช้ยาเสพติดโดยตัวผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้		
18	การทำให้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดนั้นเลิกใช้สารเสพติดได้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น		
19	ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน สามารถเลิกยาและสารเสพติดได้ด้วยตนเองเมื่อไหร่ก็ได้ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด		
20	ยาบ้า ใช้แล้วช่วยให้ทำงานได้มากยิ่งขึ้น ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย		

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

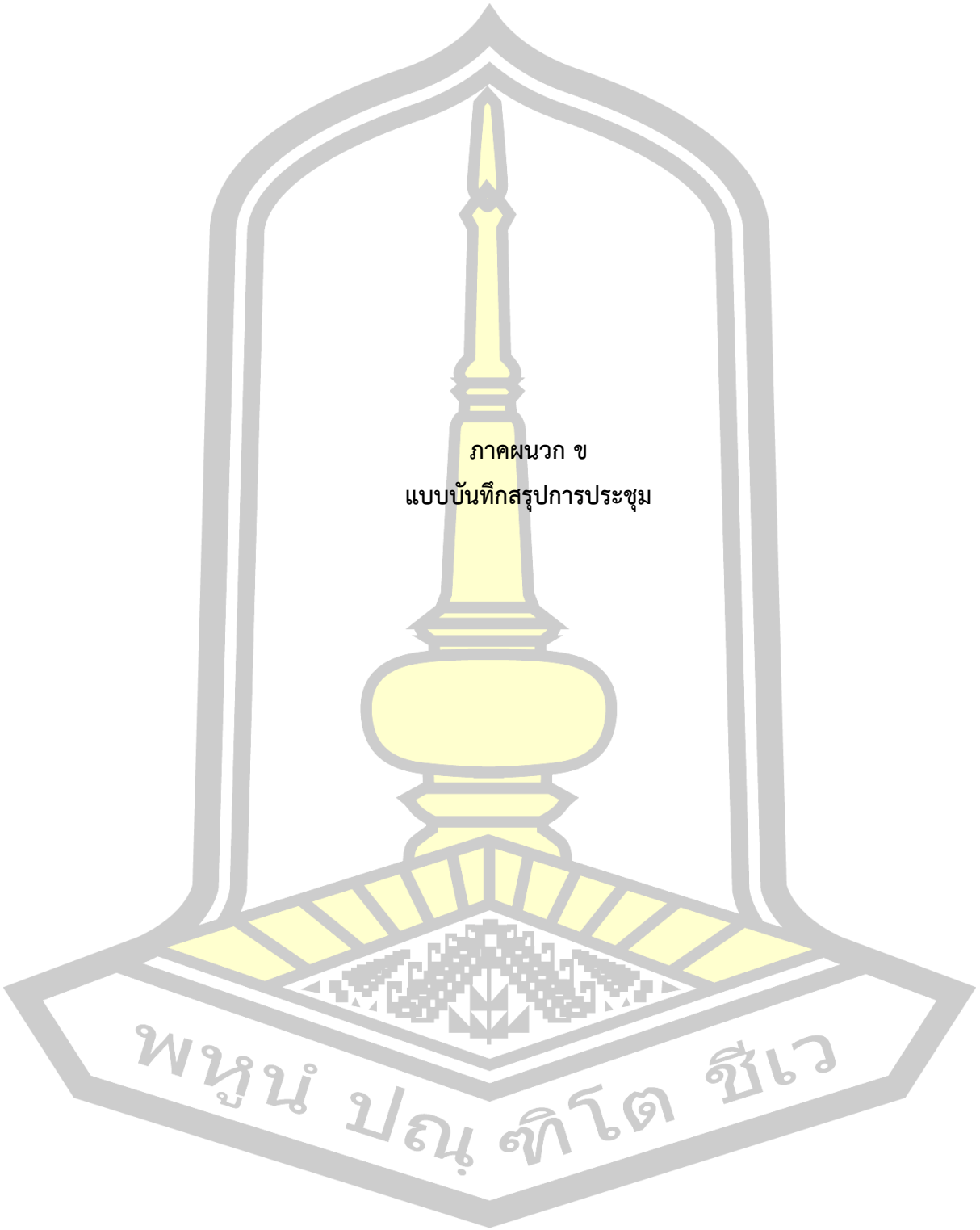
มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
		มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
มิติทางกาย				
1	ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำเรื่องในการปฏิบัติตัวระหว่างบำบัด			
2	ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาในกระบวนการบำบัด			
3	ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการบำบัด			
4	ท่านพึงพอใจต่อการบริการและคำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสม			
มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา				
5	ความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับ การดูแลจากผู้ให้บริการ			
6	ความเชื่อมั่นในตัวผู้ให้บริการ			
7	การยอมรับในตัวผู้ให้บริการ			
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม				
8	กริยา วาจาของผู้ให้บริการ			
9	ความรวดเร็วในการให้บริการ			
10	อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการ ตรงตามความต้องการ			
11	ความต่อเนื่องของการดูแลตาม ความต้องการ			

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้



ภาคผนวก ข

แบบบันทึกสรุปการประชุม

แบบบันทึกสรุปการประชุม

โครงการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ครั้งที่.....ณ.....

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

.....

.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

.....

.....

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

.....

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

3.1)

.....

มติที่ประชุม.....

3.2)

.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

.....

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1).....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

.....

วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)

5.1).....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

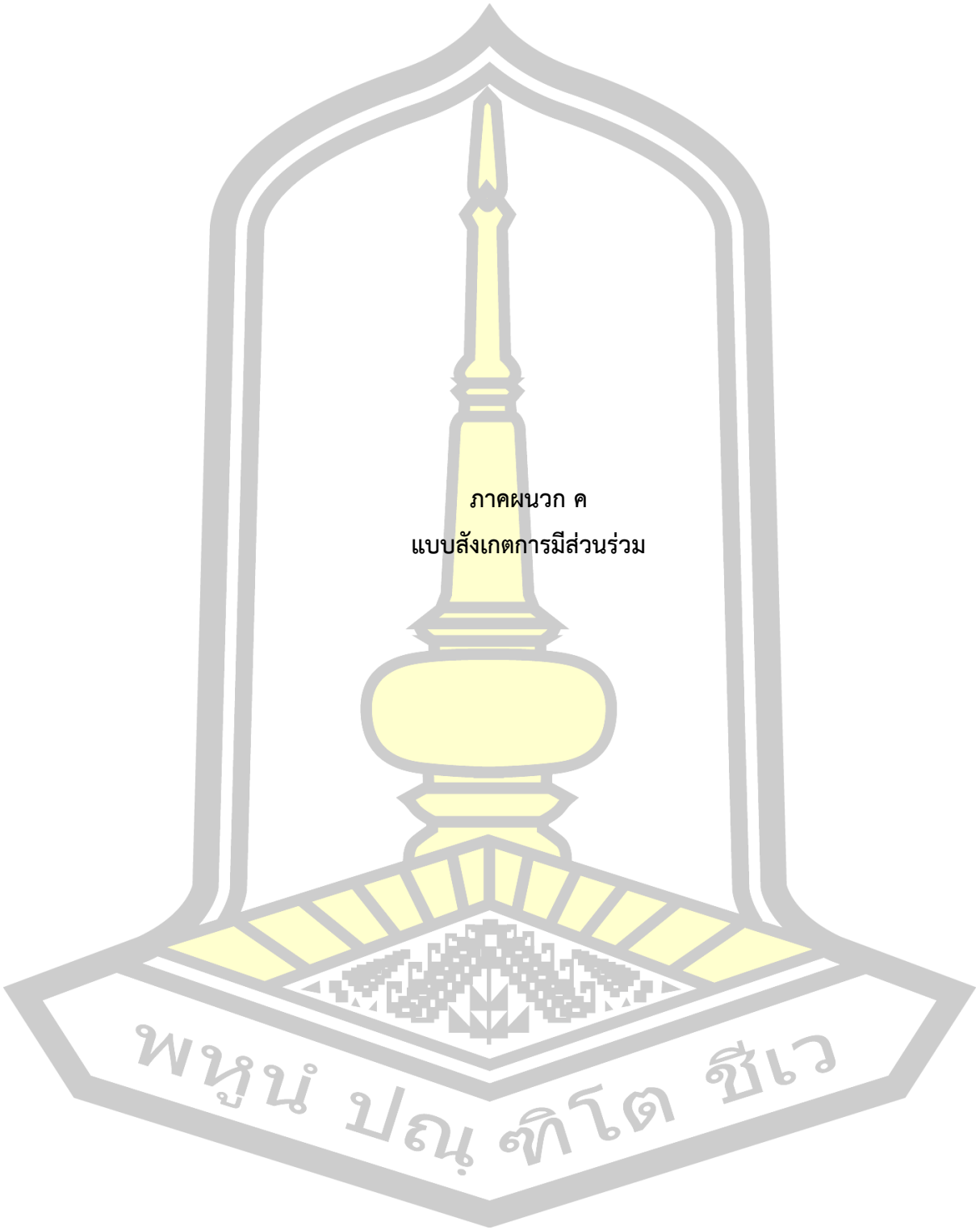
.....

(ลงชื่อ).....

ผู้จดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ค

แบบสังเกตการมีส่วนร่วม

แบบสังเกตการมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ	บันทึกการสังเกต	การตีความ/สรุป	วิธีใช้
1	ผู้เข้าร่วมประชุม		
2	วัน/เวลา/สถานที่/		
3	เหตุการณ์		
4	การให้ข้อมูล		
5	การเสนอความคิดเห็น		
6	การอภิปราย		

(ลงชื่อ).....

ผู้จดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

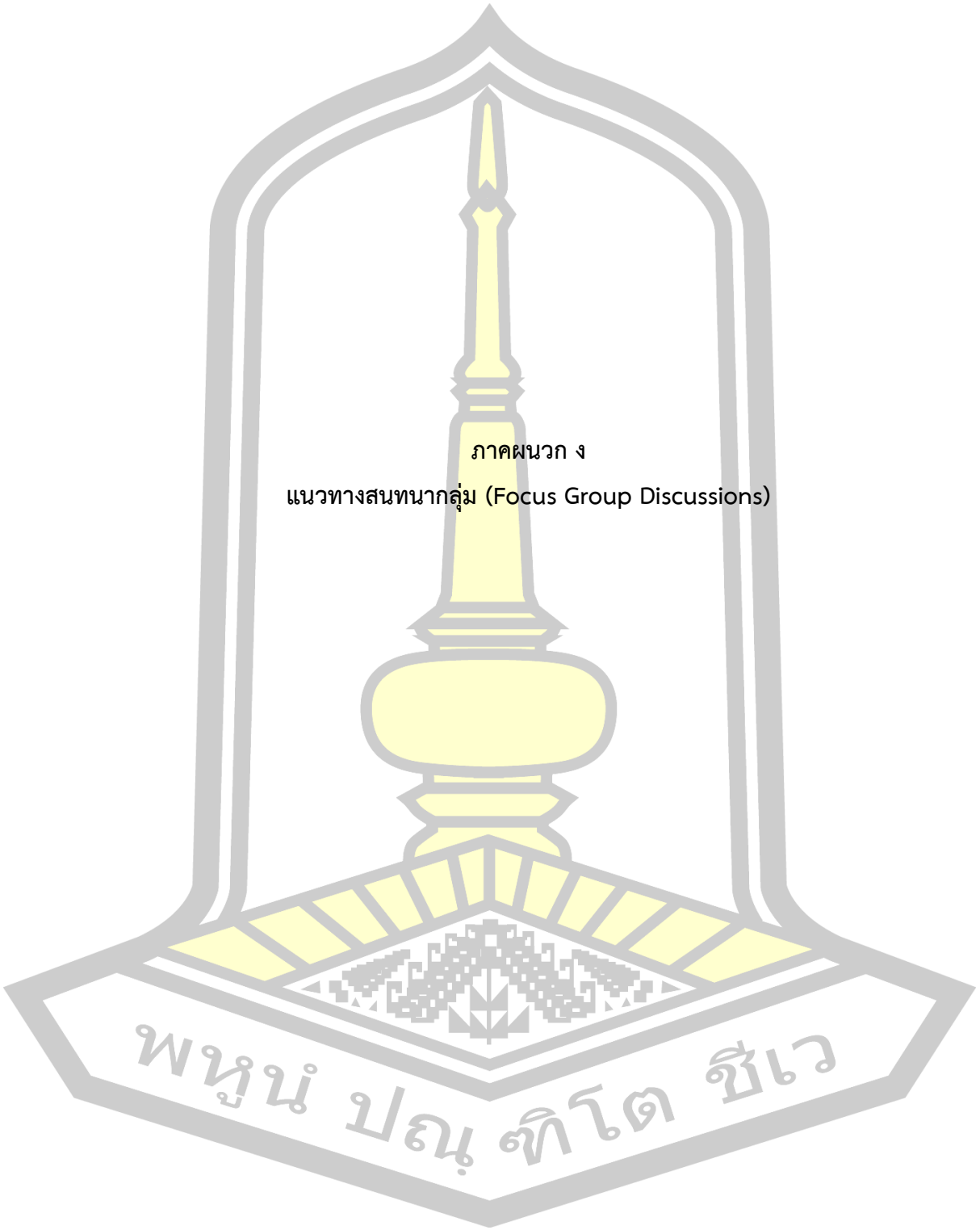
พหุน ปณ ศโต ชีเว

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

กลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูล.....วันที่.....

ประเด็นคำถาม	แนวคำถาม
1. ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	1. ท่านคิดว่ายาเสพติดในปัจจุบันมีอะไรบ้าง 2. ท่านมีความคิดอย่างไร ต่อสาเหตุที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด ถึงเลือกใช้ยาและสารเสพติด 3. ท่านคิดว่าลักษณะของผู้ที่ใช้สารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนอาการอย่างไร 4. ท่านคิดว่าใครบ้างที่ต้องเข้ารับการบำบัดเนื่องจากใช้ยาเสพติดเพราะอะไร 5. ท่านคิดว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากใช้ยาและสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เป็นอย่างไร
2. การบำบัดฟื้นฟู	6. ท่านคิดว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกเป็นอย่างไร 7. ท่านเคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 8. ท่านคิดว่าในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก มีปัญหาอย่างไรบ้าง 9. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร 10. ท่านคิดว่าต้องการให้ใครหรือหน่วยงาน ช่วยเหลือท่านอย่างไร
3. การป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก	11. ท่านคิดว่าการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 12. ท่านเคยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก อย่างไร 13. ท่านคิดว่าในการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก มีปัญหาอย่างไรบ้าง 14. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร 15. ท่านคิดว่าต้องการให้ใครหรือหน่วยงาน ช่วยเหลือท่านอย่างไร



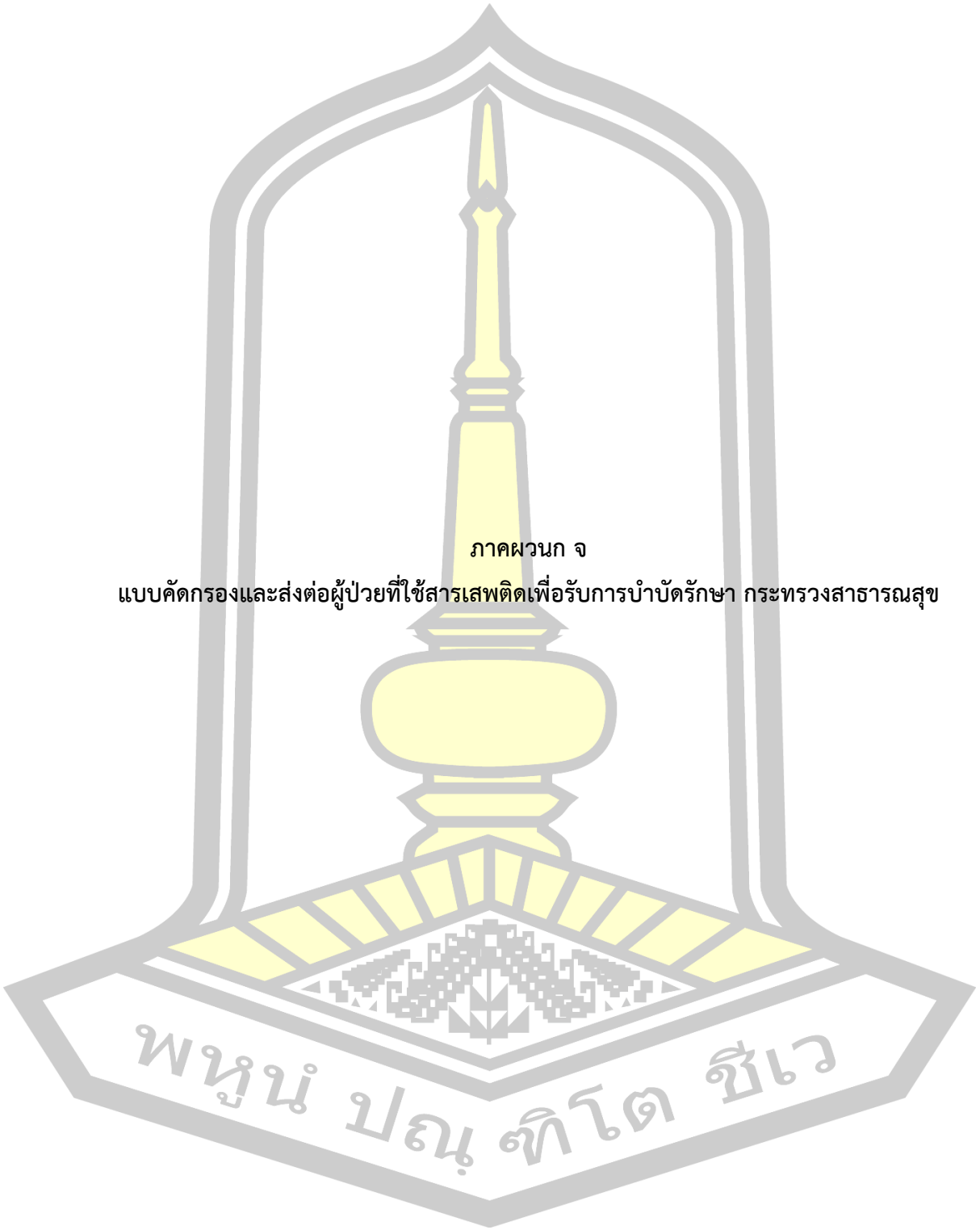
ภาคผนวก ง

แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions)

แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions)

กลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

ประเด็นคำถาม	แนวคำถาม
1. ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	1. ท่านคิดว่าสถานการณ์ของยาเสพติดในพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัยเป็นอย่างไรบ้าง 2. ท่านมีความคิดอย่างไร ต่อสาเหตุที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด ถึงเลือกใช้ยาและสารเสพติด 3. ท่านคิดว่าลักษณะของผู้ที่ใช้สารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนอาการอย่างไร 4. ท่านคิดว่าใครบ้างที่ต้องเข้ารับการบำบัดเนื่องจากใช้ยาเสพติดเพราะอะไร 5. ท่านคิดว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากใช้ยาและสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เป็นอย่างไร
2. การบำบัดฟื้นฟู	6. ท่านคิดว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกเป็นอย่างไร 7. ท่านเคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 8. ท่านคิดว่าในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกมีปัญหาอย่างไรบ้าง 9. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร 10. ท่านคิดว่าต้องการให้ใครหรือหน่วยงาน ช่วยเหลือท่านอย่างไร
3. การป้องกันการขาดนัดบำบัดระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก	11. ท่านคิดว่าการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 12. ท่านเคยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก อย่างไร 13. ท่านคิดว่าในการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก มีปัญหาอย่างไรบ้าง 14. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร 15. ท่านคิดว่าภาคส่วนต่าง ๆ ควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดบ้าง ในการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก



ภาคผนวก จ

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2562)

ประเมินและจัดกลุ่มผู้ตอบแบบสองถาม ดังนี้

ผู้ใช้ หมายถึง ประชาชนในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่มีการประวัติการใช้สารเสพติดที่ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีค่าคะแนน อยู่ที่ 2-3 คะแนน

ผู้เสพ หมายถึง ประชาชนในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่มีการประวัติการใช้สารเสพติดที่ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีค่าคะแนน อยู่ที่ 4-26 คะแนน

ผู้ติด หมายถึง ประชาชนในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่มีการประวัติการใช้สารเสพติดที่ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.2) และมีค่าคะแนน มากกว่า 27 คะแนนขึ้นไป

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ภูมิลำเนา
เดิม (จังหวัด) .....อาชีพ.....
ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง.....สถานที่คัดกรอง.....

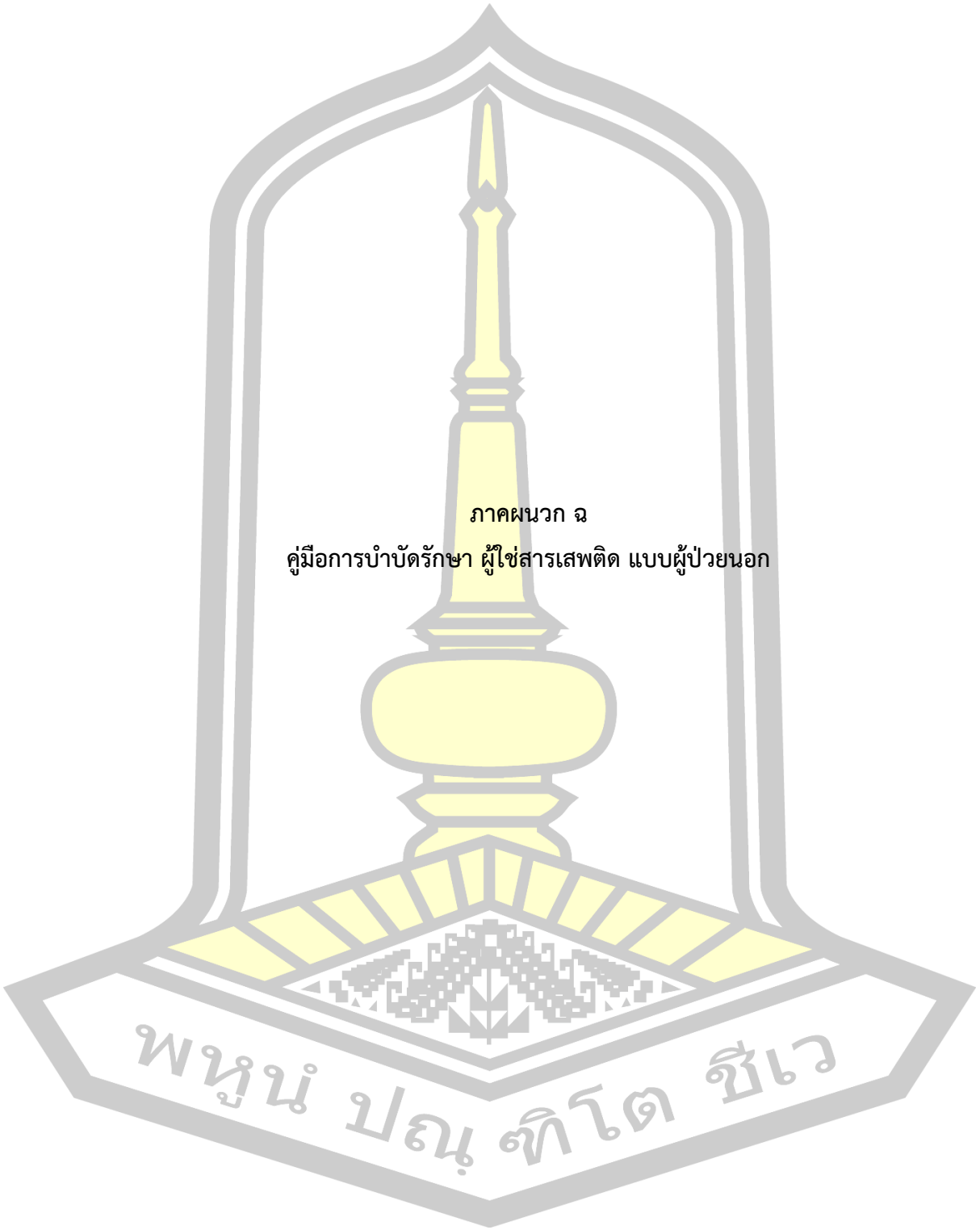
☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระท่อม ☐ สารระเหย ☐ เฮโรอีน ☐ ฝิ่น ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1–2 ครั้ง	เดือนละ 1–3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1–4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้ .....จนทน ไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8
ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา		เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา	
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่	0	3		6	
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่	0	3		6	
รวมคะแนน	.....				

<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ระดับผลกระทบจากการใช้</th><th>คัดกรองโรคร่วมหรืออื่นๆ ที่สำคัญ</th></tr>
<tr><td>2-3</td><td>ต่ำ*</td><td rowspan="3">● การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน
● การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส งูสวัด
● การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ
- โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q)
- ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q)
- โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
● การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง
- ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
- ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
- ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา</td></tr>
<tr><td>4-26</td><td>ปานกลาง**</td></tr>
<tr><td>27</td><td>สูง***</td></tr>
<tr><td colspan="2">คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย</td><td>ข้อแนะนำ</td></tr>
<tr><td colspan="2">ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด
☐ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน
☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน</td><td>☐ ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)
☐ ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ
☐ ประเมินเพิ่มเติม วางแผน และให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล</td></tr>
</table>

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ฉ

คู่มือการบำบัดรักษา ผู้ใช่สารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก

คู่มือการบำบัดรักษา ผู้ใช่สารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก

1) แนวทางการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพการรูปแบบการให้คำนำาแบบสั้น (Brief Advice; BA) และการบำบัดแบบสั้น(Brief Intervention; BI) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยแบ่งการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามประเภทการคัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรอง (V2)

1. กลุ่มใช้เป็นครั้งคราว (Users) 2 - 3 คะแนน ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้เครื่องมือการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice; BA) โดยมีกิจกรรม 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกของการรับบริการ

การดำเนินกิจกรรมรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสั้น BA แก่กลุ่มเป้าหมายโดยใช้หลัก โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) วัตถุประสงค์ สร้างความตระหนัก มองเห็นปัญหาทราบแนวทางการแก้ไข้ปัญหา โดยมุ่งไปที่ประเด็นที่ผู้เข้ารับการบำบัดสนใจ และให้ความสำคัญดึกหลังฐานเชิงประจักษ์ของปัญหา และแนะนำแนวทางแก้ไขพร้อมทางเลือกให้ผู้เข้ารับการบำบัด พร้อมทั้งดำเนินการดันงนี้

1) สร้างสัมพันธ์ภาพและคัดกรอง V2

2) การแจ้งผลการคัดกรองให้ผู้ป่วยรับทราบ

3) ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวในการหยุดใช้ยาเสพติด

4) ให้เอกสาร/แผ่นพับ

5) นัดติดตามหลังจำหน่าย ใน 6 เดือน

2) กระบวนการบำบัดด้วย Modified Matrix โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสพ มีจำนวน 10 ครั้งครั้งแรกเป็นการพบปะระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วย ครอบครัว ต่อมาอีก 8 ครั้งเป็นกลุ่มบำบัดที่ผู้ป่วยเข้าร่วมสัปดาห์ละครั้งครั้งละ 60-90 นาทีทั้งนี้ในครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ต้องมีสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมด้วยส่วนครั้งสุดท้ายเป็นการพบกันระหว่างผู้บำบัดผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อติดตามผลการบำบัดหลังฟื้นฟู 2 สัปดาห์และประเมินผลการรักษา มีรายละเอียดดังนี้

ชั่วโมงเตรียมก่อนการรักษา (ผู้ป่วยและครอบครัว)

ครั้งที่ 1 โรคสมองติดยา, สุราและยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย

ครั้งที่ 2 วงจรการใช้ยา เทคนิคการหยุดความคิด ตัวกระตุ้น

ครั้งที่ 3 เส้นทางสู่การเลิกยา

ครั้งที่ 4 ปัญหาที่เกิดบ่อยในการเลิกยาระยะเริ่มต้น ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (ผู้ป่วยและครอบครัว)

ครั้งที่ 5 การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยาเสพติด วิธีจัดการกับความโกรธ

ครั้งที่ 6 ภาวะอารมณ์ที่ทำให้กลับไปใช้ยาเสพติด การพูดความจริง

ครั้งที่ 7 มองไปข้างหน้า จัดการแก้ปัญหากับช่วงเวลาหยุดพัก

ครั้งที่ 8 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต การดูแลตนเอง

ชั่วโมงประเมินผลหลังการรักษา (ผู้ป่วยและครอบครัว)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคสมองติดยา

กระบวนการติดยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วนคือสมองส่วนหน้าและสมองส่วนในสมองส่วนหน้าเป็นส่วนที่ทำหน้าที่คิดด้วยสติปัญญาและใช้เหตุผลทำหน้าที่ในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเป็นเหมือนคอมพิวเตอร์และควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์และประเมินผลดีผลเสียก่อนที่จะตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ

การติดยาเสพติดเกิดจากอิทธิพลของยาเสพติดที่ส่งผลต่อสมองส่วนใดส่วนล่างซึ่งเป็นส่วนของศูนย์ควบคุมอารมณ์โดยเฉพาะจากการกระตุ้นประสาทและปริมาณของสารที่ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมอารมณ์เมื่อศูนย์นี้ถูกกระตุ้นมากจนเกินไปถึงจุดจุดหนึ่งจะส่งผลให้สมองที่ใช้เหตุผลเสียไปส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองจากการใช้สารเสพติดไม่ได้ใช้ยาบ่อยขึ้นและใช้ในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ระยะเท่าเดิม

ระยะของการติดยาในสมองมี 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มติดยา

ระยะที่ 2 ระยะโครงการใช้ยา

ระยะที่ 3 ระยะหมกมุ่นกับ

ระยะที่ 4 ระยะวิกฤต

ระยะเริ่มต้นใช้ยา

เริ่มใช้ยาเป็นครั้งคราวในโอกาสพิเศษเช่นงานรื่นเริงวันปีใหม่หรือใช้เพราะเหตุผลบางอย่างเช่นลดน้ำหนักเมื่อเปรียบเทียบผลด้านบวกมากกว่าผลเสียสมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจใช้ยาเสพติดในบางโอกาสในส่วนของกระบวนการวางเงื่อนไขช่วงติดยาการวางเงื่อนไขเป็นการเรียนรู้ชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงทางความคิดทุกครั้งที่ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดเข้ากับเขาได้วางเงื่อนไขให้สมองต้องการยาเสพติดขึ้นอีกโดยไม่รู้ตัวในช่วงเริ่มต้นใช้ยาการใช้สารเสพติดยังไม่บ่อยมากสมองชั้นนอกควบคุมขั้นตอนในการตัดสินใจด้านความรับผิดชอบในงานหรือหน้าที่ยังคงมีอยู่เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย

ระยะคงใช้ยา

มีการใช้สารเสพติดมากขึ้นเริ่มใช้ประจำการตัดสินใจเริ่มเอนเอียงไปทางใช้ยาเสพ สมองชั้นนอกยังคงควบคุมการตัดสินใจยังคงใช้เหตุและผล ข้อดีของการใช้ยาเริ่มมีมากขึ้น กระบวนการวางเงื่อนไขเริ่มเกิดขึ้นในระยะนี้ ผู้คนและสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเริ่มเป็นตัวกระตุ้น เมื่อเผชิญกับ

ตัวกระตุ้นจะทำให้คิดถึงการใช้ยาเสพติดเกิดปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาในสมองเหมือนกับตอนใช้ยาและเกิดแรงผลักดันที่จะหามาเสพ

ในระยะนี้คิดถึงยาบ่อยขึ้นอยากมีการตัดสินใจว่าจะใช้ยาเสพติดหรือไม่ใช้ยาเสพติดจะโกหกอย่างไรจะหาเงินมาซื้ออย่างไรมีการใช้เวลาและมีความคิดเกี่ยวกับยาเสพติดมากยิ่งขึ้น

ระยะหมกมุ่นใช้ยา

ในกรณีผลเสียจากการใช้ยาเสพติดมีน้ำหนักมากกว่าผลดีอย่างชัดเจนการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลที่จะหยุดใช้ยาทำไม่ได้และมีปฏิกิริยาของศูนย์ควบคุมอารมณ์มีอำนาจมากกว่าเป็นลักษณะของการติดยาอย่างแท้จริงการติดยาเสพติดคือการสูญเสียการควบคุมเชิงเหตุผลต่อระบบสมองควบคุมอารมณ์ที่เป็นผลจากการวางเงื่อนไขของตัวกระตุ้นของยาเสพติดซึ่งจะมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาทางร่างกายที่ผลักดันให้ผู้ป่วยไปหายาเสพติดมาใช้มีการใช้ยาที่บ่อยขึ้นส่วนใหญ่กระบวนการคิดจะหมกมุ่นในเรื่องของยาเสพติด

ระยะวิกฤต

ผลเสียมีน้ำหนักมากกว่าคนดีอย่างมากผู้ป่วยยังใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องแม้จะรู้ผลเสียหมายถึงชีวิตก็ยังคงใช้ตัวกระตุ้นมีทุกที่ผู้ติดยาจะถูกกระตุ้นโดยการตอบสนองต่อเงื่อนไขที่มีอิทธิพลเหนือจากสมองที่ควบคุมอารมณ์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะย้ำคิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีความอยากยารุนแรงและใช้ยาเสพติดแบบอัตโนมัติสมองส่วนนอกถูกควบคุมโดยความอยากยาอย่างรุนแรงโดยสมองส่วนควบคุมอารมณ์ความคิดถึงการใช้ยาเสพติดมีอำนาจเหนือสติของผู้ป่วยซึ่งการดำเนินการบำบัดโดยใช้ Modified Matrix ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ระหว่างกระบวนการบำบัดจะมีแบบประเมินและใบใบความรู้ให้ผู้ป่วยได้ดำเนินการทดสอบและประเมินตามหัวข้อของของการบำบัดโดยใช้โปรแกรม Modify Matrix นอกจากนี้ยังมีแบบสำรวจผลกระทบและความคาดหวังสำหรับผู้ป่วยและแบบสำรวจและผลกระทบความคาดหวังสำหรับครอบครัวรวมไปถึงข้อตกลงและคำยินยอมเข้ารับการบำบัดซึ่งหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดตามโปรแกรมของ Modify Matrix ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการประเมินผลหลังการรักษาเพื่อดูแนวโน้มการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น,2562)

2.2.3) โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มติด จำนวน 16 ครั้ง ประกอบด้วยกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วย 12 ครั้ง (ครั้งที่ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14 และ 16) และกิจกรรมครอบครัวศึกษาสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว 4 ครั้ง (ครั้งที่ 3, 7, 11 และ 15) โดยเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครอบครัวบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการปรึกษารายบุคคลด้วย ในขณะที่ก่อนเริ่มกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ผู้บำบัดต้องนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตกลงบริการ ในรายละเอียดแต่ละครั้ง

ชั่วโมงเตรียมการก่อนการรักษา (ผู้ป่วยและครอบครัว) จะเป็นการสร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1

ครั้งที่ 1 การหยุดใช้ยาและสารเสพติด

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเรื่องวงจรการใช้ยา เทคนิคการหยุดความคิด และแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดอยากใช้ยาเสพติด สามารถประเมินความเสี่ยงในการกลับไปใช้ยาเสพติด และหาแนวทางจัดการกับความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการจัดตารางกิจกรรมประจำวัน และการใช้ปฏิทินเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกแก่พฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาเสพติดของตนเอง

3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการหยุดดื่มสุราในช่วงที่เลิกยาเสพติด และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

สาระสำคัญ

1) ตัวกระตุ้นภายนอกและภายในที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดมีหลายรูปแบบ เช่น สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ เวลา สถานการณ์ต่างๆ ซึ่งตัวกระตุ้นแต่ละอย่างมีอิทธิพลต่อการเสพยาของผู้ป่วยต่างกัน การประเมินภาวะเสี่ยงจากตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยหาวิธีการหลีกเสี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม

2) การจัดตารางกิจกรรมประจำวันเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่อยู่ในกระบวนการเลิกยาเสพติดเนื่องจากการใช้ชีวิตในช่วงที่ติดยาเสพติดนั้นขาดความสมดุลและเต็มไปด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องวางแผนการใช้ชีวิตในแต่ละวันไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและไม่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ การจัดกิจกรรมประจำวันนี้ต้องหมั่นทำไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุลและไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดในที่สุด

3) สุราเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเสพยาเสพติดได้ เนื่อง จากการดื่มสุราส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตัวเองลดลง อีกทั้งในสังคมมีการดื่มสุราในหลายโอกาส จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการจัดการและดูแลตนเองให้ปลอดภัยและผ่านสถานการณ์ที่ยุ่งยากไปได้

4) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมีความสำคัญอย่างมาก การฝึกให้รู้ถึงจุดเริ่มต้นของการกลับไปติดซ้ำจะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดกระบวนการกลับไปใช้ยาได้ ก่อนที่จะหวนกลับไปใช้ยาจริงๆ

ครั้งที่ 2 ตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการ/ ความรู้สึกผิดละอายใจ การจัดการกับความเบื่อและทำตัวไม่ให้ว่างกระตุ้นและวิธีการจัดการ, ความรู้สึกผิดละอายใจ, การจัดการกับความเบื่อและทำตัวไม่ให้ว่าง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน ประเมินระดับความเสี่ยงของ ตัวกระตุ้นและมีแนวทางในการจัดการอย่างเหมาะสม

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ดีกับการเป็นคนไม่ดี และมีความตระหนัก ถึงความรู้สึกผิดและละอายใจของตนเอง และให้ความสำคัญกับการทำสิ่งที่จำเป็นต่อการเลิกยา

3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่เกิดความเบื่อในช่วงเลิกยาเสพติด มีการทบทวนและปรับกิจวัตร ประจำวันของตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ให้น่าสนใจมากขึ้นเพื่อขจัดความเบื่อ ตลอดจนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สาระสำคัญ

1) ตัวกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน นำไปสู่ความอยากยาและการเสพยาในที่สุด การประเมินภาวะเสี่ยงจากตัวกระตุ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม

2) คนที่มีพฤติกรรมไม่ดีไม่ได้หมายความว่าเป็นคนไม่ดี ความรู้สึกผิดและละอายใจเป็นสิ่งที่ดี หาก ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนี้ภายหลังจากที่ทำผิดเพราะมันหมายถึงผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี

3) ความเบื่อที่เกิดในช่วงเลิกยาเสพติดเกิดจากโครงสร้างหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจาก ช่วงติดยา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง การปรับกิจกรรมเพื่อลดความเบื่อ และการทำตัวไม่ให้ว่างมีความสำคัญเนื่องจากเวลาว่างอาจเป็นตัวกระตุ้นให้คิดถึงยาเสพติด จึงควรมีกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่หลังการเลิกยา

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

2) ผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรการใช้ยา โดยใช้ใบความรู้ที่ 1.1 และให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความเข้าใจเป็นระยะ

3) ผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการหยุดความคิด โดยใช้ใบความรู้ที่ 1.2 และให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปราย

4) ผู้บำบัดนำประเด็นคำถามเกี่ยวกับการแยกแยะตัวกระตุ้น โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 1.1 สู่การอภิปรายและให้ผู้ป่วยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์

5) ผู้บำบัดให้ข้อมูลเหตุผลและความสำคัญของการจัดตารางกิจกรรมประจำวัน และปฏิทิน ในใบกิจกรรมที่ 1.2 และ 1.3 จากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกจัดตารางกิจกรรมประจำวัน

6) ผู้บำบัดนำผู้ป่วยเข้าสู่หัวข้อสุรา ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย ในใบกิจกรรมที่ 1.4 โดยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ตามด้วยการอภิปรายถึงความสำคัญของการหยุดยาเสพติดทุกชนิด โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 1.5

7) ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 1.6 จากนั้นให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการติดยา การก่อตัวของอารมณ์ ความคิดที่ส่งเสริมการติดซ้ำ กิจกรรมที่ช่วยป้องกันการเสพซ้ำา และสัญญาณอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตามหัวข้อ ก-ช โดยเน้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน

8) ผู้บำบัดสรุปใจความสำคัญของกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายการพบกันในครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 1.1 วงจรการใช้ยา
2) ใบความรู้ที่ 1.2 เทคนิคการหยุดความคิด
3) ใบกิจกรรมที่ 1.1 การแยกแยะตัวกระตุ้น
4) ใบกิจกรรมที่ 1.2 ตารางกิจกรรมประจำวัน
5) ใบกิจกรรมที่ 1.3 ปฏิทิน
6) ใบกิจกรรมที่ 1.4 สุรา - ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย
7) ใบกิจกรรมที่ 1.5 การหยุดยาเสพติดทุกชนิด
8) ใบกิจกรรมที่ 1.6 การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

ครั้งที่ 2 ตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการ, ความรู้สึกผิดละอายใจ, การจัดการกับความเบื่อและทำตัวไม่ให้ว่าง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน ประเมินระดับความเสี่ยงของตัวกระตุ้นและมีแนวทางในการจัดการอย่างเหมาะสม

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ดีกับการเป็นคนไม่ดี และมีความตระหนักถึงความรู้สึกผิดและละอายใจของตนเอง และให้ความสำคัญกับการทำสิ่งที่จำเป็นต่อการเลิกยา

3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่เกิดความเบื่อในช่วงเลิกยาเสพติด มีการทบทวนและปรับกิจวัตรประจำวันของตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ให้น่าสนใจมากขึ้นเพื่อขจัดความเบื่อตลอดจนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สาระสำคัญ

1) ตัวกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน นำไปสู่ความอยากยาและการเสพยาในที่สุดการประเมินภาวะเสี่ยงจากตัวกระตุ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการหลีกเสี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม

2) คนที่มีพฤติกรรมไม่ดีไม่ได้หมายความว่าเป็นคนไม่ดี ความรู้สึกผิดและละอายใจเป็นสิ่งที่ดี หากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนี้ภายหลังจากที่ทำผิด เพราะมันหมายถึงผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี

3) ความเบื่อที่เกิดในช่วงเลิกยาเสพติดเกิดจากโครงสร้างหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากช่วงติดยา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง การปรับกิจกรรมเพื่อลดความเบื่อ และ การทำตัวไม่ให้ว่างมีความสำคัญเนื่องจากเวลาว่างอาจเป็นตัวกระตุ้นให้คิดถึงยาเสพติด จึงควรมีกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่หลังการเลิกยา

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

2) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตัวกระตุ้นภายนอกของตน จากนั้นเรียงลำดับความเสี่ยงตัวกระตุ้นเหล่านั้นบนแผนภูมิความเสี่ยงในใบกิจกรรมที่ 2.2 ต่อด้วยการสำรวจตัวกระตุ้นภายในของตนในใบกิจกรรมที่ 2.3 และเรียงลำดับความเสียงตัวกระตุ้นเหล่านั้นบนแผนภูมิความเสี่ยงในใบกิจกรรมที่ 2.2เพิ่มเติม กระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นระยะ และเน้นการหาแนวทางจัดการกับตัวกระตุ้นตามความเสี่ยงแต่ละระดับร่วมกัน

3) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 2.5 โดยให้ผู้ป่วยผลัดกันอ่านข้อความ ก-จ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันทีละข้อ

4) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 2.6 โดยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ตนเองเรื่องความเบื่อ วิธีลดความเบื่อ การทำตัวไม่ให้ว่างด้วยการทำกิจกรรมที่น่าสนใจ โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง

5) ผู้บำบัดสรุปใจความสำคัญของกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายการพบกันในครั้งต่อกัน

อุปกรณ์

1) ใบกิจกรรมที่ 2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวกระตุ้นภายนอก

2) ใบกิจกรรมที่ 2.2 แผนภูมิตัวกระตุ้น

3) ใบกิจกรรมที่ 2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวกระตุ้นภายใน

4) ใบกิจกรรมที่ 2.4 ตัวกระตุ้นที่ทำให้เสี่ยงต่อการเสพยา

5) ใบกิจกรรมที่ 2.5 ความรู้สึกผิดและความละอายใจ

6) ใบกิจกรรมที่ 2.6การจัดการกับความเบื่อ และการทำตัวไม่ให้ว่าง

ครั้งที่ 3 (ผู้ป่วยและครอบครัว) ตัวกระตุ้น และการช่วยเหลือของครอบครัว

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นและความอยากยาที่เป็นกระบวนการที่ยาเสพติดมีผลต่อสมอง เรียนรู้วิธีการป้องกันการเสพยา การจัดการกับตัวกระตุ้น การหยุดความคิด ตลอดจนเข้าใจภาวะทางกายและจิตใจที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยในระยะต่างๆ ของการเสพยา

2) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในช่วงการเลิกยา

3) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจกิจกรรมที่ช่วยเลิกยาของตนเอง และมีแนวทางจัดการกับตัวกระตุ้นเรื่องเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

1) ตัวกระตุ้นทำให้เกิดการอยากยา และการอยากยานำไปสู่การเสพยา การอยู่ท่ามกลางตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์เสี่ยง จะเพิ่มโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำ ดังนั้นการเรียนรู้วิธีป้องกันตนเองจากตัวกระตุ้น การใช้นิคการหยุดคามคิด และการได้รับความเข้าใจและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ

2) กิจกรรมที่ช่วยให้เลิกยาได้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงของการเลิกยาเสพติด เช่น การทำตารางกิจกรรมประจำวัน การหลีกเสี่ยงตัวกระตุ้น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดและกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องตัวกระตุ้นและการอยากยา ตามใบความรู้ที่ 3.1 และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 3.1 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัวต่อการบำบัด (ช่วงแรก) เป็นแนวทางสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละครอบครัวอ่านและทำความเข้าใจไปพร้อมกันทีละข้อ

3) ผู้บำบัดเชิญสมาชิกครอบครัวพักผ่อนตามอัธยาศัย และดำเนินการปรึกษารายบุคคลกับผู้ป่วย โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 3.2 แบบสำรวจเพื่อช่วยเลิกยา และใบกิจกรรมที่ 3.3 ยาบ้าและเพศสัมพันธ์

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 3.1 ตัวกระตุ้นและศวามอยากยา

2) ใบกิจกรรมที่ 3.1 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัวต่อการบำบัด (ช่วงแรก)

3) ใบกิจกรรมที่ 3.2 แบบสำรวจเพื่อช่วยเลิกยา

4) ใบกิจกรรมที่ 3.3 ยาบ้าและเพศสัมพันธ์

ครั้งที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการเลิกยาและการหลีกเสี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยาและหาแนวทางแก้ไข

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสม รู้ว่าพฤติกรรมใดที่ควรหลีกเสี่ยงโดยทำควบคู่ไปกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

3) ส่งเสริมและสำรวจแรงจูงใจในการเลิกยา พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเรียน การงานที่เหมาะสมสาระสำคัญหลังจากหยุดเสพยาจะมีการปรับเปลี่ยนสารเคมีในสมองเพื่อให้สมองฟื้นตัวและมีการเปลี่ยนระยะ คือ ระยะขาดยาเสพติด ระยะหยุดยาช่วงแรก ระยะหยุดยาช่วงยืดเยื้อ และระยะปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่

สาระสำคัญ

1) การทำความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่เหมาะสม

2) ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ว่าสิ่งที่ต้องหลีกเสี่ยงจะต้องทำควบคู่ไปกับสิงยึดเหนียวจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าการเลิกยาจะทำได้อย่างต่อเนื่องและถาวร

3) การมีแรงจูงใจที่ดีระหว่างการบำบัด รวมทั้งการสำรวจตนเองเกี่ยวกับการเรียนการงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จะนำไปสู่พฤติกรรมการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม โดยเริ่มจากการอ่านข้อความในใบความรู้ที่ 4.1 พร้อมอธิบายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแลกเปลี่ยน

2) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการเลิกยาระยะเริ่มต้น

3) ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 4.1 การหลีกเสี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ และใบกิจกรรมที่ 4.2 สิ่งยึดเหนี่ยว: ตารางการเลิกยา อภิปรายแต่ละคนและสรุปร่วมกัน

4) ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 4.3 การเรียน การงาน และการเลิกยา อภิปรายแต่ละคนและสรุปร่วมกัน

5) ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 4.4 แรงจูงใจในการเลิกยา อภิปรายแต่ละคนและสรุปร่วมกัน

6) ผู้บำบัดกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญ และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 9.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยาเสพติด

2) ใบกิจกรรมที่ 4.1 การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ

3) ใบกิจกรรมที่ 4.2 สิ่งยึดเหนี่ยว: ตารางการเลิกยา

4) ใบกิจกรรมที่ 4.3 การเรียน การงาน และการเลิกยา

5) ใบกิจกรรมที่ 4.4 แรงจูงใจในการเลิกยา

ครั้งที่ 5 ปัญหาที่เกิดบ่อยในการเลิกยาระยะเริ่มต้น, ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การพูดความจริงและความไว้วางใจ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยภายหลังจากหยุดใช้ยาเสพติดในช่วงแรก ตลอดจนข้อโต้แย้งต่างๆ เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และสามารถระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่อาจเป็นปัญหาสำหรับตนเองตลอดจนมีแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และสามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมออกจากกัน และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีควบคุมอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเลิกยาเสพติด

3) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจและประเมินตนเองในการพูดความจริงและที่จะส่งผลต่อการเลิกยาระยะเริ่มต้น

สาระสำคัญ

1) ในการเลิกยาเสพติดในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหารอบตัวหลายลักษณะ การแก้ไขปัญหาที่ได้ผลดีคือ การใช้กิจกรรมและวิธีการจัดการที่หลากหลายรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงนอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจมองว่าสุราไม่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกยาเสพติด ยังสามารถดื่มสุราได้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว สุราเป็นตัวกระตุ้นให้อยากเสพยาเสพติดอีก การวางแผนและหาวิธีหยุดดื่มสุรา จะช่วยส่งเสริมให้การเลิกยาเสพติดได้ผลดี

2) การใช้ยาเสพติดส่งผลต่อวิธีคิดของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม การเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีคิด การควบคุมอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดีต่อการเลิกยาเสพติด

3) ผู้ป่วยจะต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น การพูดความจริงเป็นสิ่งแสดงถึงความซื่อสัตย์อันจะส่งผลต่อการเลิกยาระยะเริ่มต้น

4) การติดยาและสารเสพติดทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แม้ว่าจะเลิกยาแล้ว ครอบครัวและเพื่อนก็ยังสงสัยว่าเลิกยาได้จริงหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาและอดทนในการได้รับความไว้วางใจกลับมาซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการเลิกยาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเอง

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

2) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยในกลุ่มเล่าถึงปัญหาในชีวิตประจำวันในการเลิกยาระยะเริ่มต้น และกระตุ้นให้มีการแบ่งปันเรื่องราวและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

3) ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่มักเกิดขึ้นได้บ่อยในการเลิกยาระยะเริ่มต้น จากนั้นให้ผู้ป่วยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาที่เคยใช้ได้ผล ตลอดจนทางเลือกใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยใช้ใบกิจกรรมที่ 5.1

4) ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นว่าการดื่มสุรามีผลอย่างไรต่อการเลิกยาเสพติด จากนั้นให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงข้อโต้แย้งต่างๆ เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 5.2 ตลอดจนแผนการในการเผชิญกับสถานการณ์การใช้สุราในอนาคต

5) ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้ใบความรู้ที่ 5.1 จากนั้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อประเด็นดังกล่าว

6) ให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมเสพติด ในใบกิจกรรมที่ 5.3 และอภิปรายร่วมกันถึงพฤติกรรมเสพติดร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงแนวทางแก้ไขและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

7) ให้ผู้ป่วยอ่านข้อความ ก ข ค ในใบกิจกรรมที่ 5 4 แล้วอภิปรายร่วมกัน

8) ให้ผู้ป่วยตอบคำถามในใบกิจกรรมที่ 5.5 ข้อ 1, 2 และ 3 แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทีละข้อ

9) ผู้ป่วยสรุปและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

10) ผู้บำบัดสรุปประเด็นการอภิปราย และนัดหมายครั้งต่อไปอุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 5.1 ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

2) ใบกิจกรรมที่ 5.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในการเลิกยาระยะเริ่มต้น

3) ใบกิจกรรมที่ 5.2 ข้อโต้แย้งต่างๆ เกี่ยวกับแอลกอฮอล์

4) ใบกิจกรรมที่ 5.3 พฤติกรรมเสพติด

5) ใบกิจกรรมที่ 5.4 การพูดความจริง

6) ใบกิจกรรมที่ 5.5 ความไว้วางใจ

ครั้งที่ 6 การจัดการกับความเครียดและอารมณ์โกรธ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงอารมณ์โกรธว่ามีส่วนกระตุ้นการกลับไปเสพซ้ำได้ ตลอดจนสามารถสำรวจอารมณ์ของตนเองและหาวิธีจัดการกับความโกรธได้อย่างเหมาะสม

2) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงภาวะตึงเครียดที่เกิดจากอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง ว่ามีอาการอย่างไรเกิดขึ้นช่วงเวลาใดจากสาเหตุใด ซึ่งภาวะนี้จะเป็นสาเหตุหนึ่งในการกลับไปเสพซ้ำ

3) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาและหาแนวทางในการลดภาวะตึงเครียดของตนเอง

สาระสำคัญ

1) ความโกรธ ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปใช้ยาเสพติดและเป็นปรากฏการณ์เกิดขึ้นบ่อยๆ

2) การรับรู้ถึงความโกรธ ความเครียดและตระหนักถึงความรู้สึกนี้ หาวิธีหลีกเสี่ยง จัดการ ควบคุมภาวะอารมณ์เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายอารมณ์ เตรียมหาวิธีการแก้ไข ภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำได้

3) ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาภาวะอารมณ์โกรธ เครียดจากผู้ป่วยอื่นๆ ตลอดจนช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา นำสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะส่งผลต่อการเลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้ผู้ป่วย 1 คน อ่านข้อความ ก และ ข ในใบกิจกรรมที่ 6.1 และตอบคำถาม จากนั้นช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทีละข้อ

2) ให้ผู้ป่วย 1 - 2 คน อ่านข้อความในใบกิจกรรมที่ 6.2 และให้สำรวจตนเองว่าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีอาการของความเครียดหรือไม่ ซึ่งหากมี 2 ข้อขึ้นไป ต้องหาทางลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยเร็ว

3) ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 6.3 การลดภาวะตึงเครียดของแต่ละบุคคลและร่วมกันอภิปราย

4) ผู้บำบัดสรุปแนวทางการลดภาวะตึงเครียด ตามใบกิจกรรมที่ 6.3 แล้วให้ผู้ป่วยสรุปร่วมกันอีกครั้ง

5) ผู้ป่วยหรือผู้บำบัดสรุปสาระสำคัญ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6) ผู้บำบัดนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไปอุปกรณ์

1) ใบกิจกรรมที่ 6.1 วิธีการจัดการกับความโกรธ

2) ใบกิจกรรมที่ 6.2 การรับรู้ความเครียด

3) ใบกิจกรรมที่ 6,3 การลดภาวะความตึงเครียด

ครั้งที่ 7 (ผู้ป่วยและครอบครัว) เส้นทางสู่การเลิกยา, ความเข้าใจต่อสุราและยาบ้า การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัด, การป้องกันการเสพซ้ำในช่วงวันหยุดยาว

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเรื่องเส้นทางสู่การเลิกยา รวมทั้งความสำคัญของการหยุดดื่มสุราที่ช่วยลดโอกาสการเสพซ้ำของผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว

2) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย (ช่วงกลาง) อย่างเหมาะสม

3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับตัวกระตุ้นเรื่องความฝันที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการเลิกยา มีการทบทวนสถานภาพของตนเอง และมีแนวทางป้องกันการเสพซ้ำในช่วงวันหยุดยาว ตลอดจนการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการเผชิญกับระยะฝ่าอุปสรรคโดยยึดหลักการหยุดเสพให้ได้ทีละวัน

สาระสำคัญ

1) เส้นทางสู่การเลิกยาประกอบด้วย 1) กรหยุดยาช่วงแรก ประกอบด้วยระยะขาดยา และระยะฮันนีมูน 2) การหยุดยาช่วงกลาง คือ ระยะหยุดยาที่ยืดเยื้อ หรือระยะฝ่าอุปสรรค และ 3) การหยุดยาช่วงปลาย คือ ระยะปรับตัว หรือระยะคลี่คลาย

2) ความฝันเกี่ยวกับการเสพยาในระหว่างการเลิกยาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยในการหยุดยาช่วงแรกผู้ป่วยไม่ควรกังวลหรือรู้สึกผิดหากมีความฝันเกี่ยวกับยาเสพติด การออกกำลังกายจะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ หากมีความฝันเกี่ยวกับยาในช่วงกลาง ผู้ป่วยควรเพิ่มความระมัดระวังในการหลีกเลี้ยงการกลับไปเสพยาและมุ่งมั่นกับการเลิกยา ในช่วงปลายของการเลิกยา หากมีความฝันว่าเสพยานี่เป็นสัญญาณเตือนสำคัญที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง จำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม โดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องเส้นทางสู่การเลิกยาตามใบความรู้ที่ 7.1 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 7.1 เพื่อเป็นแนวทางการอภิปรายร่วมกันถึงความเข้าใจที่ถูกต้องต่อเรื่องสุราและยาบ้า และกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมีแนวทางช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงสุราและยาบ้า

3) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 7.2 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัว (ช่วงกลาง) เป็นแนวทางสร้างความเข้าใจ ให้กำลังใจ และกระตุ้นความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยให้สมาชิกครอบครัวอ่านและทำความเข้าใจไปพร้อมกันทีละข้อ

4) ผู้บำบัดเชิญสมาชิกครอบครัวพักผ่อนตามอัธยาศัย และดำเนินการปรึกษารายบุคคลกับผู้ป่วยต่อ

5) ผู้บำบัดให้ข้อมูลเรื่องฝันเกี่ยวกับการเสพยาระหว่างเลิกยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามใบความรู้ที่ 7.2 จากนั้นใช้ใบกิจกรรมที่ 7.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสถานภาพของตนเองว่ามีความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ของชีวิตมากน้อยเพียงใด และมีแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงด้านนั้นๆ ตลอดจนให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเองไม่ให้เสพซ้ำในช่วงวันหยุดยาว ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

6) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 7.4 เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบว่าตนเองมีข้อบ่งชี้ที่แสดงว่าเผชิญกับระยะฝ่าอุปสรรคมากน้อยเพียงใด และเน้นย้ำการผ่านระยะอุปสรรคด้วยเทคนิคหยุดเสพให้ได้ทีละวัน

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 7.1 เส้นทางสู่การเลิกยา

2) ใบความรู้ที่ 7.2 ฝันเกี่ยวกับการเสพยาระหว่างการเลิกยา

3) ใบกิจกรรมที่ 7.1 คำถามเพื่อความเข้าใจ: สุราและยาบ้า

4) ใบกิจกรรมที่ 7.2 ข้อตกลงของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย (ช่วงกลาง)

5) ใบกิจกรรมที่ 7.3 การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัดและการป้องกันการเสพซ้ำในช่วงวันหยุดยาว

6) ใบกิจกรรมที่ 7.4 ระยะฝ่าอุปสรรคและการหยุดเสพยาให้ได้ทีละวัน

ครั้งที่ 8 การรับรู้ และจัดการอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติด

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปเสพซ้ำได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจอาการแสดงต่างๆ ของภาวะซึมเศร้า อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

3) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการควบคุมอารมณ์ต่างๆ ในระยะเลิกยาเสพติด

สาระสำคัญ

1) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นตัวจากการเลิกยาเสพติดมักมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ สิ่งที่จะช่วยให้การเลิกยาเสพติดเป็นไปด้วยดีคือ การรับรู้และทำความเข้าใจ ยอมรับอารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ไม่ปกปิดซ่อนเร้น ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าใจถึงสาเหตุและแนวทางแก้ไขต่อไป

2) ภาวะอารมณ์ความรู้สึกมีส่วนกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดหวนกลับไปเสพซ้ำ โดยเฉพาะอารมณ์เหงาโกรธ ถูกทอดทิ้ง และภาวะซึมเศร้า

3) อารมณ์และอาการแสดง หากปล่อยไว้โดยปราศจากการจัดการที่เหมาะสมจะเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ผลักดันให้เกิดการกลับไปเสพซ้ำได้

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

2) ให้ผู้ป่วยผลัดกันอ่านข้อความในใบกิจกรรมที่ 8.1 และร่วมกันอภิปรายความคิดเห็นพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3) ให้ผู้ป่วยผลัดกันอ่านข้อความ ก และ ข ทีละข้อในใบกิจกรรมที่ 8.2 และร่วมกันอภิปรายความคิดเห็นพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4) ให้ผู้ป่วยช่วยกันสรุปวิธีการควบคุมและจัดการภาวะอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดรวมทั้ง จากนั้น ผู้บำบัดสรุปประเด็นและสาระสำคัญ พร้อมทั้งนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1) ใบกิจกรรมที่ 8.1 ภาวะอารณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติด

2) ใบกิจกรรมที่ 8.2 การจัดการกับความรู้สึก - ภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 9 การหาเหตุผลกลับไปเสพยา

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะสมองติดยา และตระหนักรู้เท่าทันอารมณ์ และความคิดในการหาเหตุผลการกลับไปเสพซ้ำของตนเอง

2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกเหตุผลและข้ออ้างต่างๆ ที่อาจเป็นเหตุผลในการกลับไปเสพซ้ำ

3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมแผนเพื่อจัดการกับอารมณ์ และความคิดหาเหตุผลในการกลับไปเสพซ้ำของตนเองได้

สาระสำคัญ

1) สมองส่วนที่ติดยา มักจะพยายามคิดหาเหตุผลต่างๆ ที่จะทำให้หวนกลับไปเสพซ้ำ

2) เหตุผลหรือข้ออ้างต่างๆ ในการหวนกลับไปเสพซ้ำ ประกอบด้วยเหตุการณ์โดยบังเอิญ หรือเหตุการณ์ผู้อื่นนำไปสู่ความล้มเหลว ตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ความเศร้า ความโกรธ ความเหงา และความกลัว การรู้เท่าทันข้ออ้างหรือเหตุผลเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมรับสถานการณ์เหล่านั้นได้และช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยอ่านใบกิจกรรมที่ 9.1 และตอบคำถามตามข้อความ ก, ข, ค และ ง ทีละข้อ

2) ให้ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทีละข้อ

3) ผู้บำบัดสรุปประเด็นสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสาเหตุของการกลับไปใช้ยาเสพติด

อุปกรณ์ ใบกิจกรรมที่ 9.1 การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา

ครั้งที่ 10 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต, การรับผิดชอบในตนเอง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิตและควบคุมตนเองเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายให้ได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถวางแผนชีวิตประจำวันและการเงินได้

3) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เปลี่ยนไปเมื่อใช้ยาเสพติดและตระหนักถึงการดูแลตนเองที่จะช่วยส่งเสริมให้ถึงเป้าหมายของตนเองได้

สาระสำคัญ

1) ในการเลิกยาผู้ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูควรมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาตนเองในการเลิกยาและสารเสพติด

2) การใช้ยาและสารเสพติด เสียทั้งเวลาและขาดการควบคุมการใช้เงิน ความรับผิดชอบในงานประจำการเรียน การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันน้อยลง เมื่อเลิกใช้ยาและสารเสพติด พฤติกรรมเหล่านี้จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะต้องมีการจัดลำดับก่อนหลังให้เหมาะสม

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้สมาชิกอ่านข้อความอบคำถามข้อ 1-3 ในใบกิจกรรมที่ 10.1 และอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2) ให้สมาชิกอ่านข้อความ ก ในใบกิจกรรมที่ 10.2 แล้วให้ทุกคนตอบคำถามข้อ 1-4 และอภิปรายร่วมกัน

3) ให้สมาชิกอ่านข้อความ ข ในใบกิจกรรมที่ 10.2 แล้วให้ทุกคนตอบคำถามข้อ 1-4 และอภิปรายร่วมกัน

4) ให้สมาชิกอ่านข้อความ ค ในใบกิจกรรมที่ 10.2 แล้วอภิปรายร่วมกันเป็นรายข้อ

5) ให้สมาชิกอ่านข้อความ ง ในใบกิจกรรมที่ 10.2 ให้ทุกคนตอบคำถามและอภิปรายร่วมกัน

6) ให้สมาชิกอ่านข้อความ ก และ ข ในใบกิจกรรมที่ 10.3 ทีละข้อ และอภิปรายร่วมกัน

7) สมาชิกสรุปประเด็นสำคัญร่วมกันอีกครั้ง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

1) ใบกิจกรรมที่ 10.1 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

2) ใบกิจกรรมที่ 10.2 ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน

3) ใบกิจกรรมที่ 10.3 การดูแลตนเอง

ครั้งที่ 11 (ผู้ป่วยและครอบครัว)ปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดยา, บทบาทของครอบครัวต่อการเลิกยาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเรื่องปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดยา และบทบาทของครอบครัวต่อการเลิกยา

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และสามารถเรียนรู้วิธีเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด ฝึกฝนการรับรู้สภาวะอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และรู้เท่าทันความคิดและควบคุมความคิดของตนเอง ตลอดจนมีความตระหนักต่อพฤติกรรมเสพติดที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด

สาระสำคัญ

1) ปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดยาสัมพันธ์กับระยะในการเสพยาของผู้ป่วย กล่าวคือ ในระยะเริ่มเสพยา ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวเพียงเล็กน้อย ต่อมาในระยะคงเสพยา ครอบครัวเริ่มทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามช่วยแก้ปัญหาแต่ทำได้บางครั้ง ในระยะหมกมุ่น ครอบครัวเลิกพยายามแก้ปัญหาเพราะรู้ว่ามันไร้ผล เมื่อพวกเขาไม่สามารถจะเลี่ยงจากการเผชิญกับผลกระทบของพฤติกรรมของผู้ใช้ยา พวกเขาจะหันมาตำหนิตนเองหรือผู้ติดยา และในระยะวิกฤติ สมาชิกครอบครัวมักแยกตัวจากผู้ติดยาเพื่อป้องกันตนเอง เป็นผลจากความรู้สึกล้มเหลวและหมดหวัง

2) การใช้ยาเสพติดเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของบุคคล เป้าหมายในการเลิกยาเสพติดคือการเรียนรู้ที่จะแยกแยะความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองในรูปแบบที่ก่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อตัวผู้ป่วย

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดยา และบทบาทของครอบครัวต่อการเลิกยา ตามใบความรู้ที่ 11.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในความรู้ดังกล่าว และผู้บำบัดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

2) ผู้บำบัดเชิญสมาชิกครอบครัวพักผ่อนตามอัธยาศัย และดำเนินการปรึกษารายบุคคลกับผู้ป่วยโดยใช้ใบกิจกรรมที่ 11.1 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ตลอดจนตระหนักต่อพฤติกรรมเสพติดที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 11.1 ปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดยาและบทบาทของครอบครัวต่อการเลิกยา

2) ใบกิจกรรมที่ 11.1 ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

ครั้งที่ 12 การสร้างเพื่อนใหม่ และการฟื้นฟูสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอิทธิพลของเพื่อนที่เคยใช้ยาเสพติดซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลับไป เสพยาซ้ำได้ผู้ป่วยสามารถเลือกคบเพื่อนใหม่ที่ไม่เสพยาได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสัมพันธภาพมีการทบทวนความผิดพลาดที่ผ่านมาในอดีต รู้จักให้อภัยตนเองและผู้อื่น

3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้อื่น

สาระสำคัญ

1) เพื่อนและคนรู้จักมีความแตกต่างกัน เพื่อนคือคนที่รักและหวังดีให้อภัยเมื่อเราผิดพลาด การมีเพื่อนใหม่ส่งผลต่อการเลิกยา ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัวเป็นเรื่องจำเป็น จะทำได้ต้องอาศัยการให้อภัยตนเองและผู้อื่นก่อน การมีแนวทางฟื้นฟูสัมพันธภาพจะช่วยให้การลงมือปฏิบัติง่ายขึ้น

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยอ่านข้อความ ก ในใบกิจกรรมที่ 12.1 ข้อ 1-5 และอภิปรายร่วมกันทีละข้อ

2) ให้ผู้ป่วยอ่านข้อความในใบกิจกรรมที่ 12.2 ข้อความ ก, ข และ ค ทีละข้อ อภิปรายและสรุปร่วมกันทีละข้อ

3) ผู้ป่วยสรุปประเด็นร่วมกันอีกครั้ง ผู้บำบัดสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1) ใบกิจกรรมที่ 12.1 การสร้างเพื่อนใหม่

2) ใบกิจกรรมที่ 12.2 การฟื้นฟูสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 13 การยอมรับ และการตรวจสอบพฤติกรรมการเลิกยา

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคสมองติดยา

2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและมีแนวทางในการปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากตัวกระตุ้นและสามารถเลือกวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้เหมาะสม

สาระสำคัญ

1) การยอมรับความจริงว่าตนเองป่วยเป็นโรคสมองติดยาเป็นขั้นตอนแรกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ การยอมรับว่าการติดยา หรือการป่วยเป็นโรคนี้ไม่ได้หมายถึงว่า เราต้องพ่ายแพ้ต่อชีวิตหรืออ่อนแอจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เพียงแต่มีบางสิ่งที่ควบคุมไม่ได้และหนึ่งในนั้นคือ การใช้ยาและสารเสพติด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับความจริงนี้ก็เท่ากับการทำให้ภาวการณ์ติดยาของตนเองรุนแรงยิ่งขึ้น

2) การตรวจสอบพฤติกรรมในการเลิกยาคือ การรู้จักหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ผู้ป่วยต้องไม่ประมาท รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้ผู้ป่วย 1-2 คน อ่านใบกิจกรรมที่ 13.1 ข้อ ก, ข และ ค และอภิปรายร่วมกันทีละข้อ

2) ให้ผู้ป่วย 1-2 คน อ่านใบกิจกรรมที่ 13.2 ข้อ ก และ ข และอภิปรายร่วมกันทีละข้อ

3) ผู้ป่วยช่วยกันสรุปประเด็นสาระสำคัญที่ได้จากกิจกรรมนี้ และผู้บำบัดสรุปอีกครั้งและนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1) ใบกิจกรรมที่ 13.1 การยอมรับ

2) ใบกิจกรรมที่ 13.2 การตรวจสอบพฤติกรรมการเลิกยา

ครั้งที่ 14 ความเข้มแข็งคือพลัง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นจุดเริ่มต้นของการเสพซ้ำได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยในช่วงเลิกยาเสพติดได้

3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการหาความสุขสงบในชีวิต สามารถแยกได้ว่าสิ่งที่สามารถควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้

4) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้จิตใจสงบมีสมาธิและเกิดปัญญาที่จะแก้ไขและเผชิญกับปัญหา

สาระสำคัญ

1) การเจ็บป่วยทางกายจะเป็นการเริ่มต้นของการเสพซ้ำเมื่อร่างกายอ่อนแอ จิตใจย่อมอ่อนแอตามไปด้วยเนื่องจากการต่อสู้กับปัญหาการใช้ยาเสพติดต้องอาศัยพละกำลังทางร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งควบคู่กันไป

2) การจะมีสุขภาพแข็งแรงได้นั้น ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจที่ดีเพียงพอ วิธีการป้องกันไม่ให้กลับไปเสพซ้ำในช่วงที่คุณเจ็บป่วยคือดูแลให้หายจากการเจ็บป่วยให้เร็วที่สุด

3) การเรียนรู้วิธีการที่จะทำจิตใจให้สงบสุขจะช่วยให้บุคคลไม่ต้องแสวงหาความสุขจากการเสพยาเสพติดหรือสิ่งทดแทนอื่นๆ ที่นำไปสู่อันตรายต่อชีวิต

4) ความสุขสงบของจิตใจ เกิดจากการที่เราเรียนรู้วิธีการทำจิตใจให้สงบด้วยการอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับความเป็นไปต่างๆ จึงทำให้ไม่ทุกข์กับสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต และไม่กลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้สมาชิกอ่านข้อความ ก, ข และ ค ทีละข้อในใบกิจกรรมที่ 14.1 และข้อ 1 และ 2 ทีละข้อในใบกิจกรรมที่ 14.2 และร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2) ผู้บำบัดสรุปประเด็นสำคัญเพื่อสมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมกับมีแนวทางการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

3) ผู้บำบัดนำเข้าสู่หัวข้อการเรียนรู้เคล็ดลับการทำให้จิตใจสงบสุข

4) ให้สมาชิกอ่าน ใบกิจกรรมที่ 14.3 ทีละข้อ และอภิปรายร่วมกัน

5) ผู้บำบัดสรุปสาระสำคัญ และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามความเหมาะสม

อุปกรณ์

ใบกิจกรรมที่ 14.1 ความเจ็บป่วย

ใบกิจกรรมที่ 14.2 การสำรวจสิ่งที่ควบคุมได้และไม่ได้

ใบกิจกรรมที่ 14.3 การสวดมนต์/ทำสมาธิเพื่อความสงบสุขในชีวิต

ครั้งที่ 15 (ผู้ป่วยและครอบครัว) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลิกยาเสพติด

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้สมาชิกครอบครัว และผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากผู้ที่ประสบความสำเร็จในนการเลิกยาเสพติดเพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน

2) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปฏิกิริยาต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นหลังจากสมาชิกในครอบครัวมีการใช้ยาเสพติดตั้งแต่เริ่มใช้ยาจนถึงหยุดเสพยา และเพื่อให้ครอบครัวมีแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือสนับสนุนการเลิกยาเสพติด

3) เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือในการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระยะต่างๆ ในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย

4) เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าใจเทคนิค และวิธีการที่จะใช้ชีวิตร่วมกันอย่างสอดคล้องกลมกลืน ไม่ก่อให้เกิดความแตกแยก เบื่อหน่าย หรือทอดทิ้งผู้ป่วยในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สาระสำคัญ

1) ประสบการณ์ของผู้ประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดเป็นบทเรียนรู้ที่สำคัญสามารถถ่ายทอดได้อย่างสมจริงและเป็นบุคคลต้นแบบให้กับผู้ป่วยได้ดี

2) อิทธิพลของยาเสพติดที่มีผลต่อสมองส่วนคิด และสมองส่วนอยากจะสูญเสียการทำหน้าที่ภายหลังจากการเสพยาเสพติดทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

3) ท่าทีของครอบครัวที่แสดงออกในแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน บางครั้งปฏิเสธอย่างรุนแรงเมินเฉย หรือทอดทิ้งปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญชีวิตอยู่ในโลกของตัวเอง แทนการช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะหมกมุ่นและระยะวิกฤติในวงจรการเสพยาเสพติด

4) เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องเข้าใจวิธีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสมในแต่ละช่องทางในการเลิกยาเสพติด เช่น การสื่อสาร การแสดงความรู้สึกห่วงใย ความปรารถนาดี ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากของการเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเข้มแข็ง และอดทนมีกำลังใจที่ดี

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยได้รับฟังประสบการณ์การเลิกยาเสพติดจากผู้ที่เคยผ่านการบำบัดและมีความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดแล้วอภิปรายร่วมกันตามใบกิจกรรมที่ 15.1 ข้อ 1 และ 2 ในกรณีที่ไม่มีบุคคลต้นแบบมาร่วมแลกเปลี่ยนในชั่วโมง ให้ผู้บำบัดใช้การเล่าเรื่องกรณีศึกษาผู้ป่วยที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ผู้บำบัดอธิบายอิทธิพลของยาเสพติดที่มีผลต่อร่างกายและสมองแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยจากนั้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตามประเด็นในใบกิจกรรมที่ 15.2 ข้อ ก และ ข

3) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 15.3 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัวต่อการบำบัด (ช่วงปลาย)เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของการรักษาและการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยสิ้นสุดโปรแกรมการรักษา

อุปกรณ์

1) การแบ่งปันประสบการณ์การเลิกยาที่สำเร็จ โดยบุคคลต้นแบบ (หากไม่มีให้ใช้เรื่องเล่าแทน)

2) ใบกิจกรรมที่ 15.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลิกยาเสพติด

3) ใบกิจกรรมที่ 15.2 การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยาเสพติด

4) ใบกิจกรรมที่ 15.3 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัวต่อการบำบัด (ช่วงปลาย)

ครั้งที่ 16 การจัดการตัวเองที่ดีเพื่อการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเป็นอุปสรรคต่อการเลิกยาเสพติด และมีแนวทางของตัวเองที่จะป้องกันพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเป็นอุปสรรคต่อการเลิกยาเสพติด

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการและแนวคิดของวิธีการเลิกยาเสพติดตามหลักการ 12 ขั้นตอน

3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและวางแผนกิจกรรมสำหรับตัวเองในช่วงวันหยุดพักเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ โดยใช้หลักการง่ายๆ ในแต่ละวันให้ผ่านไปได้อย่างปลอดภัย

สาระสำคัญ

1) การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่สำคัญของผู้ติดยาเสพติดมุ่งเน้นไปที่ความพยายามที่จะฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้แสดงพฤติกรรมเสพติด หรือพฤติกรรมย้ำทำทั้งหลาย เพื่อไม่ให้เกิดความเชื่อมโยงต่อความต้องการที่จะเสพยาเสพติด

2) หลักการ 12 ขั้นตอน เป็นแนวคิด และวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเลิกยาเสพติด ได้มีทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือตัวเองและยังสามารถช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่ สมาชิกคนอื่นๆ ในการเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง

3) การวางแผน และการจัดการที่ดีในการเลือกกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับตัวเองของผู้ป่วยยาเสพติดในช่วงวันหยุดจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข โดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายในการหยุดเสพยา ไม่ควรกำหนดเป้าหมายระยะยาว เช่น เป็นเดือน หรือเป็นปี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า แต่ถ้ากำหนดเป้าหมายสั้นๆแบบวันต่อวันจะทำให้เนผลลัพธ์ได้ และเกิดกำลังใจที่จะก้าวเดินต่อไปอย่างมั่นคง

4) พฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จะมีลักษณะหมกมุ่นเหมือนการติดยาเสพติด โดยเฉพาะในกรณีเป็นพฤติกรรมทางเพศที่เป็นลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความใคร่ การไม่มีการควบคุมที่ดีอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพและเป็นพฤติกรรมหมกมุ่นจนนำไปเชื่อมโยงกับการใช้ยาเสพติด ดังนั้นความเข้าใจต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดีและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยเริ่มจากการใช้ใบกิจกรรมที่ 16.1 ข้อ ก, ข และ ค เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมย้ำทำ/หมกมุ่นที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำา กระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมย้ำทำ และการป้องกันการมีพฤติกรรมทางเพศที่เกิดจากความใคร่

2) ผู้บำบัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องกลุ่มผู้เลิกยาเสพติดนิรนาม โดยใช้ใบความรู้ที่ 16.1 จากนั้นให้ผู้ป่วยซักถามหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3) ผู้บำบัดนำผู้ป่วยเข้าสู่หัวข้อ มองไปข้างหน้า - การแก้ปัญหาจัดการกับเวลาหยุดพัก ด้วยใบกิจกรรมที่ 16.2 โดยให้สมาชิกกลุ่มผลัดกันอ่านข้อความ ก- จ ไปทีละข้อและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างกันในแต่ละข้อ

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 16.1 กลุ่มผู้เลิกยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous)

2) ใบกิจกรรมที่ 16.1 พฤติกรรมย้ำทำ/ การป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อภาวะอันตราย

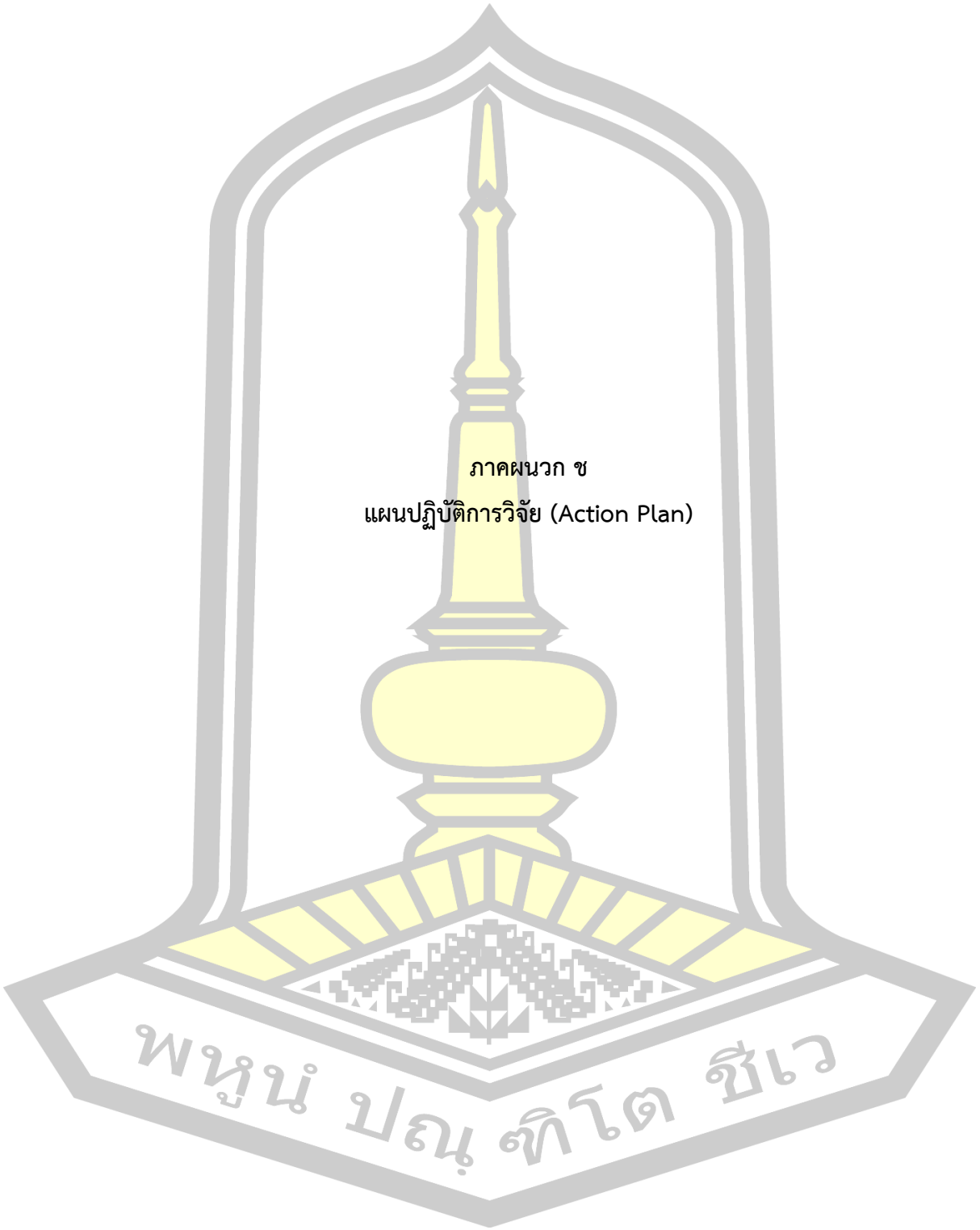
3) ใบกิจกรรมที่ 16.2 มองไปข้างหน้า จัดการแก้ปัญหากับช่วงเวลาหยุดพัก

สรุป จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลกันทรวิชัยพบว่าโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีรูปแบบการดำเนินการที่รองรับผู้ป่วยที่ 3 ระดับสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จะให้การบำบัดรักษาด้วยการให้คำแนะนำระยะสั้น BA หรือการให้คำปรึกษาระยะสั้น BI ตามกระบวนการที่เน้นให้ป้ายกลุ่มผู้ใช้กรเสพติดได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาโดยเป็นการให้การรักษาเพียงครั้งเดียวจบและนักติดตามอีกหลังผ่านไป 6 เดือน ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามโปรแกรม

สำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพสารเสพติดจะดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสภาพโดยใช้ (Modify Matrix Program.) จากการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติด กลุ่มเสพที่ผ่านมาประสบปัญหาคือไม่มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยกลุ่มเสพเพื่อดำเนินการตามกระบวนการของ (Modify Matrix Program.) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด_ 19 จึงได้ปรับประยุกต์กระบวนการบำบัดให้.สอดคล้องกับสถานการณ์ ทั้งนี้จะลดเหลือเพียงการการตรวจปัสสาวะที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มเสพ จากกระบวนการดังกล่าวทำให้ประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสภาพลดประสิทธิภาพลง แม้ว่าสถานการณ์ของโดวิด -19 จะถูกปรับเป็นโรคประจำถิ่นแต่กระบานการบำบัดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดยังคงดำเนินการเช่นเดินเหมือกับก่อนมีสถานการณ์การระบาดของโควิด -19 ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดในกลุ่มเสพสารเสพติด

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ติดสารเสพติด แนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลกันทรวิชัยได้กำหนดไว้ 2 แนวทาง คือหากผู้ติดสารเสพติดที่อาการทางจิตร่วมด้วยกล่าวคือ มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด อย่างใดอย่างหนึ่งจะดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายได้แก่โรงพยาบาลมหาสารคาม หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้การรักษาอาการทางจิตก่อน หากผู้ติดสารเสพติดไม่มีอาการทางจิตร่วม และมีความประสงค์ต้องการเลิกยาเสพติดและขอรับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย พยาบาลยาเสพติดจะดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสภาพโดยยึดโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program.) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ในการบำบัดฟื้นฟูสภาพกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามโปรแกรมที่กำหนด

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ช

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาบริบทพื้นที่การบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของโรงพยาบาลกันทรวิชัย **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย 2. เพื่อศึกษาการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของโรงพยาบาลกันทรวิชัย	1. ศึกษาบริบท 2. หาปัญหา 3. ศึกษาการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของโรงพยาบาลกันทรวิชัย	**ระยะเวลา** เมษายน 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. ทราบบริบทพื้นที่ 2.ทราบสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของโรงพยาบาลกันทรวิชัย	1. มีข้อมูลลักษณะของอำเภอกันทรวิชัย 2. มีสรุปข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของโรงพยาบาลกันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)(ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย ก่อนเข้าร่วมการวิจัย **วัตถุประสงค์** เพื่อทราบถึงคะแนนการประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	ประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	**ระยะเวลา** เมษายน 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึงคะแนนการประเมินตามประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	- สรุปผลคะแนนการประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.3 ประชุม กลุ่มเป้าหมาย **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย 2. เพื่อให้มีตัวแทนในกลุ่มงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการตามกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	1. วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 2. ประสานตัวแทนจากกลุ่มงานต่าง ๆ เพื่อประชุมสร้างความรู้และความเข้าใจถึงกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	**ระยะเวลา** สัปดาห์แรกของเดือนเมษายน 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติเกี่ยวข้องรับรู้ถึงสภาพปัญหาของการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย	1. สรุปประชุมถึงสภาพปัญหาของกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย ในแบบเดิมที่ผ่านมา 2. ตัวแทนจากกลุ่มงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.4 ประชุมวางแผนการดำเนินงานและร่วมกันจัดทำแผนในการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ตัวแทนกลุ่มงานส่วนต่าง ๆ ในอำเภอกันทรวิชัย มีบทบาทร่วมกันวางแผนและร่วมกันจัดทำแผนในการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	จัดประชุมถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	**ระยะเวลา** สัปดาห์แรกของเดือนเมษายน2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ ได้มีบทบาทร่วมกันวางแผนและร่วมกันจัดทำแผนในการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	สรุปประชุมได้มาซึ่งแผนในการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 1.5 กำหนดแนวทางปฏิบัติตามแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มีแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	จัดประชุมกำหนดกำหนดแนวทางปฏิบัติตามแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	**ระยะเวลา** สัปดาห์แรกของเดือนเมษายน 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. อำเภอกันทรวิชัย มีแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัยจังหวัดมหาสารคาม	1. สรุปประชุมได้มาซึ่งแผนในการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย2. แผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ดำเนินงานการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติตามแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	**ระยะเวลา** เมษายน2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- กลุ่มเป้าหมายทราบแนวทางการปฏิบัติตามแผนแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	- กลุ่มเป้าหมายทราบแนวทางการปฏิบัติตามแผนแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.2 ดำเนินงานตามแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ดำเนินงานการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ดำเนินงานตามแผนแผนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามที่ได้วางไว้	**ระยะเวลา** เมษายน2566–กรกฎาคม 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- อำเภอกันทรวิชัยมีการดำเนินงานการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัยจังหวัดมหาสารคาม	- สรุปผลการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.1 สังเกต ติดตาม การดำเนินงานการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม **วัตถุประสงค์** เพื่อติดตามการดำเนินงานการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. จัดประชุม ติดตามการดำเนินงานการป้องกันป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 2. สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในเรื่องการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	**ระยะเวลา** เมษายน2566–กรกฎาคม 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ 3. ผู้ป่วยที่ใช้ยาและเสพสารเสพติดประเภทแอมเฟตามี และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพ	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึงสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพการป้องกันป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	- สรุปผลการสังเกต ติดตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม - สรุปผลการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานการป้องกันป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย **วัตถุประสงค์** เพื่อทราบถึงระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย	ประเมินระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย	**ระยะเวลา** กรกฎาคม 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ 3. ผู้ป่วยที่ใช้ยาและเสพสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีและมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุขว่าเป็นผู้เสพ	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	อำเภอกันทรวิชัย มีการดำเนินงานตามกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย ได้ถูกต้อง	- สรุปผลการประเมินระดับคะแนนการประเมินระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4.1 สรุปผลการดำเนินงานกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย **วัตถุประสงค์** เพื่อสรุปผลการดำเนินงานกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	**ระยะเวลา** สิงหาคม 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. การประเมินระดับคะแนนการประเมินระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย 4. กล้องถ่ายรูป	- อำเภอกันทรวิชัยทราบระดับการดำเนินงานการกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	- สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย - สรุปประชุม

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4.2 จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย **วัตถุประสงค์** เพื่อคืนข้อมูลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานที่ผ่านมากลับให้ผู้เกี่ยวข้อง	จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	**ระยะเวลา** สิงหาคม 2566 **สถานที่** โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 4. กล้องถ่ายรูป	- กลุ่มเป้าหมาย ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	- สรุปประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกระบวนการป้องกันขาดนัดบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายอานนท์ ถุงแก้วหงษ์
วันเกิด	วันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 60 หมู่ 15 ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44150
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม
	พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาสาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว