



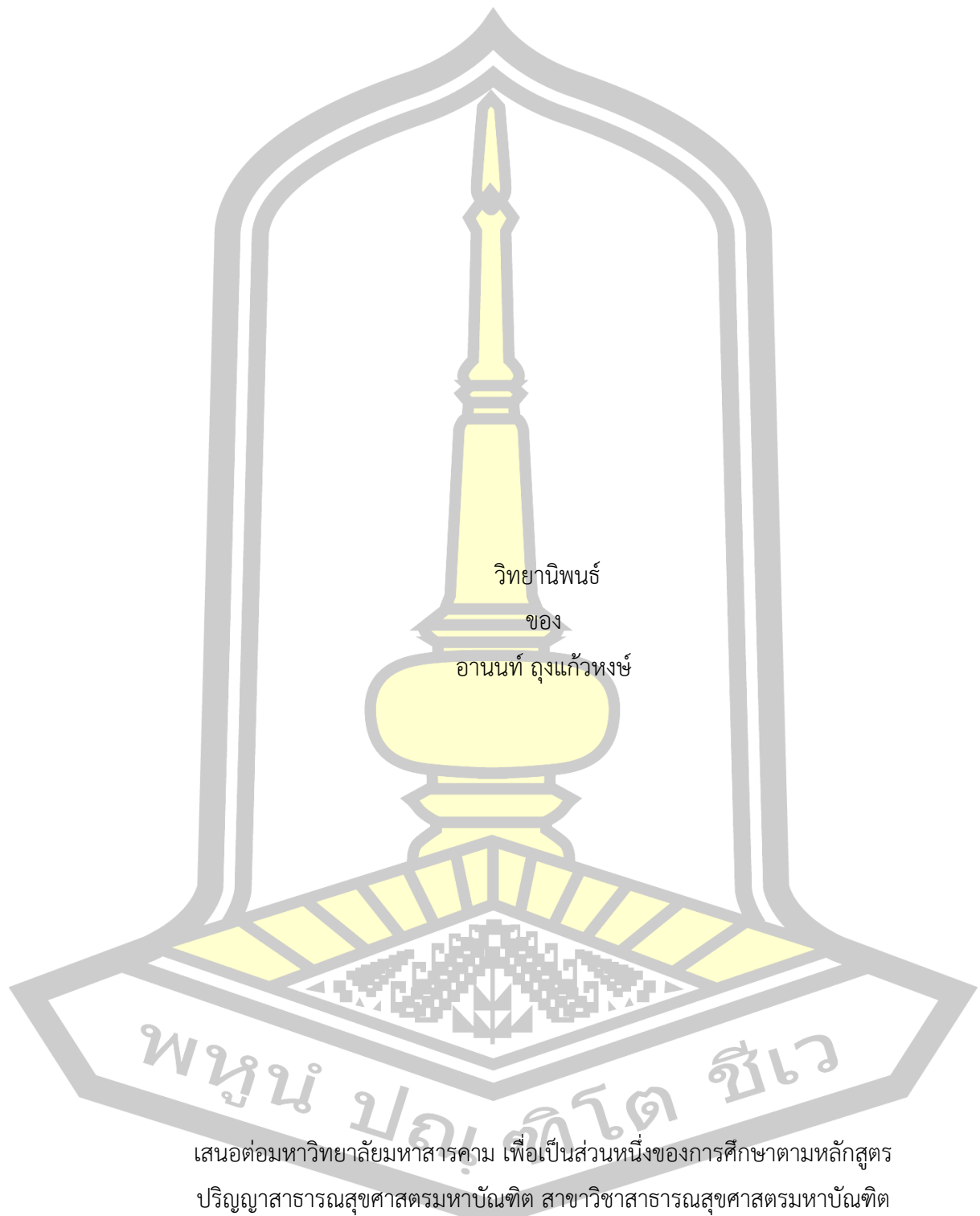
การพัฒนาแบบการป้องกันการขาดแคลนของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน

วิทยานิพนธ์
ของ
อานนท์ ฤกษ์แก้วหงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน



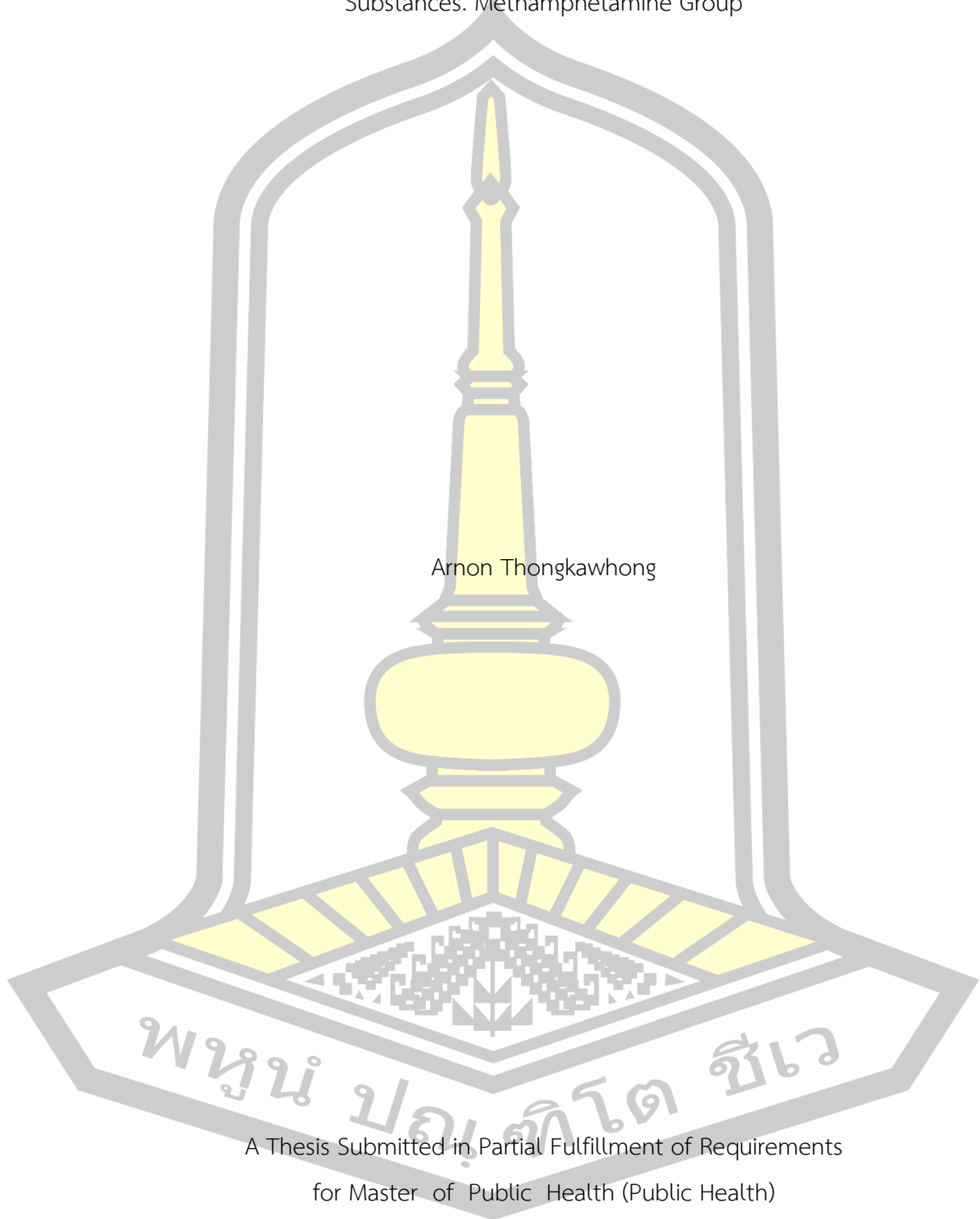
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

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 ฤงแก้วหงษ์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. พิทยา ศรีเมือง)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน		
ผู้วิจัย	อานนท์ ฤกษ์แก้วหงษ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

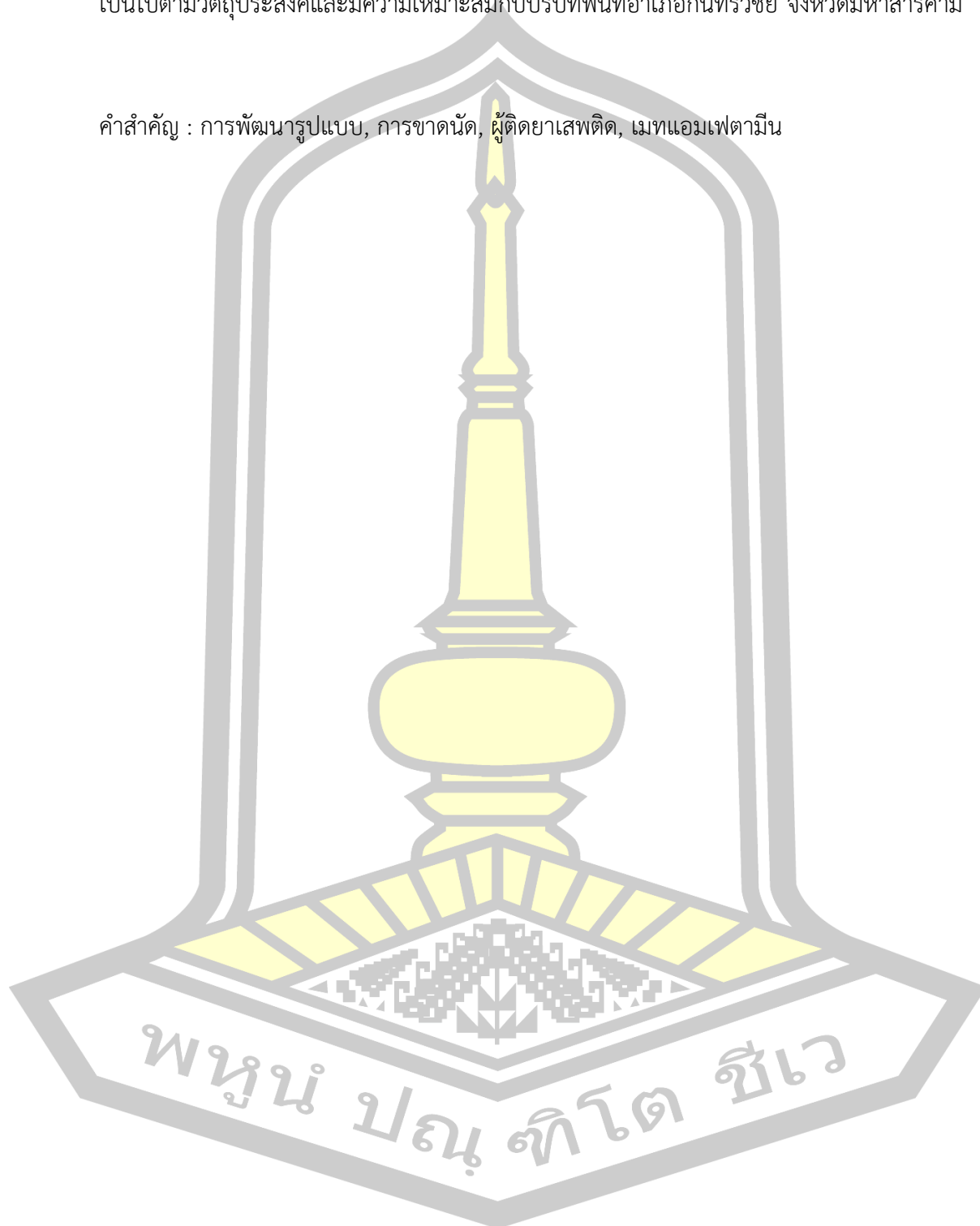
การป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่ผ่านมายังไม่สามารถเพิ่มอัตราคงอยู่ในระบบการบำบัดได้ ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 46 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ จำนวน 26 คน และผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในระยะหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากทุกด้าน และเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มผู้เสพยาเสพติดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรม ร้อยละ 100

สรุปผลการศึกษา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนครั้งนี้ คือการวิเคราะห์และทบทวนปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยผู้เกี่ยวข้อง และการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในรูปแบบของผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อน ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาตาม

โปรแกรม ซึ่งทำให้การดำเนินงานตามการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน
เป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การขาดนัด, ผู้ติดยาเสพติด, เมทแอมเฟตามีน



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	Maharakham 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, Maharakham 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 สำเร็จได้ด้วยความรู้ความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการสอบทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ และได้ช่วยตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนคำแนะนำข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นางวิสาข์วดี อินทรสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงาน ยุทธศาสตร์และการวิจัย นางอรอนงค์ รันนันท หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด นางสาวกัญญภรณ์ โพธิ์ชี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขายาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ช่วยปรับแก้เครื่องมือในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้นำชุมชน และคณะผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายขอขอบพระคุณ คุณพ่อทวี ถุงแก้วหงษ์ คุณแม่มุกดา ถุงแก้วหงษ์ และครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ คอยส่งเสริม สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อานนท์ ถุงแก้วหงษ์

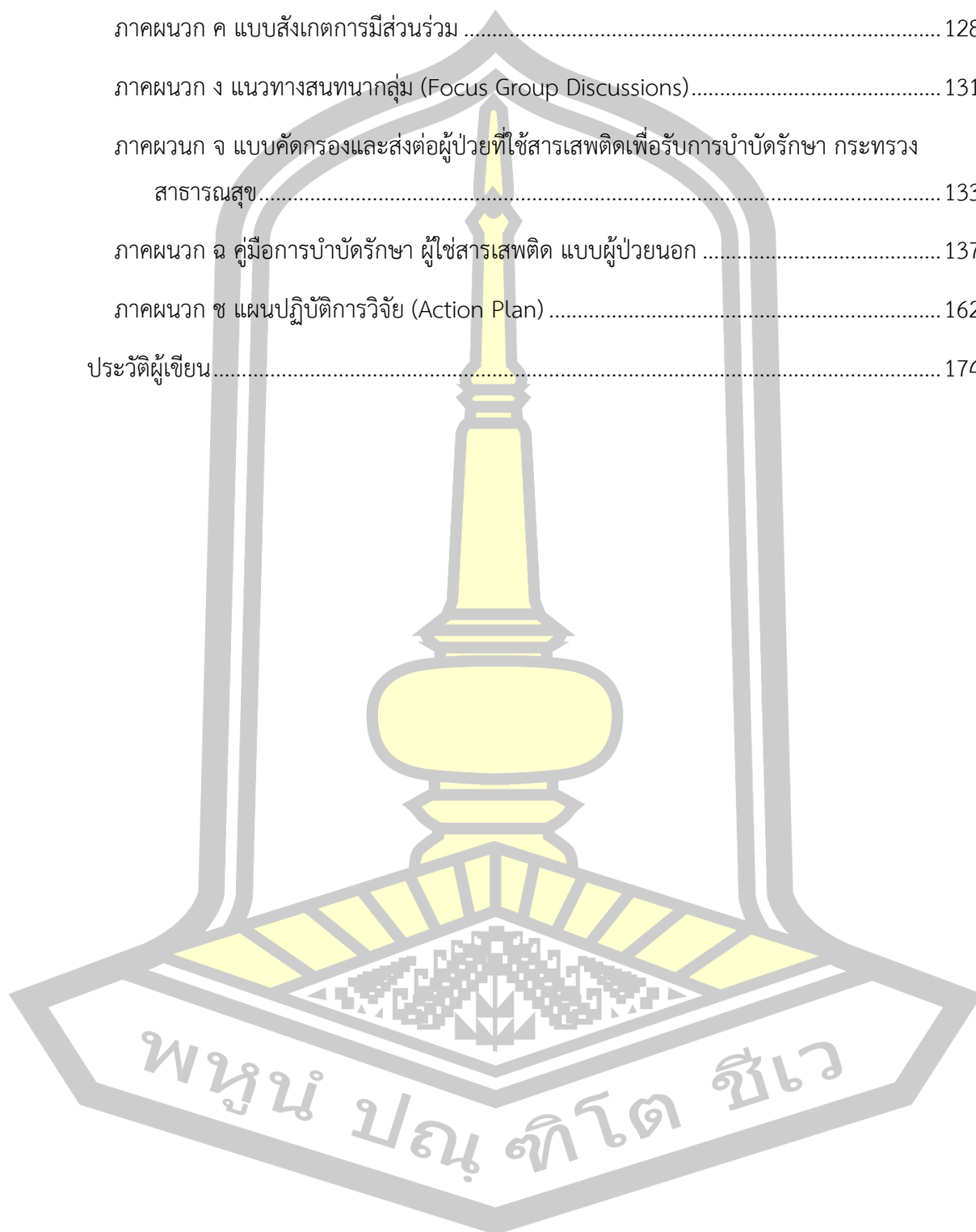
พนุน ปณ จิตโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
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 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล	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 บริบทของการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาล กันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	67
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	78
4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	83
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่ม เมทแอมเฟตามีน 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 แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม	128
ภาคผนวก ง แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions).....	131
ภาคผนวก จ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวง สาธารณสุข.....	133
ภาคผนวก ฉ คู่มือการบำบัดรักษา ผู้ใช้สารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก	137
ภาคผนวก ช แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)	162
ประวัติผู้เขียน.....	174



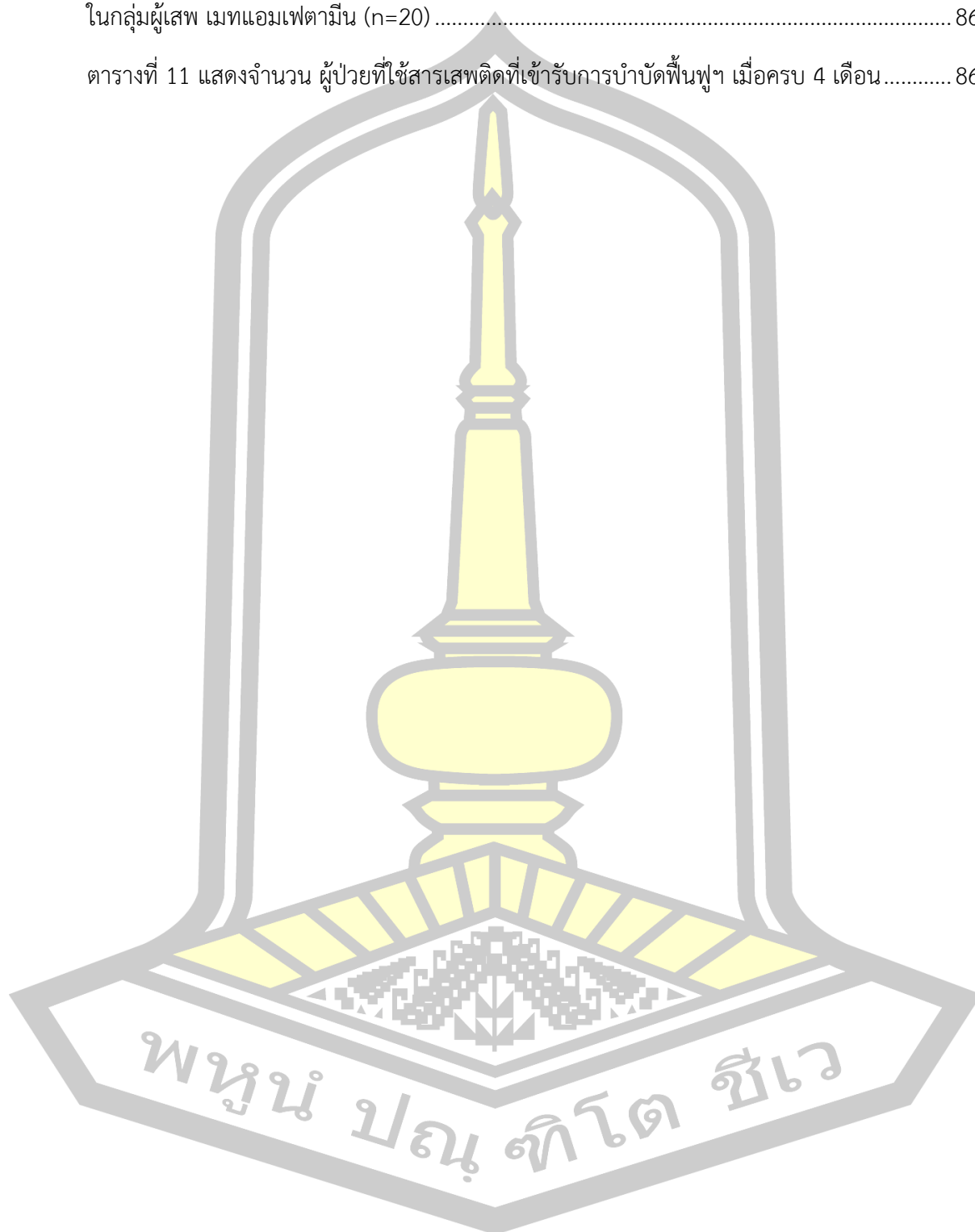
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ภาคสาธารณสุขและผู้นำชุมชน (n=26)	70
ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	71
ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (n=20)	72
ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20)	75
ตารางที่ 5 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n=20)	77
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลังดำเนินโครงการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=26)	83
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	84
ตารางที่ 8 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	85
ตารางที่ 9 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน	85

ตารางที่ 10 การขาดนัดและการคงอยู่ในระบบการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู
ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน (n=20) 86

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เมื่อครบ 4 เดือน 86



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
ภาพประกอบ 2 ประชุมทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตามโปรแกรม โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการ ณ ห้องประชุมกลุ่ม งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย	79
ภาพประกอบ 3 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติด โรงพยาบาลกันทร วิชัย จากการทบทวน การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ ตาม โปรแกรม โปรแกรม modified matrix (ก่อนการพัฒนา).....	79
ภาพประกอบ 4 อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ใช้งาน โปรแกรม modified matrix โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น	80
ภาพประกอบ 5 อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก.....	80
ภาพประกอบ 6 การเปรียบเทียบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่าง แบบเดิม และแบบใหม่	82
ภาพประกอบ 7 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติด กลุ่มผู้เสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย.....	87

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

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

สถานการณ์ในประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการออกพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นตัวข้อกำหนดล่าสุดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ป้องกัน ปราบปราม ควบคุมยาเสพติด ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติด คณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สิน และคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็น (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2564) ด้านกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มุ่งเน้นการดูแล ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติดยา คือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ซึ่งทางสาธารณสุขได้แบ่งผู้ที่ติดยาเสพติดออกเป็น 3 ระดับตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้เสพยาเสพติด และผู้ติดยาเสพติด 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) มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดพื้นฟูฯ 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 ในขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 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 ทุกภาคส่วนจึงจำเป็นต้องวางแผนทางในการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาในภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลกันทรวิชัย รับบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก 2 ระบบ ซึ่งประกอบด้วย ระบบสมัครใจ ซึ่งเป็นการเข้ารับการบำบัดโดยผู้ที่เข้ายาและสารเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง หรือถูกฝ่ายปกครองหรือตำรวจนำตัวส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติดเนื่องจากตรวจพบสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในปัสสาวะและสมัครใจเข้ารับการบำบัด ส่วนระบบบังคับบำบัด ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัด โดยคำสั่งของศาลหรือสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดมหาสารคามให้เข้ารับการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติดทุกคนต้องได้รับการคัดกรองและประเมินระดับใช้สารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติด ในแต่ละกลุ่ม ในปีงบประมาณ 2562-2564 ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการในโรงพยาบาลกันทรวิชัย กลุ่มผู้เสพสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 96.35, 86.69, 75.67 ตามลำดับ แต่ยังคงเป็นกลุ่มที่พบจำนวนมากที่สุด แนวโน้มของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 3.28, 4.53, 7.42 ตามลำดับ และแนวโน้มกลุ่มผู้ติดสารเสพติดแนวโน้

เพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 0.36, 8.78, 16.91 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งพบว่าในกลุ่มของผู้ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มของผู้เริ่มต้นใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มผู้เสพไปเป็นกลุ่มผู้ติดมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น นี่มีการใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากและต้องใช้เป็นประจำ รวมถึงเริ่มมีอาการทางจิตร่วมด้วย 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 (ร้อยละ 65.11) ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 161 คน (ร้อยละ 41.77) และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดบ่อยครั้งก่อนจะออกจากระบบการบำบัด เมื่อทบทวนข้อมูลการขาดนัดย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562-2564) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีการขาดนัดหลังจากเข้ารับการซักประวัติและประเมินร่างกายในครั้งแรก (ร้อยละ 71.30, 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 โดยส่วนใหญ่สัปดาห์ ร้อยละ 72.58 ไปทำงานนอกพื้นที่ ร้อยละ 20.54 ไม่มีรถเดินทางมา ร้อยละ 4.73 เจ็บป่วย ร้อยละ 2.15 หลังจากกลับเข้ารับการบำบัดหลังขาดนัดพบว่า มีผลตรวจพบสารเสพติด เมทแอมเฟตามีนในร่างกาย ร้อยละ 95.58 จากการทบทวนบันทึกการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ทำให้ทราบถึงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการขาดนัดมากที่สุดคือช่วง 2 เดือน – 3 เดือนหลังจากมารายงานตัวซักประวัติในครั้งแรก

การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ผู้ใช้สารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาเข้าสู่กระบวนการบำบัด เมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติดมารายงานตัวเข้ารับคัดกรองเพื่อประเมินการติดสารเสพติด และแบ่งกลุ่มตามคะแนนประเมินแล้ว ทางพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจะดำเนินการออกสมุดนัดซึ่งจะระบุวันนัดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้จำวันนัดได้ และร่วมกันกำหนดข้อตกลงการเข้ารับบริการ ซึ่งการดำเนินการป้องกันการขาดนัดดังกล่าว พบว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดได้ จึงได้กำหนดแนวทางการติดตามผู้เข้ารับการ

บำบัดฟื้นฟูสภาพที่ขาดนัดไว้ดังนี้ เมื่อขาดนัดครบที่เดือน 1 เดือน พยาบาลผู้รับผิดชอบการบำบัดทำหนังสือแจ้งไปที่ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย ให้ตามผู้ป่วยกลับเข้ารับการบำบัด ซึ่งทางศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจะดำเนินการแจ้งผู้นำชุมชนในพื้นที่ และดำเนินการติดตามต่ออีก 1 เดือน หากผู้ป่วยขาดนัดติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป ถือว่าสิ้นสุดกระบวนการบำบัดในครั้งนั้นและพยาบาลผู้รับผิดชอบการบำบัดทำหนังสือแจ้งไปที่หน่วยงานที่นำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในการดำเนินการต่อไป จากรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดนี้ ชี้ให้เห็นว่าไม่มีการคืนข้อมูลย้อนกลับ เป็นการส่งผ่านข้อมูลไปเพียงทางเดียว โดยในปีงบประมาณ 2564 มีผู้เข้ารับการคัดกรองเข้ารับการบำบัด จำนวน 337 คน มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดขาดนัดหลังเข้ารายงานตัว 1 เดือน จำนวน 191 คน และกลับเข้ารับการบำบัดจากรูปแบบการติดตามกลับจำนวน 20 คน ออกจากกระบวนการบำบัด จำนวน 161 คน (ร้อยละ 41.77) และจากการถอดบทเรียนของผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่รับบริการที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย พบว่า นอกจากสาเหตุการขาดนัดที่มาจากตัวผู้ป่วย ยังพบว่าการดำเนินงานที่ผ่าน ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนที่ไม่เพียงพอ โดยมี พยาบาลวิชาชีพที่จบด้านยาเสพติดเพียง 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ อีก 1 คน ยังไม่ผ่านการอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ทำให้ไม่ยังสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ ขาดการส่งต่อข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้ไม่ได้ดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดที่กำหนดไว้ทุกครั้ง และพบว่าหากการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนของครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเดินทางมารับการบำบัดและต้องเดินทางกลับบ้านซึ่งทำให้เห็นว่าช่วงเวลาที่อยู่กับครอบครัวนั้นมากกว่ามารับบริการที่โรงพยาบาล

ทั้งนี้ปัญหาการขาดนัดบำบัดมาจากหลายสาเหตุประกอบเกี่ยวพันกัน ทั้งจากตัวผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่ได้เห็นความสำคัญของการเข้ารับการบำบัด ทั้งระบบการบำบัดที่ไม่สามารถดำเนินการได้แต่แนวทางที่กำหนด ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยและการคืนข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ขาดนัดการบำบัด มีแนวโน้มกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและส่งผลต่อการออกจากระบบการบำบัด จึงควรมีการพัฒนากระบวนการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยอาศัยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้วงจรการวางแผนการปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (Planning, Action, Observation, and Reflection; PAOR) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 2005) เพื่อให้ผู้ดำเนินงานด้านยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย มีรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

รูปแบบการป้องกันการขาดน้ำบาดที่มีประสิทธิภาพ ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดติเมทแอม-
เฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาล
กันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นอย่างไร

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพ
สารเสพติดเมทาแอมเฟตามีน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาด
นัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

1.4 ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษา เพื่อให้การศึกษาตรงตาม 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 กลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการวิจัยระหว่าง มิถุนายน - กันยายน 2566

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 สารเสพติด

สารเคมีที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ขึ้นใหม่โดยมนุษย์ ที่เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยทางใดก็ตามแล้วทำให้เกิดความต้องการมากขึ้น บ่อยขึ้น และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่ได้นำเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการอยากยา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.5.2 ยาเสพติด

ยาหรือสารเคมีที่ถูกผลิตขึ้นจากผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ขึ้นใหม่ทางห้องปฏิบัติการ เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะทางใดก็ตาม ทำให้ผู้ที่รับเข้าสู่ร่างกายมีความต้องการมากขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลทำให้ร่างกายทรุดโทรม

1.5.3 ยาบ้า

ยาบ้า เป็นยาเสพติดที่มีองค์ประกอบของ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) นิยมเสพยาโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม หรือสูดดมเป็นไอระเหยของยาบ้าที่บดแล้วนำไปปนไฟ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เมื่อเสพยาเข้าสู่ร่างกายในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์จะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ เมื่อใช้ยาบ้าไปซักระยะหนึ่ง ร่างกายจะ

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

1.5.4 เมทแอมเฟตามีน

เป็นสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน ที่พบในยาบ้า ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในพื้นที่ประเทศไทย ตรวจพบได้ผ่านทางปัสสาวะของผู้ที่เสพยาบ้า ในการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ใช้การตรวจยืนยันสารเสพติดในร่างกายของผู้ที่ใช้ยาบ้า

1.5.5 การขาดนัด

การที่ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รายงานตัว ชักประวัติและรับการประเมินและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรมของทางโรงพยาบาลกันทรวิชัย ไม่มาตามนัดเข้ารับบริการ ในวัน เวลา ที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้า

1.5.6 ผู้ใช้สารเสพติด

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

1.5.7 ผู้เสพยาเสพติด

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

1.5.8 ผู้ติดสารเสพติด

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

1.5.9 ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

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

1.5.10 การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการที่ผู้เข้าร่วม มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ วิเคราะห์ ปัญหาและหาทางเลือกร่วมกัน โดยถือว่าความคิดของทุกคนมีความหมาย เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเป็นเจ้าของในโครงการทุกขั้นตอน ซึ่งทำให้ผู้เข้ามาพัฒนารูปแบบการการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดตามในชุมชน สามารถดำเนินการพัฒนาได้ตามความต้องการของพื้นที่และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

1.5.11 การบำบัดฟื้นฟู

กระทำเพื่อมุ่งหวังให้พฤติกรรมกาเสพติดของผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมิน ความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด

1.5.12 ผู้ป่วยนอก

ผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ณ โรงพยาบาลกันทรวิชัย ที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และมีนัดรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมที่ทางพยาบาล ผู้รับผิดชอบได้ตกลงกับผู้รับบริการก่อนรับบริการแล้ว และยังร่วมถึงการติดตาม ดูแลที่บ้านและในชุมชน โดยผู้ปกครอง หรือญาติของผู้รับบริการด้วย

1.5.13 ผู้นำชุมชน

บุคคลที่เป็นเป็นพนักงานของรัฐตามกฎหมายที่มาจากการคัดเลือกของคนในชุมชนอัน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือ บุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่ชุมชนของตนเอง 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 โดยเป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากโรงพยาบาลธัญรักษ์ จังหวัดขอนแก่น

1.5.15 รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด

กระบวนการที่ดำเนินการร่วมกันของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดที่อยู่ระหว่างกระบวนการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพ จากการใช้ยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งผ่านกระบวนการ ศึกษาบริบทสภาพปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัดฯ ในรูปแบบเดิม ประชุมวางแผน ทดลองปฏิบัติ และแก้ไขปัญหามาจนมีความเหมาะสมกับพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพ การใช้ยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาล กันทรวิชัย มีอัตราการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดที่ลดลง และมีอัตราการคงอยู่ในระบบ จนครบโปรแกรมการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น

1.6.2 โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัด



บทที่ 2

ปรัทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน 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 สารเคมีหรือวัตถุดิบใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่นต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลาและสุขภาพโดยทั้งไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน หรือยาบ้า ยาอีหรือยาเลิฟ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 ยาเสพติดประเภทนี้สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องใช้อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ และใช้เฉพาะกรณีที่เป็นเท่านั้น ได้แก่ ผื่น มอร์ฟีน โคเคน หรือโคคาอีน โคเคอีน และเมทาโดน ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 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 น้ำยาอะเซติคแอนไฮไดรย์ และอะเซติลคลอไรด์ ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟินเป็นเฮโรอีน สารคลอซูไดโอเฟครีน สามารถใช้ในการผลิตยาบ้าได้ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีก 12 ชนิด ที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้าได้ ผสมผสาน เห็ดขี้ควาย ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าขายอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ 1 ถึง 4 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2564)

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

- มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพต่อไปอีกเรื่อย ๆ
- มีความโน้มเอียงที่จะเพิ่มปริมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ
- เมื่อถึงเวลาที่ต้องการเสพแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการอดหรืออยากยาทุกราย กลุ่มคลังขาดสติ โมโห ฉุนเฉียว เป็นต้น
- ผู้ที่ใช้อยานี้หรือสารนั้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้เสพทั้งร่างกายและจิตใจ (อ่านถึงใน (อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, อีสัยสมะแก้งและสุเช็น ชาววัล, 2565)

สรุป การเรียกสารเสพติดหรือยาเสพติดจะใช้เรียกได้ทั้งสองคำซึ่งในที่นี้ขอเรียกว่า “สารเสพติด” หมายถึง สารใดก็ตามเมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วโดยการกิน ฉีด สูบ หรือดมจะทำให้มีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารนั้น โดยเฉพาะลักษณะต่อไปนี้

- 1) ผู้ใช้สารต้องเพิ่มขนาดของสารตลอดเวลา
- 2) เมื่อหยุดใช้สารจะทำให้เกิดอาการอดสาร
- 3) ผู้ที่ใช้สารเป็นเวลานานจะเกิดมีความต้องการสารนี้มากขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 4) ผู้ที่ใช้สารเป็นเวลานาน สารจะก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพและร่างกายของผู้ใช้นั้น

2.1.2 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ติดยาเสพติด

อารดา คูเจริญ (2566) กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชาย โดยศึกษาปัจจัยด้าน ครอบครัว สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และจิตวิทยาที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น และสร้างแบบจำลองปัจจัยมูลเหตุพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง แต่พบว่าในแต่ละปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในระดับสูง ดังนี้

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

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ในการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ายังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น แต่กลับพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจส่งผลทางอ้อม โดยปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ผิดเคียงอาจส่งผลให้พ่อแม่ของวัยรุ่นมีความเครียด และส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตร จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจส่งผลทางอ้อมผ่าน ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางครอบครัว

3. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นในระดับมาก ปัจจัยด้านชุมชนที่ประกอบไปด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สาธารณสุข ดำรงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น โดยเฉพาะ เพื่อน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น การถูกเพื่อนชักชวน การเห็นเพื่อนเสพยาเสพติด และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร่วมเสพยาเสพติดกับเพื่อนครั้งแรงที่โรงเรียน และมีบ้างที่เริ่มเสพยาในพื้นที่ชุมชน

4. ปัจจัยด้านจิตวิทยา การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตวิทยาส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาในองค์ประกอบของทัศนคติพบว่า แรงจูงใจของวัยรุ่นในการเสพยาเสพติด เพื่อต้องการความสุขที่ฤทธิ์ของยาเสพติด ความสนุกสนาน ทำงานได้เร็วขึ้น ผอมสวย อยากรู้ อยากลอง ความคึกคะนองและความต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน และอีกสาเหตุคือความเครียด ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน คนรัก และมุมมองของคนรอบข้างที่มีต่อตนเอง เป็นต้น

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

สาเหตุจากตัวบุคคล ได้แก่

1. ด้านบุคลิกภาพ พวกติดยาเสพติดมักมีพื้นฐานเป็นผู้มีบุคลิกภาพผิดปกติ อ่อนแอ ต้องพึ่งยาตลอดเวลา หรือมีบุคลิกภาพเบี่ยงเบนก้าวร้าว ต่อต้านสังคม

2. ด้านจิตใจ เคยเป็นโรคจิต โรคประสาทมาก่อน หรือใช้ยาแก้ปวดประสาทเป็นประจำ

3. ด้านร่างกาย เคยเป็นโรคจิต โรคประสาทมาก่อน หรือใช้ยาแก้ปวดประสาทเป็นประจำ

สาเหตุจากตัวยา ได้แก่

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

สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่

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

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นติดยาเสพติด คือ

1) จากการถูกชักชวน การถูกชักชวนนี้อาจจะเกิดจากเพื่อนสนิทที่กำลังติดยาอยู่และอยากจะให้เพื่อนลองบ้าง ปัญหานี้มักจะเกิดกับเด็กที่มีปัญหาทางครอบครัวขาดความอบอุ่นใจ แต่เอาเพื่อนเป็นที่พึ่งนอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในแหล่งที่มีการซื้อขายยาเสพติด ก็อาจจะได้รับการชักจูงคุณภาพของยาเสพติดว่าดีต่าง ๆ นานา เช่น อาจจะบอกว่าเมื่อเสพแล้วจะทำให้ปลอดโปร่ง เหมาะแก่การเรียนการทำงาน การชักจูงดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ถูกชักจูงกำลังมีเมามาสุรา เทียวเตร่กัน จึงทำให้เกิดการติดยาได้

2) จากการอยากทดลอง อยากรู้อย่างเห็น อยากจะรู้รสชาติ อยากสัมผัส เนื่องจากเห็นคนอื่นเสพและเห็นมีโฆษณาต่าง ๆ ทำให้อยากรู้อยากลองว่ายาเสพติดชนิดนั้น ๆ มีรสชาติอย่างไร โดยคิดว่าคงจะไม่ติดง่าย ๆ แต่เมื่อทดลอง เสพเข้าไปแล้วมักจะติดเพราะยาเสพติดในปัจจุบัน เช่น เฮโรอีนจะติดง่ายมาก แม้เสพเพียงครั้งหรือสองครั้งก็จะติดแล้ว

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

4) เหตุทางกาย ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ต้องถูกผ่าตัดหรือโรคปวดศีรษะ เป็นหิด เป็นโรคประสาทได้รับความทรมานทางกายมากผู้ป่วยต้องการบรรเทา พยายามช่วยตัวเองมานานแต่ก็ไม่หายจึงหันเข้าหายาเสพติดจนติดยาในที่สุด

5) จากความคึกคะนอง บุคคลประเภทนี้คิดว่าตัวเองเป็นคนเก่งอยากลองซึ่งรู้อยู่แก่ใจว่ายาสเพติดให้โทษเป็นสิ่งไม่ดีแต่ด้วยแต่ด้วยความคึกคะนองเป็นวัยรุ่นไม่เกรงกลัวอะไร ต้องการแสดงความเด่นอวดเพื่อนว่าข้านี้คือพระเอก ขาดความยั้งคิดจึงเสพและติดยาในที่สุด

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

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้คนติดยาเสพติดมี 3 ประการคือ ประการที่หนึ่ง สาเหตุจากตัวผู้เสพเอง ซึ่งอาจเกิดจากการที่เคยใช้ยาเพื่อรักษาโรคมามาก่อน หรืออาจเกิดจากความอยากรู้อยากลอง ประการที่สอง สาเหตุจากตัวยาเสพติด เนื่องจากยาเสพติดมีฤทธิ์ในตัวของมันเองคือ ช่วยให้ผู้ใช้เสพลืมความเจ็บปวด ลืมความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บหรือสาเหตุอื่น และทำให้ผู้ใช้เสพมีความสุข เคลิบเคลิ้ม หลุดจากโลกแห่งความเป็นจริงที่เป็นทุกข์ ออกไปสู่โลกแห่งความฝัน ประการสุดท้าย สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้เสพยาเสพติดอยู่ในสถานที่ที่มีการเสพและค้ายาเสพติด ภาวะทางเศรษฐกิจบีบคั้น ซึ่งมีอิทธิพลเหนือจิตใจจึงทำให้ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมดังกล่าวหันมาพึ่งยาเสพติดเพราะคิดว่าจะช่วยให้หลุดพ้นจากสภาพต่างแวดล้อมดังกล่าวได้

2.1.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ติดยาเสพติด

ผู้เสพสารเสพติด จะมีลักษณะที่แสดงออกทางด้านร่างกายที่สังเกตได้คือ ตาโรยขาด ความกระปรี้กระเปร่า น้้ำมูกไหล น้ำตาไหล ริมฝีปากเขียวคล้ำแห้งแตก เหงื่อออกมาก กลิ่นตัวแรง พูดจาไม่สัมพันธ์กับความจริง บริเวณแขนตามแนวเส้นโลหิต มีร่องรอยการเสพติดโดยการฉีดยาที่ท้องแขนมีรอยแผลเป็นโดยการกรีดด้วยของมีคมตามขวาง ใส่แว่นตากรองแสงเข้มเป็นประจำเพราะม่านตาขยายและเพื่อปิดนัยน์ตาสีแดงกำ มักสวมเสื้อแขนยาวปกปิดรอยฉีดยา บุคคลที่มีลักษณะดังกล่าว จะแสดงอาการเมื่อนชีวิตสุขสันต์ตลอดเวลา มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพยานั้นต่อไปอีกเรื่อย ๆ มีความโน้มที่จะเพิ่มปริมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ ถ้าถึงเวลาที่เกิดความต้องการแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการขาดยาหรืออยากยาโดยแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น หาว อาเจียน น้้ำมูกน้ำตาไหล ทูรนทูราย คลุ้มคลั่ง ขาดสติ โมโหฉุนเฉียว ฯลฯ สิ่งเสพติดนั้นหากเสพอยู่เสมอ ๆ และเป็นเวลานาน จะส่งผลเสียทั้งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายซูบผอมมีโรคแทรกซ้อนและทำให้เกิดอาการทางโรคประสาทและจิตไม่ปกติ (ศูนย์การต่อสู้เพื่อชนะยาเสพติด กรมสามัญศึกษา, 2546)

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

2.1.3.2 การติดยาทางใจ การติดยาเสพติดเพราะจิตใจเกิดความต้องการ หรือ เกิดการติดนิสัยหากไม่ได้เสพยาร่างกายก็จะไม่เกิดอาการผิดปกติหรือ ทุรนทุรายแต่อย่างใด จะมีบ้างครั้งก็เพียงเกิดอาการหงุดหงิดหรือกระวนกระวาย

สรุป ลักษณะโดยทั่วไปของผู้เสพยาเสพติด ในระยะแรกเริ่มมักจะไม่มีปรากฏอาการทางร่างกายที่เด่นชัด แต่พฤติกรรมของผู้ที่ใช้อยาเสพติดจะเริ่มมีการแยกตัว ชอบอยู่คนเดียว หากเสพยาเป็นระยะเวลานาน ๆ จะมีร่างกายที่ซูบผอม ตาโรย ผิวคล้ำ ไม่กล้าสู้แสงแดด บางครั้งอาจมีอาการหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นอาการของโรคประสาทและจิตไม่ปกติ มีความก้าวร้าว ขุนเขี้ยว

2.1.4 การป้องกันการติดยาเสพติด แบ่งออกได้เป็นหลายระดับซึ่งมีแนวทางในการดำเนินการป้องกันที่แตกต่างกันออกไป

2.1.4.1 การป้องกันป้องกันตนเอง ไม่ใช้อยาเสพติดทุกชนิดโดยเด็ดขาดเพราะสารเสพติดทุกชนิดมีคุณสมบัติที่ทำให้ร่างกายเกิดอาการเสพติดได้ง่าย หากจำเป็นต้องได้รับฤทธิ์ของสารเสพติดเพื่อใช้ช่วยลดความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย หรือรักษาโรค ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์และใช้ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

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 หรือศูนย์ปราบปรามยาเสพติดให้โทษ กรมตำรวจ และที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานยาเสพติด

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า วิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดทำได้โดยประการแรกต้องมีการป้องกันตนเอง กล่าวคือ มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเป็นการป้องกันในเบื้องต้นไม่ทดลองใช้ยาเสพติดทุกประเภท มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือครอบครัวควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดในการแก้ไขปัญหา ประการที่สอง ป้องกัน

ครอบครัว โดยจะต้องสร้างความรักความอบอุ่นในครอบครัว มีการปฏิบัติตามหน้าที่และบทบาทของตนเองอย่างถูกต้องครบถ้วน ประการสุดท้ายคือ การป้องกันชุมชน โดยการช่วยกันต่อต้านยาเสพติด และดำเนินการด้วยวิธีการต่าง 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 และเป็นยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดยาเสพติด ตามประกาศกฎกระทรวงยุติธรรม พ.ศ. 2559 ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงกฎหมายโดยรวบรวมข้อกฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านยาเสพติดที่มีอยู่ทั้งหมดที่มีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยรวมเป็นพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 เมื่อประมวลกฎหมายยาเสพติดทำพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับแล้ว บทบัญญัติ แห่งกฎหมายได้อ้างถึง บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 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 ยาเสพติดทำพระราชบัญญัตินี้ในบทมาตรานี้มีนัยเช่นเดียวกัน แอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมนิดๆ มีสูตรทางเคมีคือ $C_9H_{13}N$ เป็นสารที่อยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulants) เป็นสารถูกสังเคราะห์ขึ้นมาในปี ค.ศ.1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ เอเดเลโน (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 เมทแอมเฟตามีนจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย มีผลทำให้มีอาการตื่นตัว ไม่่วงนอน ความคิดและอารมณ์แจ่มใส ทำงานได้มาก เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มือสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น เหงื่อออกมากอารมณ์ฉุนเฉียว ผู้ที่ติดเมทแอมเฟตามีน จะมีอาการปวดศีรษะ

ปวดท้อง ง่วงนอน วิงเวียน อ่อนเพลียมากซึมเศร้า ความคิดสับสน หวาดระแวง ประสาทหลอน โดยคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายต้องหนีไปอยู่ในที่สูง ๆ หากใช้เมทแอมเฟตามีนเกินขนาด จะมีอาการใจสั่น ความดันโลหิตสูง หายใจไม่ออก มือสั่น หมดสติ หัวใจวาย จึงจัดว่าเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 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

ประเภทของแอมเฟตามีนที่ระบดในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ

- แอมเฟตามีน ซัลเฟต (amphetamine sulfate) ผลิตครั้งแวรู้จักกันทั่วไปว่าเป็นยาครอบจักรวาล ผลิตโดยถูกต้องตามกฎหมาย สารนี้เมื่อเผาแล้วจะไหม้
- เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ผลิตโดยนักเคมีชาวญี่ปุ่น เพื่อรักษาโรคหอบหืด คุณภาพดีกว่าแอมเฟตามีน ซัลเฟต ใช้เสพโดยการฉีดทางจมูก สารนี้เผาไหม้ไม่ได้แต่ต้องใช้ความร้อนสูงถึง 300 - 400 องศาเซลเซียส
- เมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์ (methamphetamine hydrochloride) ต่างจากเมทแอมเฟตามีน ตรงที่มีจุดหลอมละลายต่ำ สารนี้เผาไหม้ได้โดยใช้อุณหภูมิไม่สูงนัก ปัจจุบันยาบ้าที่พบในประเทศไทยเกือบทั้งหมดมีสารชนิดนี้ผสมอยู่ ลักษณะเด่นของยาบ้าอีกลักษณะหนึ่งคือยาบ้าที่พบในปัจจุบันสามารถระเหิดได้ในอุณหภูมิห้องผู้ผลิตจึงมักเติมสารบางชนิด เช่น โลหะหนัก ยาฆ่าหญ้า และหรือฟอร์มาลีนลงไปยาบ้า เพื่อให้ยาบ้ามีลักษณะเป็นเม็ดแข็งคงรูป ไม่แตกง่ายและทำให้เมื่อเผายาบ้าแล้วมีควันมากขึ้น ซึ่งผู้เสพยาบางคนชอบยาบ้าในลักษณะนี้ เนื่องจากปัจจุบันผู้เสพยาบ้านิยมเสพยาบ้าโดยการสูดควัน

2.1.5.3 วิธีการเสพยาบ้า

1) การกิน เป็นวิธีการเสพยาบ้าที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน 15-60 นาที จะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 2-3 ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาก็จะลดลงอย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาค้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุดอีกครั้งหนึ่งของตัวยาก็จะจับภายในเวลา 4 ชั่วโมงต่อมา

2) การสูดดมไอ เป็นวิธีการเสพยาบ้าที่นิยมรองลงมาจากวิธีการกิน เป็นการสูดดมไอระเหยทางจมูกโดยตัวยาก็จะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน 1 นาที และการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลานั้นๆ 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) พุดมากวิตกและอารมณ์แปรปรวน (lability of mood) และอาการที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลายคือ ปวดศีรษะหนาวสั่น อาเจียน ปากแห้ง เป็นต้น (ธนรัตน์ พุทธชาติ และคณะ, 2554)

2) อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีใช้ยาขนาดไม่มากมีจะผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก โดยจะทำให้ไม่รู้สึกริว ทำให้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาทให้ร่างกายนอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการติดยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าใช้ไปนาน ๆ ทำให้เกิดการติดยาทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้องการยาอยู่เรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันที จะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ยาในขนาดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานถดถอย นอนหลับคล้ายคนหมดสติ เกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวายหิวอาหารอย่างรุนแรง ในระยะ 3-4 วัน หลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้าจนอาจถึงคลุ้มคลั่งทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้ อาการถอนยา (withdrawal symptoms) มักเกิดกับผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนในขนาดที่สูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลับนาน (hypersomnia) มีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะรุนแรงที่สุดในช่วง 48-72 ชั่วโมง หลังหยุดยาและคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย (ธนรัตน์ พุทธชาติ และคณะ, 2554)

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

2.1.5.5 ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง แอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้ออนไม่หลับ 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 เมื่อร่างกายกระตุ้นให้ใช้พลังงานมากจะรู้สึกไม่ว่างและตื่นตัวตลอดเวลา เมื่อยาหมดฤทธิ์จะทำให้รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย เมื่อใช้เป็นเวลานานทำให้ร่างกายทรุดโทรมและเป็นโรคได้ง่าย

2.1.5.6 อาการสำคัญจากการเสพยาเสพติด

อาการของผู้เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน จะมีความสัมพันธ์กันกับปริมาณสารที่ใช้ วิธีการเสพ (กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2556) โดยแบ่งออกได้ ดังนี้

1) อาการเมายา (intoxication symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากการเสพยา โดยจะทำให้เกิดอาการทางร่างกายจากฤทธิ์กระตุ้น ประสาทของสาร เช่น ใจสั่น ตัวร้อน หายใจถี่ เจ็บหน้าอก ปวดหัว อาการทางด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ไวต่อสิ่งเร้า หวาดระแวง ในผู้เสพยาบางรายอาจมีอาการผิดปกติทางอารมณ์เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้ายและเกิดอาการที่คล้ายกับโรค temporal lobe epilepsy เช่น ประสาทหลอนในการดมกลิ่น หมกมุ่นกับเรื่องความคิดเชิงปรัชญา โดยปกติอาการที่เกิดขึ้นจะหมดไปภายใน 2-3 วันหลังหยุดเสพยา

2) อาการถอนยา (withdrawal symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดหรือลดการเสพยาลง มักพบในผู้เสพยาในปริมาณมากเป็นระยะเวลานานโดยมักจะมีลักษณะอาการตรงกันข้ามกับอาการเมายา เช่น หลับมาก (hypersomnia) อ่อนเพลีย ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด โดยจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันหลังหยุดเสพยาอาจรุนแรงมากจนผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้โดยทั่วไป อาการในภาวะถอนพิษแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

(1) ระยะหยุดยาทันที (crash phase) ระยะเริ่มแรกจะมีอาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่ายโดยที่ผู้เสพส่วนใหญ่จะยังไม่ค่อยสังเกตเห็น จะเกิดขึ้นได้นานหลายชั่วโมงหรือหลายวัน

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

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

3) อาการเสพติดเรื้อรัง (chronic use) อาการผิดปกติในแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับปริมาณของสารและวิธีการเสพยา โดยการใช้สารในปริมาณน้อย ยังไม่มีอาการติดยา จะยังคงนอนหลับได้เป็นปกติแต่ในกรณีผู้เสพยาที่ใช้สารในปริมาณที่สูงและเป็นเวลานานอาการที่ปรากฏนอกจากอาการของการเมายา มักพบว่ามีความเสื่อมถอยของสมอง สมรรถภาพร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงาน การเข้าสังคม มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความอยากใช้สารอยู่เสมอในผู้เสพยาบางรายอาจมีอาการผิดปกติทางจิต เช่น ความคิดหวาดระแวง แยกตัวออกจากสังคมร่วมด้วย

2.1.6 ทฤษฎีเกี่ยวกับการติดยาเสพติด

2.1.6.1. ทฤษฎีการติดยาแบบ "ชีว-จิต-สังคม" (bio-psycho-social model of addiction) มีองค์ประกอบดังนี้

1) ทางชีว (biological) ได้แก่ สาเหตุทางพันธุกรรม, constitutional, neurochemical, ทางสื่อเคมี, neuroadaptation ถ้าสิ่งเหล่านี้บกพร่องก็จะมีผลบางอย่าง หรือความอ่อนแอทางกรรมพันธุ์ทางธรรมชาติ ที่นำไปสู่ความเสี่ยงสูงต่อการลองยาและการติดยา ยาบางตัวมีฤทธิ์แรงทำให้สื่อเคมีออกมาเป็นปัจจัยทำให้ติดง่าย ปัจจัยทางชีวนี้มีอิทธิพลต่อการติดยาประมาณ 40-50 เปอร์เซ็นต์

2) ทางจิต (psychological) ได้แก่ ระบบจิตใจ บุคลิก นิสัย ความสามารถในการปรับตัว ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการตัดสินใจ และทักษะในการหาความสุข ลดความทุกข์ตามวิถีทางธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ได้มาจากการอบรม ฝึกฝนและเลี้ยงดูตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น ปัจจัยนี้จะนำไปสู่การลองยาและติดยาในที่สุด

3) ทางสังคม (social) ได้แก่ อิทธิพลทางเพื่อนฝูง พรรคพวก โรงเรียน ท้องถิ่นชุมชน ปัจจัยนี้จะนำไปสู่การลองยาและติดยาในที่สุดทั้งสามปัจจัยนี้จะส่งผลเกี่ยวข้องกัน สามารถสร้างปัจจัยทางบวก และลดปัจจัยทางลบ เพื่อลดอิทธิพลปัจจัยทางกรรมพันธุ์ได้ ถ้าไม่มีการลองยาจะไม่มีอาการติดยาปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดยา (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545)

2.1.6.2. จากหลักการระบาดวิทยา

1) agent คือ ยาและฤทธิ์ของยา การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยาและการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดกล่าวจะเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกกันว่าความรุนแรงของอาการอาจมาจนทนไม่ได้ต้องพยายามหายา หรือสารเสพติดดังกล่าวมาเสพเพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายทำงานได้ในระบบเดิม จากการศึกษาพบว่าสารหรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทมีโอกลาสเสพติดได้ทั้งสิ้น

2) host คือ ตัวผู้เสพ มีหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้อง สภาพร่างกาย พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยติดเนื่องจากทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษารักษา เช่น การใช้ฉีดยาเป็นยาระงับความเจ็บปวด แพทย์ใช้มอร์ฟินแก้ปวดในผู้ป่วยนี้ออก กระดุกหัก หรือหลังการผ่าตัด เป็นสาเหตุนำไปสู่การเสพติดได้

2.1.6.3 การเสพยาและการป้องกันการเสพยา

ความหมายของการเสพยา เช็ง (chien, 1985 อ้างถึงใน ทิพาวิ เอมะวรรณะ, 2545) ได้ให้ความหมายของการเสพยาว่า หมายถึงการที่ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้จะเลิกยาเสพติด กลับไปเสพยามีความหมายหลายอย่าง ในแง่ของความรุนแรงที่มีตั้งแต่ขนาดหนักขึ้น คือ การกลับไปเสพเป็นครั้งคราว ประเภทพลาดชั่วครว และการกลับไปติดซ้ำอีกครั้งที่ เรียกว่าเสพยา

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

เทอร์เรนซ์ ที. กอร์สกี (terence t gorski, 1989 อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2547) ได้อธิบายการติดยาซ้ำมีความหมายมากกว่าการกลับมาใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ แต่เป็นกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพที่ผิดระบบจนทำให้ผู้เลิกยาเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นทางเลือกที่มีเหตุผลในการที่จะรักษาตนเองกล่าวโดยสรุป การใช้ยาเสพติดซ้ำ (relapse) จึงหมายถึง พฤติกรรมการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดหรือผู้ที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดมาได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยพฤติกรรมการกลับไปติดซ้ำสามารถนำไปสู่การติดเรื้อรังได้อย่างเคย (chronic relapse) ซึ่งส่งผลให้การใช้ชีวิตของบุคคลมีการเบี่ยงเบนไปจากปกติ จากการศึกษาพบว่า หลังการรักษาแล้วผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสามสามารถเลิกยาเสพติดได้อีกหนึ่งในสามจะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในช่วงสั้น และรักษาหายในที่สุด และอีกหนึ่งในสามจะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอย่างเรื้อรัง (chronic relapse) โดยการกลับไปเสพยาเริ่มจากการที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากวิถีชีวิตของคนปกติ และจบลงด้วยการกลับไปใช้ยาเสพติด ซึ่งอาจเป็นยา

เสพติดตัวเดิมหรือเปลี่ยนชนิดไปก็ได้กระบวนการติดซ้ำเปรียบเสมือนกับการล้มของแอมโดมิโน เมื่อโดมิโนตัวแรกกระทบตัวที่สองก็จะไปกระทบตัวที่สามต่อ จากนั้นปฏิกิริยาถูกใช้ก็จะเริ่มขึ้นต่อกันไปเรื่อย ๆ กระบวนการติดซ้ำ สามารถแบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- เกิดการติดซ้ำในการฟื้นฟูสภาพ
- ปฏิเสธว่าตนเองติดซ้ำในการฟื้นฟูสภาพ
- ใช้พฤติกรรมอื่น ๆ มากลบเปลี่ยนความรู้สึก
- ประสบกับเหตุกระตุ้นจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้
- เกิดปัญหาภายในจิตใจ
- เกิดปัญหาพฤติกรรมภายนอก
- ขาดการควบคุม
- มีความคิดแบบผู้เสพติด
- กลับไปสู่กลุ่ม สถานที่ หรือสิ่งที่ทำให้เสพติด
- ไม่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดมากเกินไป

ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าสาเหตุของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหลายปัจจัยร่วมส่งเสริมกันทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีกครั้ง

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor)

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

- การขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพติด (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 โดยทั่วไประยะเวลาการเริ่มติดยาเสพติดซ้ำ มี 4 ระยะ คือ

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ ผู้ฟื้นฟูสภาพจากการติดยา (recovery person) เริ่มปล่อยตัวตามสบาย ตามความพอใจ และหยุดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เช่น เริ่มมีวิถีชีวิตในทางลบ ไม่อดทนกับสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการเลิกยา

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ผู้ฟื้นฟูสภาพมีทัศนคติ ค่านิยม กระบวนการคิดในเรื่องการติดยา ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยเอง และบุคคลที่ฟื้นฟูสภาพจะหันกลับไปใช้รูปแบบความคิดเก่า ๆ นั้น เช่น คิดว่าน่าจะลองใช้ยาเสพติดอีก เพราะสามารถหยุดมาได้ระยะหนึ่งแล้ว คิดว่าสามารถใช้สารตัวอื่นทดแทนได้ เช่น คีมีสุรา

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก ผู้ฟื้นฟูสภาพเริ่มที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางที่ผิดเช่น อารมณ์เสียบ่อย ๆ

ระยะการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ผู้อื่นสามารถสังเกตกระบวนการคิดของผู้ติดยาเสพติดได้จากการตอบสนองของเขา ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการแสดงออกปฏิกิริยาการตอบสนองกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของผู้ฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ใช้จ่าย สถานที่ และกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับยาเสพติด เช่น ไปมาหาสู่กับกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติดนอกจากนี้ยังได้อธิบายต่อไปอีกว่าการติดยาอาจมีอิทธิพลโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์บางอย่าง

- มีความตั้งใจในการหยุดใช้นาน้อยลง ผู้เสพติดตัดสินใจที่จะหยุดใช้ยาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง เช่น สุขภาพไม่ดีมีปัญหาครอบครัวปัญหาการเงิน และปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจะเริ่มลืมปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการใช้ยาเสพติด ความทรงจำเกี่ยวกับช่วงเวลาเมื่อได้เสพยาจะกลับเข้ามามีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้มีความตั้งใจในการหยุดยาน้อยลงอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง

- การอยู่ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมเหมือนเมื่อเคยใช้ในอดีตจะทำให้เขาระลึกถึงเรื่องของยาเสพติด และจะแสดงออกถึงพฤติกรรมของการกลับไปใช้ยา เช่น การพบกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้จ่าย การไปวนเวียนอยู่ในสถานที่ที่เคยใช้ยา ผู้เสพติดจะรู้สึกจิตใจไม่เข้มแข็งและมั่นคงกับสถานการณ์เสี่ยงลักษณะนี้

- อยู่ในภาวะอารมณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเป็นความรู้สึกของผู้เสพติดต่อการใช้ยาในอดีต เช่น ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ความรู้สึกโกรธ ความไม่สมหวัง ความรู้สึกกดดัน ความรู้สึกเหงา ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้มีโอกาสหันกลับไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

- การที่ผู้เสพติดต้องเผชิญหน้ากับบุคคลอื่น ทั้งจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ในสถานการณ์ที่ขัดแย้งกันทำให้เกิดความตึงเครียด และความรู้สึกที่ไม่ดี

- แรงผลักดันทางสังคมการที่ผู้เสพติดมีสัมพันธภาพกับเพื่อนผู้ใช้จ่าย ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและการที่ต้องการให้เพื่อนยอมรับตน ก็เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้กลับไปเสพยาได้คือ

นั้นในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำ ไม่เพียงแต่การสนับสนุนให้บำบัดรักษาฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น จำเป็นต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้เข้าร่วมกลุ่มประคับประคองทางสังคม เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรู้จักใช้เวลาอย่างเหมาะสมและเป็นการตอกย้ำถึงความตั้งใจและกระตุ้นเตือนให้สมาชิกเลิกยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม และเป็นการตอกย้ำถึงความตั้งใจและกระตุ้นเตือนให้สมาชิกเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร ซึ่งการทำกิจกรรมกลุ่มระดับประคองในระยะติดตามผลนี้จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข

2.1.6.4 การให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพยา

รูปแบบของหลักการให้ความช่วยเหลือเพื่อการป้องกันการเสพยา และการลดพฤติกรรมเสพยา วิธีการให้ความช่วยเหลือผู้จะเลิกยาเสพติดให้มีชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด พบว่าระยะที่เหมาะสมที่จะให้การช่วยเหลือน่าจะอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพ รูปแบบที่นิยมใช้หลักการที่จะกล่าวถึง ดังต่อไปนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรณะ, 2545: 88-89)

1. การเข้าใจกระบวนการเสพยา การสอนให้ผู้เลิกยาเสพติดสามารถเข้าใจสิ่งเร้า/ตัวกระตุ้นสัญญาณนำไปสู่การใช้ยาเสพติดของตนเองทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งอาจจะต้องมีการฝึกฝน บันทึกลงวางแผนจัดการกับสิ่งเหล่านี้อย่างเป็นรูปธรรม
2. การระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาได้ ผู้เลิกยาเสพติดต้องได้รับการฝึกฝนให้ตรวจสอบ ค้นหาและระบุภาวะที่จะทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้ยา หรืออาจต้องจัดทำรายการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ออกมาศึกษาอย่างจริงจัง เพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงในการกลับไปใช้ยาเสพติดอีก
3. การบริหารจัดการกับความอยากอย่างรุนแรง และสามารถระบุได้ว่าแรงผลักดันนั้นคืออะไร ผู้เลิกยาจะได้รับการฝึกฝนเรียนรู้การสับคั้นแรงผลักดันทั้งทางสรีระ จิตใจ และลักษณะอาการที่ต้องใช้อย่างเต็มที่ทุกประการให้มากที่สุด ทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน
4. การระบุภาวะกดดันจากสังคม และการฝึกฝนการบริหารจัดการกับภาวะนั้น ๆ เป็นการให้ผู้เลิกยาได้เข้าใจภาวะทางสังคมที่เป็นส่วนผลักดัน หรือเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก รวมทั้งมีผลต่อความก้าวหน้าในระยะฟื้นฟูสภาพด้วยเช่นเดียวกัน
5. ความเบื่อ การที่ผู้เลิกยาต้องใช้ระยะเวลาในการเลิกที่ยาวนาน บ่อยครั้งจึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและความเบื่อหน่ายก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำ ดังนั้น ควรมีการวางแผนการใช้ชีวิตการพักผ่อนในทางสร้างสรรค์ เพื่อลดความเบื่อนั้น ๆ
6. การจัดการกับความเครียดความโกรธ เหนือที่พบผู้ติดยาเสพติดมักมีภาวะอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย เกือบจะไม่รับรู้ภาวะอารมณ์ของตนเอง โดยเฉพาะอารมณ์โกรธและเครียด ซึ่งทั้ง 2 อารมณ์ก็เป็นส่วนหนึ่งที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดได้ ดังนั้น จึงควรให้ผู้เลิกยาได้ทำความเข้าใจ

ในอารมณ์ทั้ง 2 แบบเพื่อให้รู้จักการผ่อนคลายเมื่อเกิดภาวะอารมณ์นั้น ๆ ขึ้นมา และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

7. การช่วยเหลือเมื่อผู้ติดยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำ ผู้เลิกยาเสพติดที่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำถือเป็นเรื่องธรรมดาในหมู่ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้เลิกยาเสพติดทุกคนจึงควรเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ไว้เป็นอย่างดีเปรียบเสมือนการเตรียมตัวเมื่อต้องออกรบเผชิญศึกที่หนักต่อสู้อย่างยากลำบากในทางกลยุทธ์ทางศึกไว้เป็นอย่างดี ไม่ผลัผลามหรือพลาดพลั้งในการต่อสู้ ผู้เลิกยาเสพติดก็เป็นเช่นเดียวกัน ต้องมีการวางแผนการใช้ชีวิตที่เหมาะสม ต้องรู้จักการวางแผนให้เหมาะสม จัดตารางเวลาการใช้ชีวิตของตนเองได้ ก็จะสามารถป้องกันตนเองติดซ้ำได้ หากในกรณีที่กลับไปเสพแล้ว ก็ควรจะตั้งตนเองไม่ให้จมดิ่งไปกับการใช้นั้นกว่าปัจจุบัน ควรจะมีการตั้งตนเองออกจากบ่อของวังวนนั้นให้รวดเร็วที่สุด และต้องทำการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ ด้วย

8. การวางแผนระยะยาวในการงดเสพยาเสพติด ผู้เลิกยาต้องมีความมั่นใจ และความทุ่มเทรวมทั้งความรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสภาพของตนเองในระยะยาว เป็นต้นว่า การเข้าร่วมกิจกรรม การให้คำปรึกษา การเข้าร่วมประชุมกลุ่มช่วยกันเอง กลุ่มประคับประคองทางสังคม ผู้เลิกยาเสพติดอาจเขียนรายการทรัพยากรที่ตนนำมาใช้พัฒนาคุณภาพของตนเอง หรือมีการจัดกิจวัตรประจำวันให้อยู่อย่างปลอดภัยจากตัวเสพติด เป็นต้น

2.2 กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด

2.2.1 ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด หมายถึง กระบวนการขั้นตอน ในการรักษาผู้ใช้สารเสพติดให้หายจากการติดสารเสพติดทั้งกายใจ (สุวิทย์ เศวตสุนทร., 2536) โดยกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระบบ

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

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

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

ในขั้นตอนการบำบัดรักษาในแต่ละระบบจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยสามารถสรุปขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

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

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

2.1 การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามารับการบำบัดรักษาแบบนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาและมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการ รวมถึงมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพตามกำหนด

2.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยจะได้รับการถอนพิษสารเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงมีการให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสารเสพติดให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

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

2.2.2 รูปแบบการบำบัดผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด

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

1) กลุ่มกิจกรรม (activity groups) เป็นกลุ่มที่มุ่งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นส่งเสริมทักษะทางสังคม และป้องกันการถดถอยของผู้ป่วย มักเป็นกิจกรรมอย่างง่ายที่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจให้กับผู้ป่วยได้เมื่อทำสำเร็จ

2) กลุ่มให้ความรู้ (educational groups) เป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (therapeutic groups) เป็นกลุ่มที่มุ่งเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึก เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

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

บทบาทหน้าที่พื้นฐานของผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (ปราโมทย์ เชาวศิลป์และคณะ, 2542) ประกอบด้วย

1) การสร้างและคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่
2) การสร้างวัตถุประสงค์ / เป้าหมายของกลุ่ม โดยควรเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากที่สุดเพื่อให้สมาชิกรู้สึกถึงความสำคัญและมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของกลุ่ม

3) การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการทำ กลุ่มอยู่ที่ประมาณ 8-12 คน

4) การกำหนดการพบปะกันของสมาชิก ซึ่งความถี่ที่เหมาะสมในการนัดพบเพื่อทำกลุ่มคือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีเนื่องจากหากใช้เวลาในการพบปะกัน น้อยเกินไปอาจทำให้การอธิบายไม่ทั่ว ถึงในแต่ละประเด็นปัญหาแต่หากใช้เวลายาวนานเกินไป จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งกับ สมาชิกและผู้นำกลุ่ม

5) การสร้างข้อ ตกลงในกลุ่ม โดยนอกจากผู้นำกลุ่มจะต้องบอกรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการทำกลุ่ม เช่น วัตถุประสงค์ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มยัง ต้องมีการทำ ข้อ ตกลงร่วมกัน ในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจถึงบทบาทของตนเองอย่างถูกต้อง

6) การคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม โดยการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัยเอื้อต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์กัน ในกลุ่ม พยายามลดความวิตกกังวลของสมาชิก และคอยกระตุ้น ให้กลุ่มกลับสู่เป้าหมายในกรณีที่สมาชิกเริ่มหลงประเด็น รวมถึงการสนับสนุน ให้กำลังใจหรือปกป้องสมาชิกที่อาจตกเป็นแพะรับบาปของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม

7) การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่สมาชิกทุกคนต้องปฏิบัติตามทั้งในรูปแบบที่เป็นกฎที่ได้ตกลงร่วมกันอย่างชัดเจนเช่น จะเริ่มกลุ่ม / เลิกกลุ่มเวลาใด เป็น

ต้น และรูปแบบที่ไม่ได้พูดออกมาเป็นกฎ แต่สมาชิกสามารถเข้าใจได้จากการเรียนรู้เช่น การเฝ้า
ระหว่างที่สมาชิกคนอื่นกำลังพูดหรือการแสดงความคิดเห็นเมื่อสมาชิกคนอื่นต้องการฟังความคิดเห็น
เป็นต้น

8) การกระตุ้น ให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบันโดยผู้นำกลุ่มจะชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมที่
แสดงออกของสมาชิกในขณะนั้นได้รับการตอบสนองจากสมาชิกคนอื่นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่และ
ช่วยแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมให้เหมาะสมร่วมกัน

2.2.2.2 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) สถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยติดยาเสพติดให้มีความสอดคล้องกับ สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันโดยประยุกต์ใช้ 4 แนวคิด
เป็นองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ครอบครัว(family; F) กิจกรรมทางเลือก (alternative activity
treatment; A) การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (self-help ; S) และชุมชนบำบัด (therapeutic
community; T) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตาม 4 แนวคิดหลักข้างต้น เป็นเวลา 4-6 เดือน ได้แก่

1. ครอบครัว (family; F) คือการนำ ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมใน
กระบวนการบำบัดฟื้นฟูรวมถึงร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถาบันฯ
เช่น

1) กิจกรรมการให้ความรู้ครอบครัว (family education) เป็นการให้ความรู้ใน
เรื่องต่าง ๆ กับครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่

(1) ความรู้เกี่ยวกับครอบครัวเช่น ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว
หน้าที่ของครอบครัวธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกัน เป็นต้น

(2) ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด เช่น โรคสมองติดยา ขั้นตอนการบำบัด
ฟื้นฟูระเบียบปฏิบัติการเสพติดซ้ำ เป็นต้น

2) กิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) เป็นกิจกรรมรับฟัง
/ ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3) กิจกรรมครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้
ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ครอบครัวศึกษา เป็นต้น

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

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

- กิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญ ประโยชน์
- กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย
- กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

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

1) การบันทึกประจำวัน เพื่อเป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัวเพื่อทบทวนว่า ในแต่ละวันทำอะไรดีหรือไม่ดีบ้าง สิ่งใดควรปรับปรุงและได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติม

2) การสำรวจตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับตนเองรวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

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 เลี้ยงสัตว์งานครัวงานประชาสัมพันธ์งานธุรการ เป็นต้น

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (re-shape behavior) เป็นกิจกรรมที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

สรุปกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด นั้นสามารถแบ่งเป็นขั้นตอนการดำเนินงาน ได้ดังนี้ ขั้นตอนการก่อนรักษา (pre-admission) ซึ่งจะเป็นการเตรียมผู้ป่วยเตรียมร่างกาย เตรียมจิตใจ ประเมินสภาพร่างกาย สัมภาษณ์แรงจูงใจในการรับการรักษาของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนพิษยา (detoxification) เป็นขั้นตอนการรักษาอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดในขณะนั้น โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละรายการบำบัดใน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้ามารับการบำบัดรักษาแบบนอนค้างคืนในสถานพยาบาลสามารถเดินทางมารับบริการและกลับบ้านได้ภายในวันที่มารับบริการซึ่งจะใช้รูปแบบนี้ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดที่ได้รับการประเมินว่าเป็น ผู้ใช้ หรือ ผู้เสพยาที่มีความตั้งใจจะเลิกและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแล แต่ผู้ป่วยต้องมารับยาและมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการรวมถึงมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพตามกำหนดทุกครั้ง

2. การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยจะได้รับการถอนพิษสารเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงมีการให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในนี้กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ติดสารเสพติด หรือกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ประสงค์จะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเสพยาเสพติดให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งในขั้นตอนการฟื้นฟูจะมีรูปแบบการดำเนินการที่หลากหลายโดยมุ่งหวังไม่ใช่เพียงเพื่อรักษาและฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดเพียงเท่านั้น หากแต่ยังเป็นการรักษาจิตใจและสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และบริบทรอบๆ ตัวผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ และขั้นตอนการติดตามอาการ ซึ่งเป็นติดตามผู้ป่วยหลังเข้าบำบัดครบตามทีโปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูกำหนด

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

วิลเลียม เออร์วิน (William Erwin, 1976, อ้างถึงใน ปรีดา เจษฎารางกุล, 2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเองเน้นการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันกับประชาชนใช้

ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชนแก่ใจร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน ธนวัฒน์ คำลีลานนท์, 2550) กล่าวว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่างๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

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

ประสพสุข ตีอินทร์ (2537) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้าย โดยที่การมีส่วนร่วมอาจรวมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือจนครบทุกขั้นตอนก็ได้ การเข้าร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการเพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

นิรันดร์ชัย พัฒนาพงศา (2547) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือการให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินโครงการและร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนานอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึงการที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอนตั้งแต่แสดงเจตนาทั้งด้วยการให้ความคิดเห็น ประสพการณ์จากการลงมือกระทำ ร่วมรับทราบสถานการณ์ของปัญหา ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ ร่วมปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งในแผนปฏิบัติการที่ร่วมกันตัดสินใจตามบทบาทที่ร่วมกันกำหนด

ร่วมกับรับผลประโยชน์ ที่เกิดขึ้นจากแก้ไขปัญหาและหรือดำเนินการพัฒนาให้เกิดผลในอันที่ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม

2.3.2 หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

นิรันดร์ชัย พัฒนาพงศา (2547) กล่าวว่า หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมมี 10 ประการที่ควรคำนึงถึง ดังนี้

2.3.2.1 เชื่อว่ามนุษย์ต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน

2.3.2.2 เชื่อว่าทุกคนไม่ได้ชั่วหรือดีมาตั้งแต่เกิดโดยเหตุที่เขาอาจจนอยู่นั้นมิใช่จากกรรม

2.3.2.3 ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ เพราะถ้ามีการใช้เทคโนโลยีโดยที่มนุษย์ไม่มาร่วมคิด ร่วมกันรู้ หรือเข้าใจเพียงพอก็อาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควรหรือตรงข้ามกลับใช้เพื่อทำลายเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเองหรือสิ่งแวดล้อมได้

2.3.2.4 เชื่อว่าชาวชุมชนต่างๆ มักมีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนในระดับหนึ่งบางเรื่องที่ชาวชุมชนยึดถือจึงต้องค่อยๆ ให้ปรับตัวผสมผสานกับวิทยาการภายนอก

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

2.3.2.6 การมีส่วนร่วมยังมีเพิ่มขึ้นเมื่อมีสภาพที่เหมาะสมต่อไปนี้

1) ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้สึกว่าเขาได้ควบคุมโชคชะตาของตนเอง แทนที่จะเป็นบุคคลอื่นที่ “เขาไม่รู้จักร” หรือที่ “เขาไม่ไว้วางใจ” ที่บอกวามาช่วยเขา แต่บ่อยครั้งไม่ได้ช่วยจริงจัง

2) ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีอิสรภาพ ได้รับความเสมอภาคและได้รับความจริงใจให้เข้ามีส่วนร่วม ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดอย่างเต็มที่และจริงจังเมื่อบุคคลนั้นๆ ไม่ถูกบังคับให้จำยอมเข้าร่วมและที่สำคัญคือต้องเข้าร่วมด้วยโดยเท่าเทียมกับผู้มาร่วมด้วยทุกคนอีกทั้งโครงการให้ความจริงใจด้วย

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

4) มีการสื่อสาร สองทางเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและสมบูรณ์ หากผู้มีส่วนได้-เสีย ได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องและครบถ้วน หรือสื่อสารได้ไม่ดีพอก็จะไม่เข้าใจได้ดีพอว่า โครงการจะทำให้เกิด ผลดี-ผลเสีย อย่างไรเพียงใดอาจนำไปสู่การไม่ยอมรับโครงการได้

5) ประชาชนมีส่วนร่วมรับทราบ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้ต้องการเข้ามาร่วมกับโครงการมากยิ่งขึ้น การร่วมงานกันตั้งแต่เริ่มต้น จนสิ้นสุดการตัดสินใจ ในโครงการนั้นๆ ในระยะยาวจะเกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าการที่จะให้ร่วมด้วยเพียงบางส่วน หรือเข้าไป

6) ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่โครงการและต่อโครงการนั้นๆ และเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย

7) การมีส่วนร่วมนั้นต้องไม่ทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไปจนเกินกว่าผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ

8) เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะไม่กระทบกระเทือนสถานภาพในหน้าที่การงาน หรือทางสังคมให้ลดน้อยลง

9) มีกลวิธีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างโครงการและผู้มีส่วนได้เสีย

10) เชื่อว่าตนต่างกับชาวบ้านอยู่ไม่น้อยและชาวบ้านเองก็แตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นการจะให้มีส่วนร่วมจะเอาใจเราฝ่ายเดียวไม่ได้

11) อาจใช้การมีส่วนร่วมในหลายรูปแบบ เช่น

(1) รูปแบบโดยตรง คือการมีส่วนร่วมโดยตัวบุคคลแต่ละคน

(2) ประชาชนก่อตั้งองค์กรขึ้นมามีส่วนร่วม

(3) ให้มีตัวแทนมีส่วนร่วมโดยอ้อมซึ่งย่อมขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เช่น ในพื้นที่ที่ประชาชนมีศรัทธาในตัวแทนของเขามาก การมีตัวแทนร่วมด้วยก็เพียงพอ แต่กรณีที่อยู่ในหมู่บ้านมีประชาชนหลากหลายกลุ่มจึงควรมีตัวแทนของกลุ่มจากหลายภาคส่วนมีส่วนร่วมเพิ่มเติม

12) ไม่มีสิ่งใด ได้มาฟรี ต้องแลกเปลี่ยนกัน มีเสียไปบ้าง เพื่อจะได้มา

13) การมีส่วนร่วมต้องนึกถึงใจของผู้อื่นให้มากมิใช่เอาแต่ใจเราฝ่ายเดียว

สรุป หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมโดยการที่กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์หรือเป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เข้ามาร่วมกันรับรู้ร่วมกันคิดใน เหตุการณ์ สถานการณ์ ความเป็นไปของปัญหา โดยพื้นฐาน โดยตรงที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของแต่ละความเท่าเทียมกันของ บุคคล ทุกคนมีขีดความสามารถ ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันปฏิบัติตามบทบาททั้งทางอ้อมที่ร่วมรับ ผลประโยชน์ที่จากกระบวนการแก้ไขปัญหา

2.3.3 กระบวนการมีส่วนร่วม

สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์ (2542) กล่าวว่ากระบวนการวางแผนที่แท้จริงหรือสมบูรณ์ จะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวางแผน (planning) ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วม

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

โมชนี (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) ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตัดสินใจกำหนดวิธีการแก้ไขร่วมกันและใช้ทรัพยากรในการบริหารให้เกิดประโยชน์ร่วมกันการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิดตัดสินใจแก้ปัญหของตนเองเน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชนใช้ความคิดสร้างสรรค์

2.3.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

นันทวัฒน์ บรมานันท์ (2541) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ การมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมที่ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นประการสำคัญ ซึ่งในแนวทางการมีส่วนร่วมนั้นมุ่งเน้นให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้ที่มีบทบาทในทุก ๆ เรื่อง ไม่ใช่ที่กำหนดให้ประชาชนปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 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 หรือวิธีการที่ได้ร่วมกันตัดสินใจแล้วจากขั้นตอนที่ 2 โดยประชาชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้จะต้องได้ร่วมด้วยความศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเองที่จะพัฒนาชุมชน
4. การประเมินผลงาน โดยชาวบ้านและนักพัฒนาจะร่วมกันกำหนดขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำงานประเมินผล ตลอดจนดูแลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างประเมินผลเพื่อที่จะแก้ไขได้ทันที (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2530)

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือปัญหาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความสามัคคี

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 (evolvment) หมายถึง การมีส่วนร่วมในโครงการอย่างแข็งขันของผู้เข้าร่วมในกิจกรรมหรือโครงการที่เหมาะสมกับตนและการนำไปใช้โดยเน้นที่ตัวผู้เข้าร่วมไม่เน้นสถาบันองค์การ 3) 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 อุ่มชูกัน และเรียนรู้ร่วมกัน

2.3.6 รูปแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

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

2.3.6.1 การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่งเสริม (สนับสนุน) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีความเอาใจใส่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมกับองค์การบริหารส่วนตำบลหรืออาจลงรับสมัครเลือกตั้ง 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. ร่วมวางแผนนโยบาย หรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไขปัญหามองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด ให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมกันลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง และของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ และกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาล ให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ควรจะเริ่มตั้งแต่การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นซึ่งจะทำให้เกิดการหวงแหนรักษากิจกรรมต่างๆ เสมือนเป็นของตนเอง และการใช้ประโยชน์หรือการรับประโยชน์จากโครงการก็จะเกิดประโยชน์สูงสุด คัมค่ากับการลงทุน

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 (cooperative learning) เช่น รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning; PBL)

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

ตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่ การปฏิบัติได้นั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี

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

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
- 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ ที่ทุกคนมีอยู่ออกไป อย่างกว้างขวาง

5) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดง บทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

2.3.7.2 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

คอลบ (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ หรือถนัด หรือ มีบาง องค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็น หรือไม่นำ ประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้นจะขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้น ผู้เรียนควรมีทิศ ทางการเรียนรู้ทุกด้านและควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร 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 หรือ นำไปสู่การสอนทักษะต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่มีประสบการณ์มาก่อนแล้ว เช่น ฝึกอบรม เกี่ยวกับการประเมินโครงการให้นักวิชาการ จะเห็นได้ว่า ผู้เรียน คือ นักวิชาการ จะมีประสบการณ์ เกี่ยวกับการประเมินในกิจกรรมอื่นๆ มาก่อน ซึ่งนำมาใช้ในการอบรมครั้งนี้ได้ องค์ประกอบที่เป็น ประสบการณ์นี้ ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนซึ่งมีประสบการณ์ดังที่กล่าวแล้ว ได้ดึง ประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่

เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือน หรือต่างไปจากตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์มาใช้ในการอบรมจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียน กล่าวคือ ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตนเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเองและได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี ด้านผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง 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 เป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่ ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปรายหรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ

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 หรือผลิตขึ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ เช่น ถ้าวัตถุประสงค์ของการอบรมตั้งไว้ ว่าให้ผู้เข้ารับการอบรม

สามารถวางแผนประเมินโครงการได้ กิจกรรมในการเรียนรู้ขององค์ประกอบนี้ ผู้สอนต้องเตรียมใบงานให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองทำแผนการประเมินโครงการ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะต้องนำความรู้เกี่ยวกับการประเมินโครงการจากการเรียนรู้ในองค์ประกอบความคิดรวบยอดมาใช้ในการเรียนการสอน หรือการอบรมส่วนใหญ่มักจะขาดองค์ประกอบทดลอง และ ประยุกต์แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดี จะเห็นได้ว่า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอน จะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ ไม่ใช่เรียนแค่ว่า แต่ควรนำไปใช้ได้จริง ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือการอบรมแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตร (dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากประสบการณ์ (experience) หรือความคิดรวบยอด (concept) ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียน ได้ดึงข้อมูลเก่าหรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อน เพื่อนำไปสู่การอธิบาย และการประยุกต์ใช้ระยะเวลาแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอธิบายที่สำคัญและมาก ก็อาจใช้เวลาในการอธิบายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด

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) ได้กล่าวว่า 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 เน้นที่การสร้างความรู้ เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และปฏิบัติในสถานการณ์ และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการ และสร้างแนวทางปฏิบัติในพื้นที่ได้

2.4.2 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัย สามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้ และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภทระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการได้ขึ้นกับผู้ร่วมวิจัยประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ 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 ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหานำไปสู่การพัฒนาความรู้ 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 ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีวิวัฒนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

จากชนิดของการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัย สรุปได้ว่า งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เป็นแบบดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วม (participatory action research) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักในการอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย ใช้ประสบการณ์ และองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานจริง ร่วมกันถกเถียงผ่านการกระบวนการปฏิสัมพันธ์ เพื่อการแก้ไขปัญหา การขาดนัดของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ระหว่างบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพโรงพยาบาลก้นทรวงิชัย โดยร่วมใช้ประสบการณ์และองค์ความรู้ของแต่ละคนร่วมอภิปรายปัญหาไป และช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ เพื่อแก้ไขปัญหา เข้ากับบริบทของพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย

2.4.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เมื่อพิจารณาว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการ ของการพัฒนาคุณภาพงาน อย่างเป็นระบบโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน จึงมีทั้งจุดเด่นและข้อจำกัด ดังต่อไปนี้

2.4.3.1 จุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังนี้

1) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของนักวิจัย กับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้เรียนรู้องค์ความรู้ซึ่งกันและกัน นักวิจัยได้ถ่ายทอดความรู้ทางวิจัยให้กับกลุ่มเป้าหมายการวิจัย ขณะที่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้ประสบการณ์ และสภาพที่เป็นจริงให้กับนักวิจัย ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามตำราหรือทฤษฎีใดๆ ที่กล่าวอ้างก็เป็นได้

2)การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการวิจัย ทำให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนบทบาทจากผู้ถูกทดลอง ผู้รับคำสั่งให้ปฏิบัติตามมาเป็นผู้ให้ข้อคิดร่วมลงมือปฏิบัติการวิจัยด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของงานวิจัย มีมากกว่ารวมทั้งความมุ่งมั่น และเต็มใจในการทำวิจัยจะมีมากยิ่งขึ้น

3) เป็นการวิจัย และพัฒนาที่แท้จริง การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มุ่งศึกษาหาองค์ความรู้อย่างเป็นระบบด้วยการมีส่วนร่วม ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยรวมทั้งมีการปฏิบัติการซ้ำจนได้ผลการวิจัยที่มีความถูกต้องและพิสูจน์ได้อย่างแท้จริง

4) การยอมรับในภูมิความรู้ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย บริบทของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ประสบการณ์ หรือภูมิความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ได้อย่างเต็มที่ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น

5) ความยืดหยุ่นของกระบวนการวิจัยมีมาก ทำให้ไม่ถูกบังคับต้องให้เป็นไปตามกรอบ หรือแนวคิดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมากเกินไป กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนแก้ไข ปรับให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงได้มากที่สุด

6) ผลการวิจัยที่ได้มุ่งแก้ไข ปรับเปลี่ยนได้อย่างแท้จริง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ไม่ใช่การเก็บชิ้นชิ้นหนังสือเท่านั้น แต่เป็นผลการวิจัยที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงในสภาพที่เป็นจริง

7) ความยั่งยืนของผลการวิจัยมีความคงอยู่ ผลงานวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เมื่อนักวิจัยได้ถอนตัวออกมาจากพื้นที่การวิจัยแล้ว กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยจะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและจะเป็นผู้นำในพื้นที่ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ได้ต่อไป

8) สภาพปัญหาที่ใช้ในการวิจัยได้ถูกขจัดไปอย่างแท้จริง การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถตอบโจทย์ปัญหาในการวิจัยได้จริง ด้วยตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นเอง เนื่องจากการมีส่วนร่วม ทำให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ด้วยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น จึงถือได้ว่าปัญหาการวิจัยนั้นได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง

2.4.3.2 ข้อจำกัด ถึงแม้งานวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีจุดแข็งหลายอย่าง แต่การคำนึงถึงจุดอ่อนก็จะช่วยให้ นักวิจัยป้องกันปัญหาที่จะกระทบต่อการวิจัยได้ มีดังนี้

1) การสูญเสียของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย มีโอกาสมากที่จะละทิ้งการร่วมมือกับนักวิจัยจนกว่าจะได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์

2) การไม่เข้าใจบทบาทของตนเองทั้งนักวิจัยที่มักเผลอสั่งการ หรือเตรียมการในสิ่งที่ตนเองเตรียมไว้แล้วหรือไม่ฟังความคิดเห็น ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยทำให้ขาดการมีส่วนร่วม ขณะที่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยที่เคยชิน แต่การปฏิบัติการตามคำสั่ง หรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็น หรือกลัวการแสดงออกว่าเป็นความคิดเห็นที่ไม่เกิดประโยชน์ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมเช่นเดียวกัน

3) การใช้เวลามากในการปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในกระบวนการวิจัย จนทำให้เกิดการละทิ้งการทำวิจัยได้

4) ความไม่ชัดเจนในตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการวิจัยที่อาจได้ตัวแปรที่ไม่ใช่ตัวต้นเหตุหรือสาเหตุที่แท้จริง จะเกิดการสูญเสียในการวิจัยได้

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 โดยการนำความรู้และทฤษฎีมาปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้และเมื่อมีปัญหาสามารถปรับแผนการปฏิบัติและแก้ไขร่วมกัน หาแนวทางร่วมกันจนสามารถปฏิบัติได้และมาทำเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โสณกุลุฑ์ ทรัพย์สมบัติ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดพบว่าประชาชนร้อยละ 80.6 ประชาชนเห็นว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และร้อยละ 98.9 เห็นด้วยกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยอาศัยจุดแข็งคือความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คนรู้จักสนิทสนมเกื้อกูล แบ่งปันทรัพยากร สมาชิกในชุมชนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและประเมินผล ทำให้ก่อเกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

ไชยยา รัตนพันธ์ (2562) ได้ศึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดพบว่าในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลแน่นอน โดยแบ่งการรักษาออกเป็น การถอนพิษยาวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดซึ่งต้องอาศัยแพทย์ที่มีความรู้และมีอุปกรณ์ให้เพียงพอ ประมวลการรักษาแบบการปรับปรุงแก้ไขจิตใจและบุคลิกภาพเป็นการรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดโดยมีเป้าหมายหลักในการปรับปรุงแก้ไขด้านจิตใจเพื่อให้สามารถหยุดยาได้ตลอดหรือลดการใช้สารเสพติดลง การรักษาแบบการสร้างเครื่องยึดเหนี่ยว ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดไม่มีเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจแทนการใช้ยาเสพติด ต่อมาเป็นการแก้ไขสภาพแวดล้อมการฝึกอาชีพ จัดหางานช่วยให้ผู้ป่วยจากการใช้ยาเสพติดได้ทำมาหากินและมีรายได้ สามารถกลับคืนสู่สังคม

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

สุดปราณี ศรีโกมุท (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) : กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้การบำบัดจำนวน 16 คน และและศึกษาจากข้อมูลในระบบรายงาน และระบบติดตามข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติดผู้ผ่านการบำบัด ทั้ง 2 รูปแบบ จำนวน 1,818 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมี มีอัตราการเริ่มใช้สูงกว่าแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขาดการคัดกรองที่ชัดเจนและมีการเหมาทุกกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ ระดับการติดยาเสพติด และภูมิฐานะ ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง โดยศึกษาในกลุ่มผู้บริหารและครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 15 คน และเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยง พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเชิญผู้ปกครอง บิดา มารดา เข้าร่วมกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาเสพติดที่โรงเรียนจัดขึ้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสนเทศสื่อเอกสาร และแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้ด้านยาเสพติด การมีอาจารย์ที่ปรึกษาปัญหาของนักเรียนและเก็บเป็นความลับระดับความเหมาะสมและการปฏิบัติน้อยที่สุด

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

อยู่ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการลงมือทำและคะแนนรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสังคม ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05

นภัสสรณ์ รังสิโรจน์ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาเสพติดเมทามเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์ ในกลุ่มผู้นำชุมชนและคณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ครอบครัวอุปถัมภ์จำนวน 20 คน บุตรบุญธรรม จำนวน 28 คน ครอบครัวจริงและบุตรบุญธรรม จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่จำนวน 16 คน พบว่า ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาเสพติดเมทามเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์ซึ่งการปรับระบบใหม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน คะแนนเฉลี่ยการดูแลบุตรบุญธรรมของครอบครัวอุปถัมภ์และคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของบุตรบุญธรรมดีกว่าก่อนดำเนินการตามระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การติดตามผลพบว่า บุตรบุญธรรมทั้งหมดจำนวน 16 คน ติดตามผลได้ 11 คน การติดตามผล 1 เดือนหลังดำเนินการตามระบบพบว่า ไม่เสพยาจำนวน 7 คน และการติดตามผล 3 เดือนหลังดำเนินการตามระบบ พบว่าไม่เสพยาจำนวน 10 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบมีความพึงพอใจระบบที่ได้มีประโยชน์ โครงสร้างและบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน สรุป: การปรับระบบใหม่ทำให้เกิดประโยชน์และเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการกลับไปเสพยาของผู้เสพยาเสพติดเมทามเฟตามีน ระบบบังคับบำบัดในประเทศไทย

เจษฎา นันใจวงษ์ (2563) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด จำนวน 12 คน พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางความคิดของผู้ร่วมวิจัยต่อสถานการณ์ยาเสพติด ความเข้าใจต่อชุดความรู้ ภาวปฏิบัติการณ์ของเรือนจำที่มีต่อผู้ต้องขังคดียาเสพติด และการวางแผนชีวิตของผู้ร่วมวิจัยต่อการกำกับตนเองออกมาจากยาเสพติดโดยมีครอบครัวอยู่เบื้องหลัง และคอยเป็นพลังให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดการตระหนักรู้ต่อปัญหาเสพติด และสามารถที่จะนำตนเองออกมาจากยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

อินทร์ทิพย์ อินทรสุข (2556) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยา โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปเสพยาและติดตามการรักษาโดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์จำนวน 138 คน พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ย 3.99 ด้านสัมพันธ์ภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 ด้านการแก้ปัญหา ค่าเฉลี่ย 3.91 และด้านการปฏิบัติหน้าที่ ค่าเฉลี่ย 3.80 โดยทุกด้านอยู่ในระดับมากปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังรับการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยาโดยภาพ

รวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.54 และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.89 ด้านการดูแลร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ย 2.64 ด้านเศรษฐกิจ ค่าเฉลี่ย 2.33 และด้านการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.22

ผกาดาว พรหมสุรีย์ (2563) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 3C model โรงพยาบาลน้ำยั้น อุบลราชธานี ที่ดูแลประชากร 70,000 คน และดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบปัญหา ได้แก่ อัตราการรักษา 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 model และเชื่อมโยงโดยใช้ทฤษฎีเสริมพลัง โดยศึกษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในปี 2554-2561 ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยรับการรักษา รวม 495 ราย หลังการใช้วงล้อคุณภาพ 3C model พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ของผู้ป่วยวัณโรค เพิ่มขึ้นดังนี้ ปี 2554 เท่ากับร้อยละ 96.7 ปี 2555-2561 เท่ากับร้อยละ 100.0 นอกจากนั้น ตัวชี้วัดคุณภาพอื่น มีแนวโน้มที่ดี เช่น อัตราเสียชีวิต ลดลง ไม่ปรากฏอัตราขาดนัด เป็น 0 อัตราขาดยาเป็น 0 สรุปการขับเคลื่อนกิจกรรมตาม 3C model สามารถเพิ่มอัตราการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคและสามารถขยายผลใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นได้

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปแบบต่างๆ ทั้งรูปแบบของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดรักษาในรูปแบบของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดมีหลายสาเหตุด้วยกัน ทั้งทางด้านร่างกาย ที่อาจเกิดจากความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ จากโรคที่เป็นอยู่ ด้านจิตใจ ที่เกิดจากความผิดหวังความไม่พอใจความเศร้าเสียใจ งานสังคม ที่เกิดจากสภาพทางครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ การหย่าร้าง ความรุนแรงในครอบครัว ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยจากการใช้ยาเสพติด เลือกใช้ฤทธิ์ของยาเสพติดในการหลีกเลี่ยงความทุกข์ที่กำลังประสบพบเจอ กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ในการรักษาแต่ละครั้งเพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นตัว จากฤทธิ์สารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย แม้ว่ากระบวนการบำบัดรักษาเสพติดในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการหรือกระบวนการใดที่สามารถรับรองผล ว่าสามารถทำให้หยุดการใช้สารเสพติดได้ 100% จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยส่วนใหญ่ ดำเนินการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ที่ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดหยุดได้ด้วยตนเอง ครอบครัวเข้าใจให้การสนับสนุนให้

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



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 ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย จำนวน 64 คน ภาคนหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข 19 คน ผู้นำชุมชน 193 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 คน ผู้ป่วยที่เสพยาและเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพยาตามเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามกำหนด 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 ตัวแทนจากผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน ญาติผู้เข้ารับการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน

3.3.2.3 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มเป้าหมายที่มีประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

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

2) ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เสพยา และเข้ารับการบำบัดด้วยฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา โรงพยาบาลกันทรวิชัย 20 คน

3.3.3 การกำหนดเป้าหมาย

3.3.3.1 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ของผู้เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน จำนวน 26 คน มีวิธีการคัดเลือกโดยกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่ม

ผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำชุมชนที่เป็นผู้ให้บริการ ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัด ญาติ ผู้เข้ารับการบำบัด 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 ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 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 สามารถความคุมสติได้ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

4. ญาติของผู้ผ่านกระบวนการเข้ารับการบำบัด เป็นผู้ผ่านกระบวนการเข้ารับการบำบัด ติดตามครบ 1 ปี ไม่มีอาการทางจิต และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

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 ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพสารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำชุมชนที่เป็นผู้ให้บริการ ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัด ญาติผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 6 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายที่ 1

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้เสพ และเข้ารับการบำบัดด้วยฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้
3. เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าพบสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในร่างกาย 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 ส่วนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปีพร้อมญาติ จะดำเนินการขออนุญาตเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแยกอีก 1 วันที่ห้องประชุมของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรวิชัย และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นเชิญชวนกลุ่มผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขใจโรงพยาบาลกันทรวิชัยที่มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแจกเอกสารชี้แจงอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ และเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมตอบข้อสงสัยระหว่างการเข้าร่วมโครงการ และใช้เวลา ประมาณ 30 นาที ในการตัดสินใจ แล้วขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เมื่อสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนการ พัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัย 1 วงจร 4 ระยะตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการงานการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสฟสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่ม

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

3.4.1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

3.4.1.1 ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัด บำบัด กลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ 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 ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟเป็นอย่างไร ปัญหา และความต้องการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ รวมทั้งข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการการแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยจักรกระบวนการดำเนินการสนทนากลุ่มแยกจากกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และดำเนินภายในห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลกันทรวิชัยซึ่งแยกออกจากส่วนบริการผู้ป่วยทั่วไปอย่างสิ้นเชิง เพื่อป้องกันความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.4.1.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ โดยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3.4.2 ขึ้นวางแผน (Planning)

หลังจากจากผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบ

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

3.4.2.1 ประชุมกลุ่ม (focus group discussion) รายงานผลสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน

3.4.2.2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัยจำแนกผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

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

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน 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 ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอนโดยใช้แบบสอบถามการวิจัย ทั้ง 2 ชุด ประกอบด้วย

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัดในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพติด จำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพติด จำนวน 11 ข้อ

ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน

3.4.5 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผล

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

1) การประเมินกระบวนการ จากการสังเกตการมีส่วนร่วม และการแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ

2) การประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ประเมินเน้นความรู้ และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่ 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 และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม บทบาทเกี่ยวกับการป้องกันการยาเสพติด ประสพการณ์ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก 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

กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับ กลุ่มเสฟ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคามพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทวิช และคณะ, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย เกณฑ์การมีส่วนร่วม ดังนี้

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

$$\text{พิสัยค่าคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีความพร้อมต่อการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับ กลุ่มเสฟ 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 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัด บำบัด ในกลุ่มผู้เสฟสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (open-ended questions) บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การ ถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

2) แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้เสฟสารเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล กันทรวิชัย 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 เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษารั้งนี้ เหตุผลที่ปัจจุบัน ท่านยังใช้สารเสพติดอยู่ ความตั้งใจพยายามเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบ

รายการ (checklist) และเติมค่าลงในช่องว่าง 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 สำหรับกลุ่มเสฟ 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

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) /จำนวนขั้น (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

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

$$\text{พิสัยค่าคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีความพร้อมต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ 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 ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 การป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน 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 ที่สังเกตได้ หรือที่ได้จากการสัมภาษณ์พูดคุย และสนทนากลุ่ม รวมทั้งจดบันทึกความคิด คำถาม ที่เกิดขึ้นในระหว่างสถานการณ์นั้นๆ หรือภายหลังการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ซึ่งอาจใช้อุปกรณ์บันทึกข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูปแต่จะไม่มีการบันทึกภาพกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เข้ารับการบำบัดทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวตลอดระยะเวลาดำเนินงานวิจัย

3.6 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมา กำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) เพื่อหาค่าดัชนีความ สอดคล้อง (index of consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นจากทางผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยพิจารณาใช้

สูตรการคำนวณ โรวินลลี และแฮมเบิลโต (Rovinelli & Hambleto, 1977 อ้างถึงใน วันทนา กลางบุรีมย์, 2557)

ให้ +1 เมื่อข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อความคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

$$\text{จากสูตร } IOC = \frac{[\sum R]}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความคำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งตามสูตรการคำนวณของ โรวินลลี และแฮมเบิลโต (Rovinelli & Hambleto, 1977) อ้างถึงใน วันทนา กลางบุรีมย์, 2557) กำหนดให้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัย กำหนดค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ถือว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อความที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัย จะพิจารณาสร้างปรับแก้ไขหรือสร้างข้อความเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 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 ในระหว่างการทำบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ค่าความเชื่อมั่น 0.98

แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด ค่าความเชื่อมั่น 0.87 ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบนอก สำหรับกลุ่มเสฟ 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 ในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาโดยแนะนำตัวเอง และบอกวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่มพร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกประเด็นไว้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนเข้าสู่ประเด็นการสนทนาที่เตรียมไว้ระหว่างการสนทนาจะพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุยแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ประเด็นสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ รายงานผลการดำเนินการที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

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

3) การสังเกต (observation) การศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกตด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วย โดยผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ในขณะที่ทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ของโครงการวิจัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบ

การป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพยาแอมเฟตามีน วิธีบันทึกข้อมูลคือ การจดบันทึก บันทึกเทป และบันทึกภาพ

3.7.1 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในอำเภอกันทรวิชัยเพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมให้เอกสารคำแนะนำและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัย และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินการวิจัย

3) ศึกษาข้อมูลพื้นที่ ประชุมวางแผน และประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ตัวแทนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพยาในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย สร้างการร่วมมือในการดำเนินงาน โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย ปรึกษาหารือการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย อย่างไม่เป็นทางการ และจัดเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหา สื่อ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย

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

5) วางแผน (planning) กำหนดขอบเขตการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพยาที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ขับเคลื่อนโดย ศูนย์คัดกรองและบำบัดผู้เสพยาและสารเสพติดอำเภอกันทรวิชัย

6) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (action) โดยการออกแบบและพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพยาที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย เพื่อป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพยาที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

7) สังเกตผลที่เกิดขึ้น (observation) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินจากคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพยาที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลกันทรวิชัย บันทึกการ

เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลก้นทรวงูัย ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด

6) สะท้อนผล (reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลียนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ปังจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ และประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันกาขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มผู้เสพที่เข้ารับบริการบำบัดในโรงพยาบาลก้นทรวงูัย และการสนทนากลุ่ม

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในงานวิจัยนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้วิธีการที่หลากหลาย ดังนี้

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

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

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

1) ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ที่ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจ ในการเข้าร่วมการศึกษาโดยการสมัครใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพหรือการบันทึกเสียงและผู้วิจัยจะไม่กระทำการใดๆ ที่ขัดต่อกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด

กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมในการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนของสาธารณสุขและผู้นำชุมชน 2) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัด พิณฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่ จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาด ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3) ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ซึ่งใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำการ นำเสนอในภาพรวมและนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง

4) ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวและไม่เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้จะไม่มีการบังคับ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน 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 บริบทของการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.1 บริบทของการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่ม เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการขาดนัดการบำบัดกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา โรงพยาบาลกันทรวิชัย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ บันทึกการประชุม และบันทึกการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหาอุปสรรค ในการป้องกันการขาดนัดของกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา และวางแผนการปฏิบัติการเพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

เขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอกันทรวิชัย ประกอบด้วย 183 หมู่บ้าน 10 ตำบล เมืองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 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 สาขาพยาบาล 1 คน เป็นผู้ดูแลกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ในสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ตามโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด โดยจะแบ่งเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่มของผู้ติดยาและสารเสพติดแต่ไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด เนื่องจากภาระงานอื่นแทรกแซง

2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ในสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย สามารถช่วยเหลือ พยาบาลวิชาชีพสาขาเฉพาะทางยาเสพติด ดำเนินตามโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ได้แต่ยังไม่สามารถดำเนินการในกลุ่มผู้เสพและผู้ติดยาและสารเสพติดได้ ขาดการส่งต่อภาระงานในระหว่างที่พยาบาลวิชาชีพ สาขาพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานได้

ภาคฝ่ายปกครอง โดยที่ว่าการอำเภอกันทรวิชัย

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย ที่ร่วมเอาทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย เข้าร่วม

2. มีการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอกันทรวิชัย ผ่านเกณฑ์

3. มีแนวทางการส่งต่อผู้ที่ต้องการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ร่วมกันกับศูนย์คัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติด สถานพยาบาล และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ภาคประชาชน ญาติและผู้นำชุมชนในมีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้ความร่วมมือในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แต่ยังขาดส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดของผู้ป่วยระหว่างการบำบัดฟื้นฟู

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

1. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ชักประวัติผู้ป่วยที่มาครั้งแรกเพื่อแยกกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

2. พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ทำการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วย ชี้แจงข้อกำหนด ตกลงการรับบริการ วางแผนการรักษา จากนั้นจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่ใกล้เคียงกันเพื่อรับ การบำบัดฟื้นฟูสภาพ

3. พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ทำการบันทึกข้อมูลและออกบัตรนัดรับ บริการให้กลับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเดินทางกลับบ้าน

4. เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในครั้งถัดไป จะต้องยื่นบัตรนัดรับบริการที่สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งแยกออกจากจุดบริการผู้ป่วยทั่วไปและเป็น ให้บริการแบบจุดเดียว เบ็ดเสร็จ one stop service

5. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จะดำเนินการตรวจ ปัสสาวะผู้ป่วยที่รับบริการทุกครั้ง

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

7. เมื่อครบกระบวนการบำบัดในแต่ละครั้ง พยาบาลวิชาชีพสาขายาเสพติด จะเสริม แรงจูงใจผู้ป่วยเพื่อให้คงอยู่ในระบบการบำบัด และลงบันทึกในบัตรนัดและนัดหมายวันเข้ารับบริการ ในครั้งถัดไป

8. เมื่อผู้ป่วยดำเนินการบำบัดครบตามแผนที่พยาบาลวิชาชีพสาขายาเสพติด กำหนด ตามคู่มือการบำบัดในแต่ละกลุ่ม จะทำการตกลงการนัดหมายติดตามกับผู้ป่วยเพื่อติดตามผลหลังการ บำบัด ต่อเนื่องอีกเป็นระยะเวลา 1 ปี

ในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ในสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาล กันทรวิชัย จะต้องดำเนินการยื่นรับการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA) ทุกสามปี

ผลการศึกษา กลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุอยู่ ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 38.5 การศึกษาดำรงปริญญาตรี ร้อยละ 69.2 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 46.2 ตำแหน่งทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 35.6 บทบาทเกี่ยวกับการ ป้องกันยาเสพติด ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ร้อยละ 61.5 ประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกัน ยาเสพติดในพื้นที่ 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)
รับราชการ	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)
ประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่	
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
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	1.44	0.60	น้อย

ผลการศึกษา กลุ่มเป้าหมายใน กลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบ
ผู้ป่วยนอก 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 เคยพยายามเลิกใช้สารเสพติดมาก่อน 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(ยกเว้นบุหรี่ยูเรธา)	
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 ในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินการตามโครงการ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามโปรแกรมของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 50 คือ ประเด็นการคบเพื่อนที่เสฟสารเสพติดด้วยกัน ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ประเด็นเมื่อใช้ยาเสพติดไปแล้วจะไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ไม่ว่าจะทำอย่างไรก็ตาม ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ประเด็นสาเหตุที่ทำให้คนใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติด ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และประเด็นยาบ้า ไข้แล้วช่วยให้ทำงานได้มากยิ่งขึ้น ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย ในภาพรวมมีคน ตอบถูก 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45

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

ข้อคำถาม	คนที่ตอบถูก	ร้อยละ
1.ยาเสพติด หมายถึง สารใดก็ตามเมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วโดยการกิน ดื่ม สูบ หรือดมจะทำให้มีผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารนั้น ต้องการเพิ่มขึ้นเรื่อย 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 ที่เมื่อผู้ใช้ยาเสพติดเห็นแล้วทำให้ไม่ยากใช้ยาเสพติดอีก	14	70.0
9.ผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดไม่ถือว่าเป็นผู้กระทำความผิดตามกฎหมาย	11	55.0
10.ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดจะใช้ยาเสพติดก็ต่อเมื่อเกิดอารมณ์เสียใจ ผิดหวัง ดังนั้นอารมณ์เสียใจและผิดหวังคือตัวกระตุ้นภายในของผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด	10	50.0
11.การดื่มเหล้าจะทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้อยากใช้ยาเสพติดลดลง	15	75.0

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสฟ 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 รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด	17	85.0
16.เมื่อใช้ยาเสพติดไปแล้วจะไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตาม	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

ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินการตามโครงการ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำและปานกลางร้อยละ 45 มีค่าเฉลี่ยเมื่อเทียบกับเกณฑ์ 60.50 (ระดับปานกลาง) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.62 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5 ดังนี้

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

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

สรุปการศึกษา ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา การป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบประเด็นปัญหา และอุปสรรค ในการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟ เมทแอมเฟตามีน ดังนี้

การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีน ที่ผ่านมามีบางช่วงเวลาที่การบำบัดฟื้นฟูไม่ได้ดำเนินการตามโปรแกรม modified matrix และขาดการส่งต่อการให้บริการระหว่างพยาบาลยาเสพติดและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เนื่องจาก พนักงานของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการโดยพยาบาลยาเสพติดเป็นหลักซึ่งมีจำนวน 1 คนต่อผู้เข้ารับบริการบำบัด 20 คน มันทำให้กระบวนการบำบัดในบางครั้งขาดการส่งต่อการให้บริการและไม่เป็นไปตามตัวโปรแกรม modified matrix นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 95 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน แต่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีน ไม่ทราบว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเมื่อเทียบกับเกณฑ์อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.50 อีกทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีน ของกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ย 1.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 อยู่ในระดับน้อย

จากประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัด
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพยาเมเฟตามีน ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการ
ร่วมกันคือกำหนดโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพยาเมเฟตามีน เพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการ
บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1. พยาบาลยาเสพติด ทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วย
นอก ในกลุ่มผู้เสพยาเมเฟตามีน โปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติการ ณ
สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 2 คน
2. ส่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เข้ารับการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แบบผู้ป่วยนอก แบบ matrix Program ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น
3. อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ให้กับ
ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จากพื้นที่ 10 ตำบล จำนวน 20 คน
4. การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบ
ผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพยาเมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด
มหาสารคาม

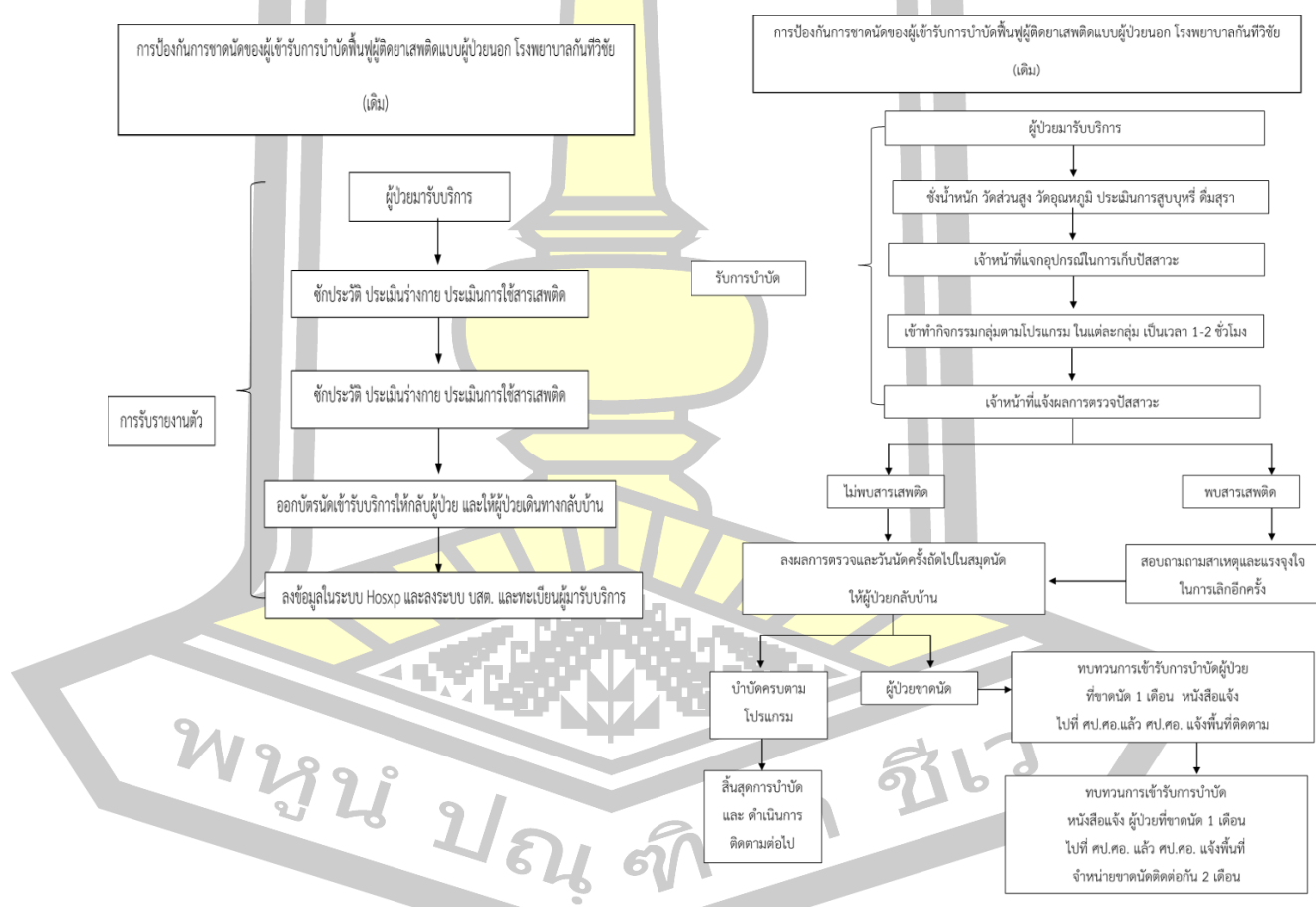
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

การศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพยาเมเฟตามีนประเภทเมเฟตามีน
ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยาเมเฟตามีน ใน
โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ตามที่ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกัน
และดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วย
นอกในกลุ่มเสพยาเมเฟตามีน มีกิจกรรมดำเนินการทั้งสิ้น 4 กิจกรรม ดังนี้

1. พยาบาลยาเสพติด ทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก
ในกลุ่มผู้เสพยาเมเฟตามีน 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 ผู้ป่วยที่เฝ้าและสารเสพติด 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 พยาบาลวิชาชีพยาเสพติด ดำเนินการชักประวัติ ประเมินการติดสารเสพติด ชี้แจงการเข้ารับบริการ ข้อตกลง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการมีผู้ดูแลช่วยเหลือหรือบำบัด

4.2 กำหนดคู่บัดดี้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและไม่มีข้อขัดแย้งหรือผิดใจกัน เป็นคู่บัดดี้ในการดูแล สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่าง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย

4.3 พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการออกบัตรนัดเข้ารับบริการให้กับผู้ป่วยและนัดหมายเข้ารับบริการในสัปดาห์ต่อไป

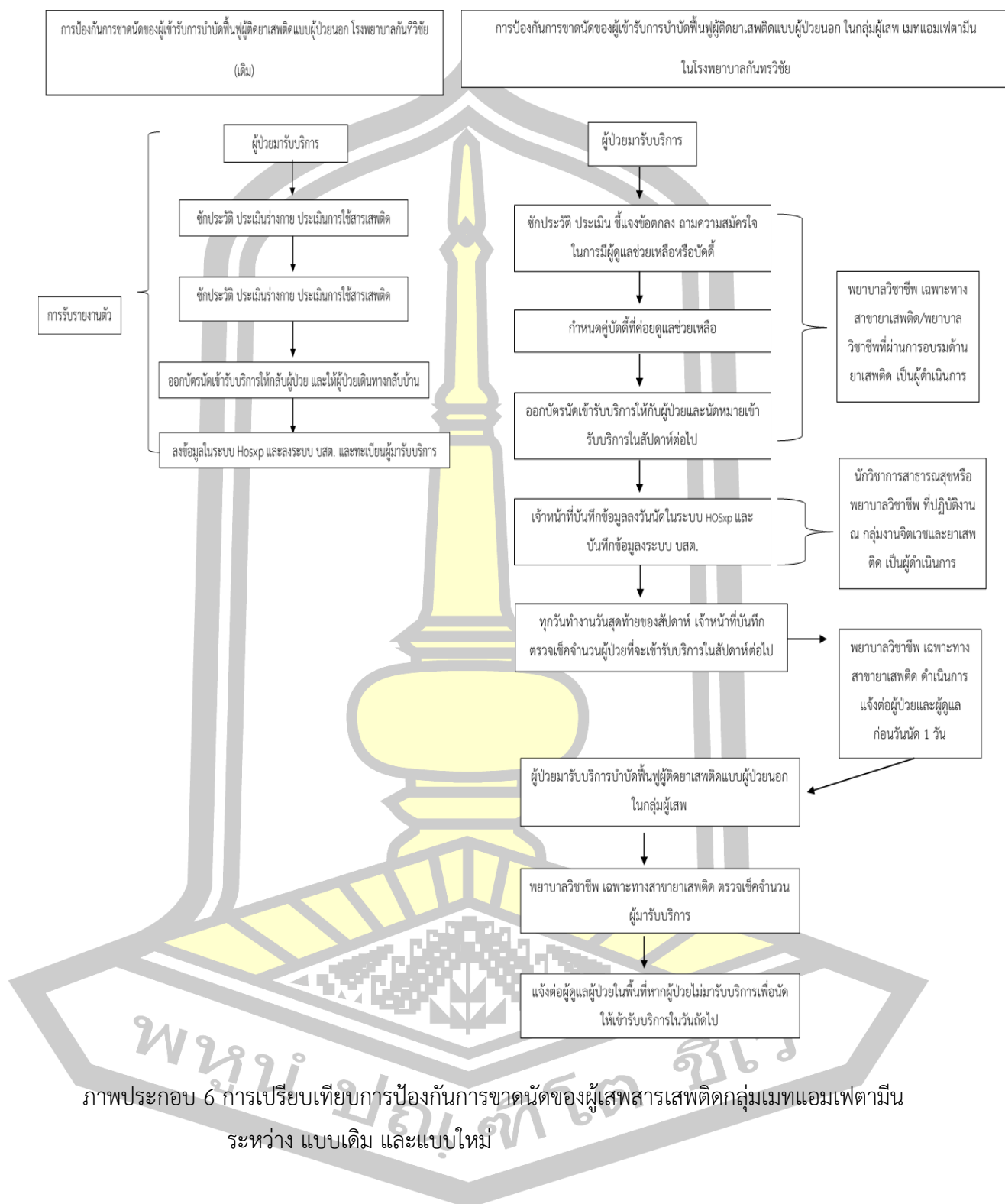
4.4 นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบการลงบันทึกข้อมูล ดำเนินการลงข้อมูลในระบบ HOSxp ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งลงวันนัด และลงข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

4.5 เจ้าหน้าที่ประจำ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในสัปดาห์ถัดไป แล้วส่งข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการแจ้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนวันนัด 1 วัน

4.6 เมื่อผู้ป่วยมารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ที่ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เสร็จสิ้นในวันนั้นพยาบาลยาเสพติดจำดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้มารับบริการและแจ้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หากผู้ป่วยไม่มารับบริการเพื่อนัดให้เข้ารับบริการในวันถัดไป

การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นเป็นการเพิ่มกระบวนการมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัว หรือผู้นำชุมชน ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ซึ่ง เป็นผลมาจากการทบทวนรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน แบบเดิม โดยจะมีการกำหนดผู้ดูแลตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารายงานตัวซึ่งเป็นการตกลงร่วมกันกับผู้ป่วย รายละเอียดดังภาพที่ 6





4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

4.3.1 จากการใช้แบบสอบถามวิจัย แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกสังเกตการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบ พบว่า

1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการร่วมพัฒนาระบบ คือ กลุ่มเป้าหมายภาคสาธารณสุข ภาคผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดครบ 1 ปีและมีประวัติขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา พร้อมญาติ มีส่วนร่วมทั้งด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินการ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p -value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน 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 ในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการตามโครงการพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้มากกว่าก่อนดำเนินการตามโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสฟ 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 ในกลุ่มเสฟเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D. = 0.51) รายละเอียดแสดงตาราง 8 ดังนี้

พูน ปณ จิต ชีวะ

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทร
วิชัย 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
ภาพรวมความพึงพอใจ	2.45	0.51	มาก

4) ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ทั้งมิติทางกาย มิติทาง
จิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยรวมทั้ง
แบบสอบถาม 2.76 (S.D. = 0.25) รายละเอียดแสดงตาราง 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แบบผู้ป่วยนอก 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
ภาพรวมความพึงพอใจ	2.76	0.25	มาก

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

ตารางที่ 10 การขาดนัดและการคงอยู่ในระบบการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด เมทแอมเฟตามีน (n=20)

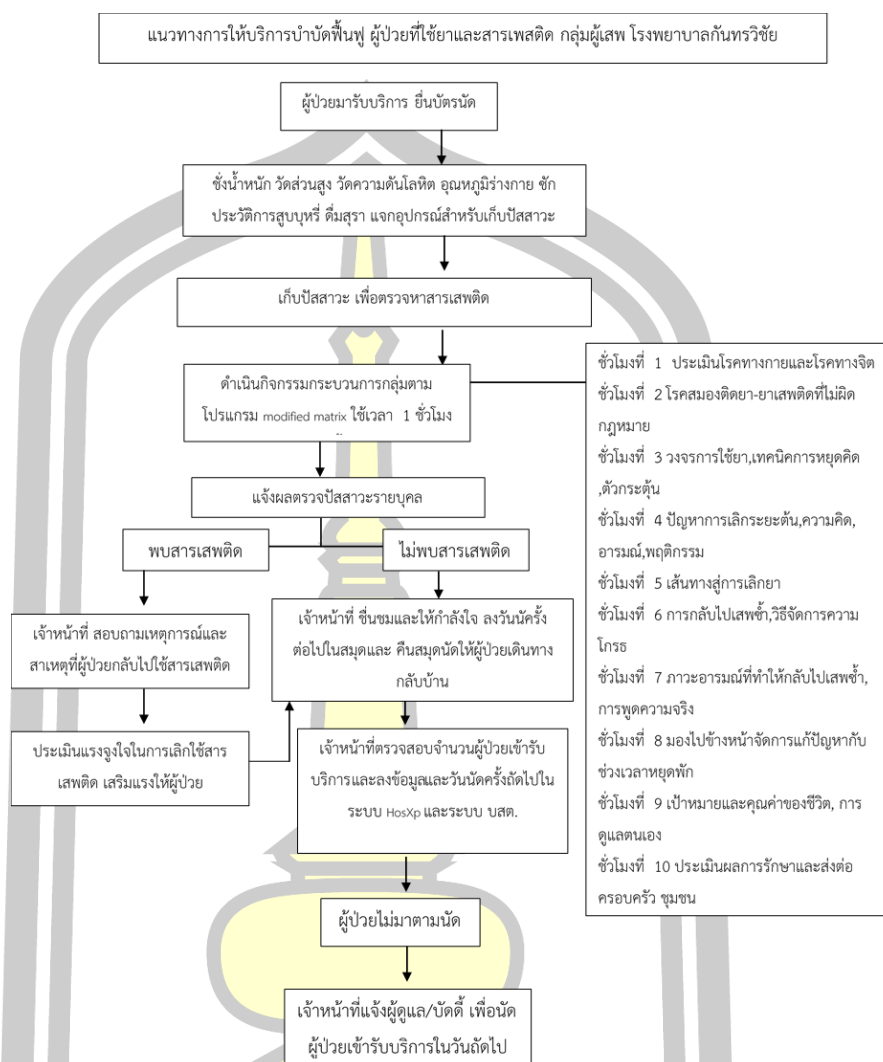
แบ่งตามช่วงเวลาเข้ารับการบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
ในช่วง เดือนที่ 1	2	10.00
ระหว่างเดือนที่ 1- เดือนที่ 2	3	15.00
ระหว่างเดือนที่ 2- เดือนที่ 3	3	15.00
ระหว่างเดือนที่ 3- เดือนที่ 4	1	5.00

6) อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด เมทแอมเฟตามีน เมื่อครบ 4 เดือนพบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู คงอยู่ในระบบ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดแสดงตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เมื่อครบ 4 เดือน

จำนวน	ร้อยละ
20	100.00

7) ได้รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งเป็นการสะท้อนผลของการประชุมร่วมกันของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ ฯ ดังรายละเอียดตามภาพประกอบที่ 6 และภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบ 7 แนวทางการให้บริการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่เฝ้าและสารเสพติด กลุ่มผู้เสพยา
โรงพยาบาลกันทรวิชัย

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด
กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการรักษา บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลก้นทรวงอก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชนได้ร่วมดำเนินการสรุปรายงานและสะท้อนผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่สำคัญ มีดังนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าปัจจัยที่ทำให้

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

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

2. กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าจับทบบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วยร่วมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข ในกับผู้ป่วยได้รับทราบส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม

3. กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนวันนัดและย้ำเตือนการเข้ารับบริการสามารถที่จะปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับการเข้ารับบริการได้ แม้ว่าในช่วงแรกของการกำหนดผู้ดูแลจะมีความไม่แน่ใจและไม่รู้ว่าจะเลือกใครแต่เมื่อรับทราบข้อมูลทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน จนครบโปรแกรมการบำบัด

“ดิฉันว่าที่ผู้ป่วยของเรานั้นขาดนัดบ่อย ส่วนหนึ่งก็มาจากการที่คนให้ให้ความสำคัญกับการกิจวัตรประจำวันมากกว่าการบำบัดจนลืมนัดและไม่มีคนคอยดูแล ครอบครัวก็ไม่ได้ย้าเตือนหรืออาจจะไม่รู้ด้วยซ้ำว่าคนไข้ต้องมานัดบำบัด การที่มีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความเคารพและเชื่อฟังคอยช่วยย้ำเตือนวันนัดที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการ น่าจะส่งผลในผู้ป่วยเดินทางมารับบริการตามวันนัดได้ แต่ทั้งนี้ผู้ดูแลควรเป็นบุคคลที่มีสัมพันธ์ที่ดีเป็นไปในทิศทางบวกกับผู้ป่วยเพื่อไม่เป็นการทำให้ผู้ป่วยมองว่าเป็นการควบคุมจนเกินไป ซึ่งอาจเป็นผู้ปกครอง ญาติ ผู้นำชุมชน หรือคนที่ผู้ป่วยเคารพในชุมชน และมาจากการเสนอขอของผู้ป่วยว่ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดูแลและช่วยย้ำเตือนในการมารับบริการตามนัด” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนสาธารณสุข 1, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ของเรามีความชัดเจนขึ้นเป็นอย่างมาก และนับได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เพราะเราได้ดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นขั้นตอน และได้รับความร่วมมือจากทางผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน ผู้ปกครองของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งทุกท่านต่างให้ความสำคัญในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ไม่ได้มองว่านี่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว และร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทีม นั้นทำให้ผู้ป่วยของเรามีกำลังใจและความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดจนครบกระบวนการบำบัด ซึ่งจะเป็นผลดีกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต่อไปในอนาคต” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนสาธารณสุข 2, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เพราะว่าในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูก็จะมีกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไปเพื่อมุ่งหวังในผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญและสามารถที่จะตัดสินใจได้อย่างถูกต้องร่วมไปถึงการได้ร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองและความเข้าใจของตนเองและเพื่อนที่อยู่กลุ่มเดียวกัน ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดรับบริการได้นั้นหมายความว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดและไม่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนในหัวข้อและประเด็นนั้น แม้ว่าผู้ป่วยจะมาในวันถัดไปหรือนัดถัดไป มันก็จะเป็นอีกหัวข้อหรือผู้ป่วยอีกกลุ่ม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นการที่เราได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาล

กันทริชัย จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างครบและมีประสิทธิภาพมากที่สุด” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนสาธารณสุข 3, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“ที่ผ่านมาผมกะคิดตะว่า ดำรวจ ปลัด พามาเข้าบำบัดแล้ว พามาหาคุณหมอแล้วกะหมดหน้าที่แล้ว กะเป็นเรื่องของเขา กับคุณหมอแล้วสิดำเนินการต่อไป แต่พอมาร่วมโครงการกิจกรรม มันกะเข้าใจหลายขึ้น รู้ว่าทางครอบครัวทางบ้านเขาจะต้องมีส่วนร่วมนำใส่ใจนำ มันจึงสิดีให้คนไข้ เขาเอาชนะใจกะของได้” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนผู้นำชุมชน 1, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“ก่อนอื่นเลยดิฉันต้องขอขอบพระคุณทางท่านผู้นำชุมชน และคณะทำงานทุกท่านที่ได้ให้โอกาสดิฉันได้มาร่วมการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทริชัย ดิฉันคิดว่าการทำงานที่เราได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทริชัยจนประสบผลสำเร็จในครั้งนี้นั้นเกิดจากการร่วมมือกับของทุกท่าน ขอบคุณทางท่านผู้นำชุมชน ที่ให้ความสำคัญและมาเป็นส่วนหนึ่งการดำเนินงานในครั้งนี้ ขอบคุณคุณหมอ หนึ่ง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทางคุณหมอ ท่านอื่นๆได้พัฒนาตนเองและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะมีบางท่านไม่อยู่ก็ตามงานก็ยังสามารถทำต่อไปได้ ขอบคุณคุณหมอนุ่ม คนหมอคณสว ที่คอยให้กำลังใจและตอบข้อสงสัยของทางทีมผู้นำชุมชน ทำให้มีความมั่นใจในการดำเนินงานยิ่งขึ้น ในปัจจุบันบ้านเรามีการระบาดของยาเสพติดมากขึ้นและ ประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นวัยแรงงาน เข้าถึงยาเสพติดมากขึ้น ดิฉันอยากให้เรามีกิจกรรมแบบนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อช่วยลูกหลานบ้านเราให้เลิกละเกี่ยวกับยาเสพติด” (กลุ่มเป้าหมายภาคส่วนผู้นำชุมชน 2, วันที่ 25 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)

“ผมกะเห็นด้วยอยู่ในการที่เขาได้พัฒนาการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดนี้ เพราะว่าสมื่อนี้ถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเขาเองดูแลกะของเองถึงเทอมันกะบ่ได้ใส่ใจปานนั้น บ่มากะบ่มีไผว่าได้ละ บ่มากะบ่เป็นหยังดอกดี หรือแม้แต่โตของผมเองกะยังเข้าใจว่า บ่มาเทอมันกะบ่เป็นหยังดอกมั่ง เทอเดียวหนึ่งแต่พอมาร่วมโครงการ มารู้ว่ามีเหตุและผลของแต่ละรอบที่นัดไปบำบัด ผมกะไปพยายามทีสิดีไว้กับเขาให้เข้าใจและกะย้าให้ไปบำบัด กะบ่ได้ไปฮ้ายไปว่าหยังเขาได้ครับ กะว่ากะถามเค้าทีสิดีนี้ละครับว่า หล่าอย่าลืมนัดกับทางหมอเพิ่นเด้อมื่อ กะว่าท่อนั้นละครับ เขากะตอบ ครับๆ ไปอยู่ครับ ส่วนหนึ่งกะดีใจว่าที่เขาได้ชอยเหลือเขา เห็นเขาไปบำบัดตลอด

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

“กะบ่แมนว่าบ่อยากมาแต่ครับคุณหมอ แต่มันกะยากงานอีหลีครับ ไปรับงานเพิ่นไว้แล้วถ้าบ่ไปกะเสียตายนะครับ เถิงมันกะจำบ่ได้อีหลีครับ เฮ็ดนั้นเฮ็ดนี้ไปนานมันกะลืมไปเลย กะดีว่าได้เฒ่าแม่วลาวชวยเตือนให้ กะเลยได้มาตามนัดครับ ” (กลุ่มเป้าหมายภาคผู้เข้ารับการรักษา 1, วันที่ 4 กันยายน 2566; การสนทนากลุ่ม)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน 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 ภาควส่วนของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 26 คน และภาควส่วนของกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งแบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.2) แบบสอบถามการวิจัยมี 2 ชุดคือ แบบสอบถามการวิจัย 1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ 2) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน มีการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ตามแนวคิด P-A-O-R spiral cycle ของ เคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) สรุปผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

5.1.1 บริบทและสภาพปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

ลงพื้นที่ศึกษาบริบทและประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา อุปสรรค และ แนวทางการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ที่รับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ที่ผ่านมามี บางช่วงเวลาที่การบำบัดฟื้นฟูไม่ได้ดำเนินการตามโปรแกรม modified matrix และขาดการส่งต่อการให้บริการระหว่างพยาบาลยาเสพติดและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เนื่องจาก พนักงานของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการโดยพยาบาลยาเสพติดเป็นหลักซึ่งมีจำนวน 1 คน ต่อผู้เข้ารับการบำบัด 20 คน ทำให้กระบวนการบำบัดในบางครั้งขาดการส่งต่อการให้บริการและไม่เป็นไปตามตัวโปรแกรม modified matrix นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 95 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ไม่ทราบว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45 และปานกลาง ร้อยละ 45 อีกทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ของกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ย 1.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 อยู่ในระดับน้อย จากประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันคือกำหนดโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน เพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย 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 ที่โรงพยาบาลธัญรักษ์ ขอนแก่น

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

4) การดำเนินการตามแผนการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

5.1.2 รูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

เป็นการพัฒนาขีดความสามารถของผู้ให้บริการซึ่งกลุ่มเป้าหมายในภาคส่วนสาธารณสุขให้มีศักยภาพที่เพียงพอสามารถดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรม แบบทดแทนกันได้ ในกรณีที่ยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติดซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่ และสร้างความร่วมมือโดยการดึงกลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยในระดับครอบครัว ชุมชน เข้ามาเป็นกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน มีแนวทางในการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการชักประวัติ ประเมินการติดสารเสพติด ชี้แจงการเข้ารับบริการ ข้อตกลง พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการมีผู้ดูแลช่วยเหลือหรือบำบัด

2) กำหนดคู่บัดดี้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและไม่มีข้อขัดแย้งหรือผิดใจกัน เป็นคู่บัดดี้ในการดูแล สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่าง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย

3) พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางสาขายาเสพติด ดำเนินการออกบัตรนัดเข้ารับบริการให้กับผู้ป่วยและนัดหมายเข้ารับบริการในสัปดาห์ต่อไป

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

5) เจ้าหน้าที่ประจำ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในสัปดาห์ถัดไป แล้วส่งข้อมูลให้พยาบาลยาเสพติด ดำเนินการแจ้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนวันนัด 1 วัน

6) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน ที่สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เสร็จสิ้นในวันนี้พยาบาลยาเสพติดดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้มารับบริการและแจ้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หากผู้ป่วยไม่มารับบริการเพื่อนัดให้เข้ารับบริการในวันถัดไป

ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบจากรูปแบบเดิมที่มีอยู่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้มากขึ้น

5.1.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการร่วมพัฒนาระบบ คือกลุ่มเป้าหมายภาคสาธารณสุข ภาคผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดครบ 1 ปีและมีประวัติขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา พร้อมญาติ มีส่วนร่วมทั้งด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินการ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการ และมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p - value < 0.001)

ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน หลังการดำเนินการตามโครงการกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยความรู้เทียบกับเกณฑ์ ร้อยละ 93.75 อยู่ในเกณฑ์ ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (p- value < 0.001)

ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ของกลุ่มเป้าหมายใน ภาคส่วนสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยรวมทั้งแบบสอบถาม 2.76 (SD = 0.25)

อัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน หลังรับการบำบัดครบ 4 เดือน พบว่า มีอัตราการคงอยู่ในระบบมากถึง ร้อยละ 100

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการกรสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 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 ทุกคนมีระบบส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่างการบำบัดที่เพิ่มขึ้น

2) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าจับบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย รวมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข ในกับผู้ป่วยได้รับทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม

3) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีคะแนนความรู้ในเรื่องของยาเสพติดเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนวันนัดและย้ำเตือนการเข้ารับบริการสามารถที่จะปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับการเข้ารับบริการได้ แม้ว่าในช่วงแรกของการกำหนดผู้ดูแลจะมีความไม่แน่ใจและไม่รู้ว่าจะเลือกใครแต่เมื่อรับทราบข้อมูลทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความตั้งใจที่จะเข้ารับ

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน จนครบโปรแกรมการบำบัด

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ที่ได้รับความร่วมมือ และสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

5.2 อภิปรายผล

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

การปฏิบัติหน้าที่ในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม โดยที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ มีระบบส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่างการบำบัดที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการนำปัญหาที่พบจากการสำรวจ มาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันผ่านกระบวนการกลุ่มของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ทำให้การให้บริการบำบัดฟื้นฟูสามารถดำเนินการทดแทนกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องตามโปรแกรม ที่กำหนดซึ่งเป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีการวางลำดับการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดอย่างเป็นขั้นตอน และส่งเสริมการตัดสินใจของผู้เข้ารับการบำบัดสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล (2565) ศึกษาประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดกลุ่มประชากรตัวอย่างสามารถหยุดเสฟที่ 3 เดือนหลัง จบโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 76.9 มาจากกระบวนการบำบัดใช้หลักการปรับความคิดพฤติกรรม ที่ใช้การสำรวจผลกระทบจากการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย สำรวจความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักต่อปัญหาจากการใช้สารเสพติดช่วยสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติดมีการให้ความรู้เรื่องผลเสียของยาเสพติด พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะสมองติดยา มีการป้องกันการกลับไป เสฟซ้ำโดยแนะนำการจัดการอารมณ์และความคิดที่ไม่เหมาะสม การค้นหาและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เสฟยา การจัดตารางกิจกรรมประจำวัน ค้นหาอุปสรรคระหว่างการบำบัด นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่ญาติ สนับสนุนผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพในครอบครัว โดยกลุ่ม

งานจิตเวชและยาเสพติดได้ปรับ การบำบัดจากแนวทางเดิมที่บำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่รายได้น้อย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำให้สะดวกในการมารับบริการได้ต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพมากที่สุด

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ประสบความสำเร็จจากการได้รับความร่วมมือในการดำเนินโครงการทั้งภาคของวิชาการซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอ กันทรวิชัย ให้การสนับสนุนการดำเนินการทุกขั้นตอน อันเป็นผลมาจากการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม และนำมาคืนข้อมูลให้กลับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้รับทราบข้อมูลพร้อมๆ กันและรวมกันวางแผนการดำเนินงาน นำกลุ่มเป้าหมายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการ ตามทฤษฎีการมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับทราบข้อมูลปัญหา สถานการณ์ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามแผนที่วางร่วมกัน และร่วมสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นผู้รับรู้ถึงผลประโยชน์ที่เกินจากการทำงานร่วมกันในครั้งนี้ สอดคล้องกับ (โสณกุลย์ ทรัพย์สมบัติ, 2556) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหาเสพติดพบว่าประชาชนร้อยละ 80.6 ประชาชนเห็นว่าปัญหาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และร้อยละ 98.9 เห็นด้วยกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยอาศัยจุดแข็งคือความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คนรู้จักสนิทสนมเกื้อกูล แบ่งปันทรัพยากร สมาชิกในชุมชนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและประเมินผล ทำให้ก่อเกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ร่วมกันกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย รวมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข กับผู้ป่วยได้รับทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม เป็นผลมาจากการทบทวนการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูที่ผ่านมาร่วมกันของผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้ทราบว่าครอบครัว ชุมชน ผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ในการบำบัดของของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเพียง 1 – 2 ชั่วโมง ในขณะที่เวลาที่เหลือผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว ชุมชน ทำให้ทราบว่าหากดึงกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หรือผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมที่จะช่วยผู้ป่วยให้เข้ารับบริการตามวันนัดทุกครั้ง โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมร่วมรับทราบปัญหาที่ผ่านมาในการบำบัด ร่วมรับทราบวิธีการแนวทางการรักษา ร่วมดำเนินการดูแล

ผู้ป่วย และร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกันกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามนัดและได้รับองค์ความรู้ตามกระบวนการบำบัดอย่างครบถ้วนตามโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทร์ทิพย์ อินทรสุข (2556) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปเสฟซ้ำและติดตามการรักษาโดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์จำนวน 138 คน พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ย 3.99 ด้านสัมพันธ์ภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 ด้านการแก้ปัญหา ค่าเฉลี่ย 3.91 และด้านการปฏิบัติหน้าที่ ค่าเฉลี่ย 3.80 โดยทุกด้านอยู่ในระดับมากปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังรับการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.54 และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.89 ด้านการดูแลร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ย 2.64 ด้านเศรษฐกิจ ค่าเฉลี่ย 2.33 และด้านการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดค่าเฉลี่ย 2.22

ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีคะแนนความรู้ในเรื่องของยาเสพติดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ในระดับ มาก เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และได้รับองค์ความรู้ตามโปรแกรมที่กำหนด ทำให้มีองค์ความรู้และเข้าใจในเรื่องของยาเสพติด เนื่องจากในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะได้รับใบงานซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ และได้ความเข้าใจจากการตอบประเด็นข้อสงสัย จากผู้ให้บริการซึ่งผ่านการอบรมพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสฟซ้ำ และได้รับฟังมุมมองเกี่ยวกับยาเสพติดจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดที่ทำการกระบวนการกลุ่มร่วมกัน ทำให้ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับการทบทวนและทำความเข้าใจอยู่ตลอดระหว่างกระบวนการบำบัดฟื้นฟู สอดคล้องกับ อรรถพงษ์ ฉัตรดอน (2564) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยเก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ จำนวน 60 คน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา พบว่า คะแนนด้านการรู้ตนเอง ความลังเลในการตัดสินใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนด้านการลงมือทำก่อนเข้ารับการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้ารับการบำบัด คะแนนด้านการลงมือทำอยู่ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการลงมือทำและคะแนนรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่

ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายและด้านสังคม ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ 0.05

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้

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

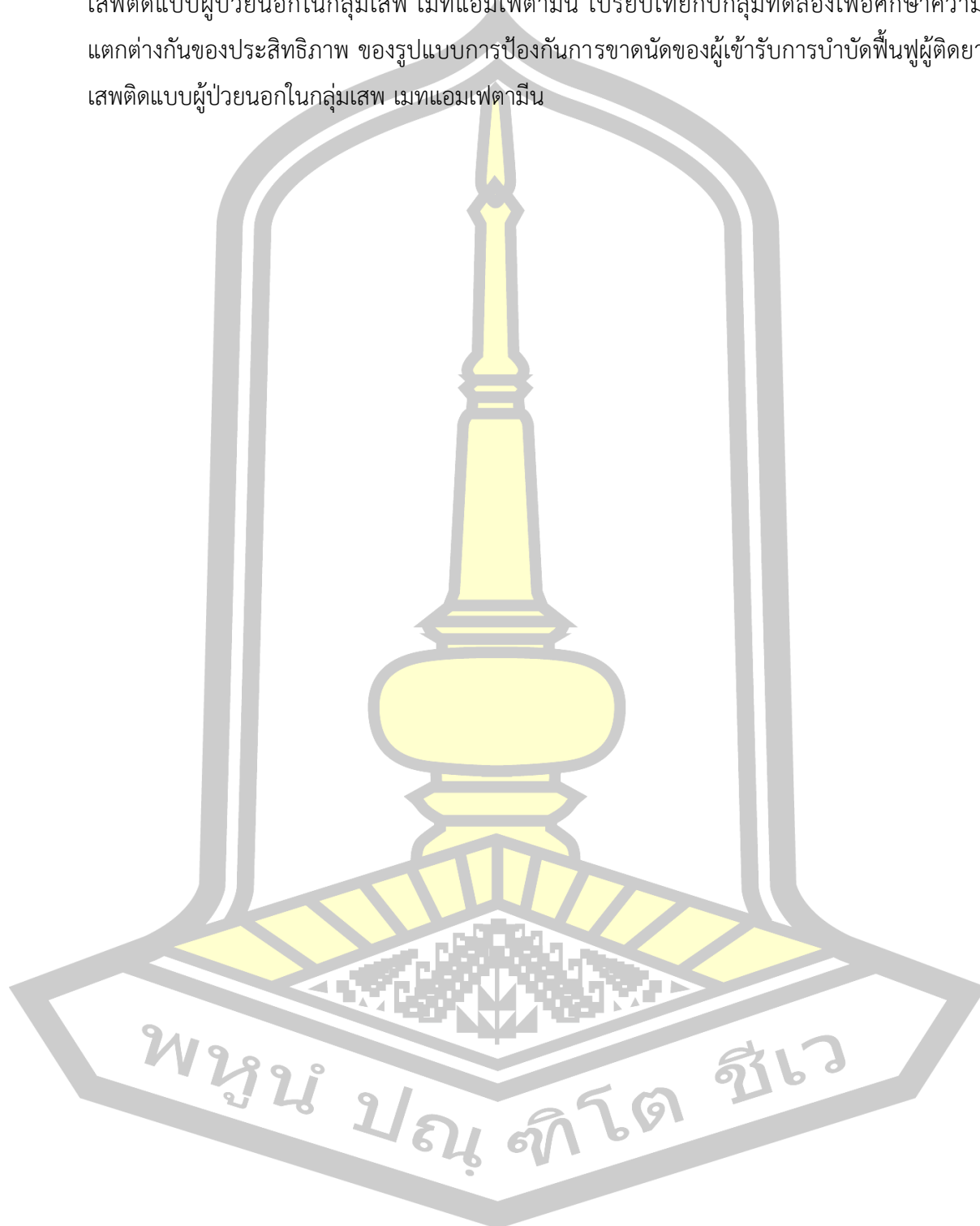
2) ควรส่งเสริมบุคลากร อันได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่ยังไม่ผ่านการอบรมพัฒนาความรู้ด้านยาเสพติด ให้ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในโปรแกรมระดับสูงยิ่งขึ้นไปเพื่อให้สามารถดำเนินงานทดแทนผู้รับผิดชอบในทุกกิจกรรม และเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน

3) การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มสารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการมากที่สุดดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ขยายความครอบคลุมในผู้ป่วยกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั้งในแบบผู้ป่วยนอก และการบำบัดในชุมชน เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่แตกต่างกัน ในบริบทที่แตกต่างกัน

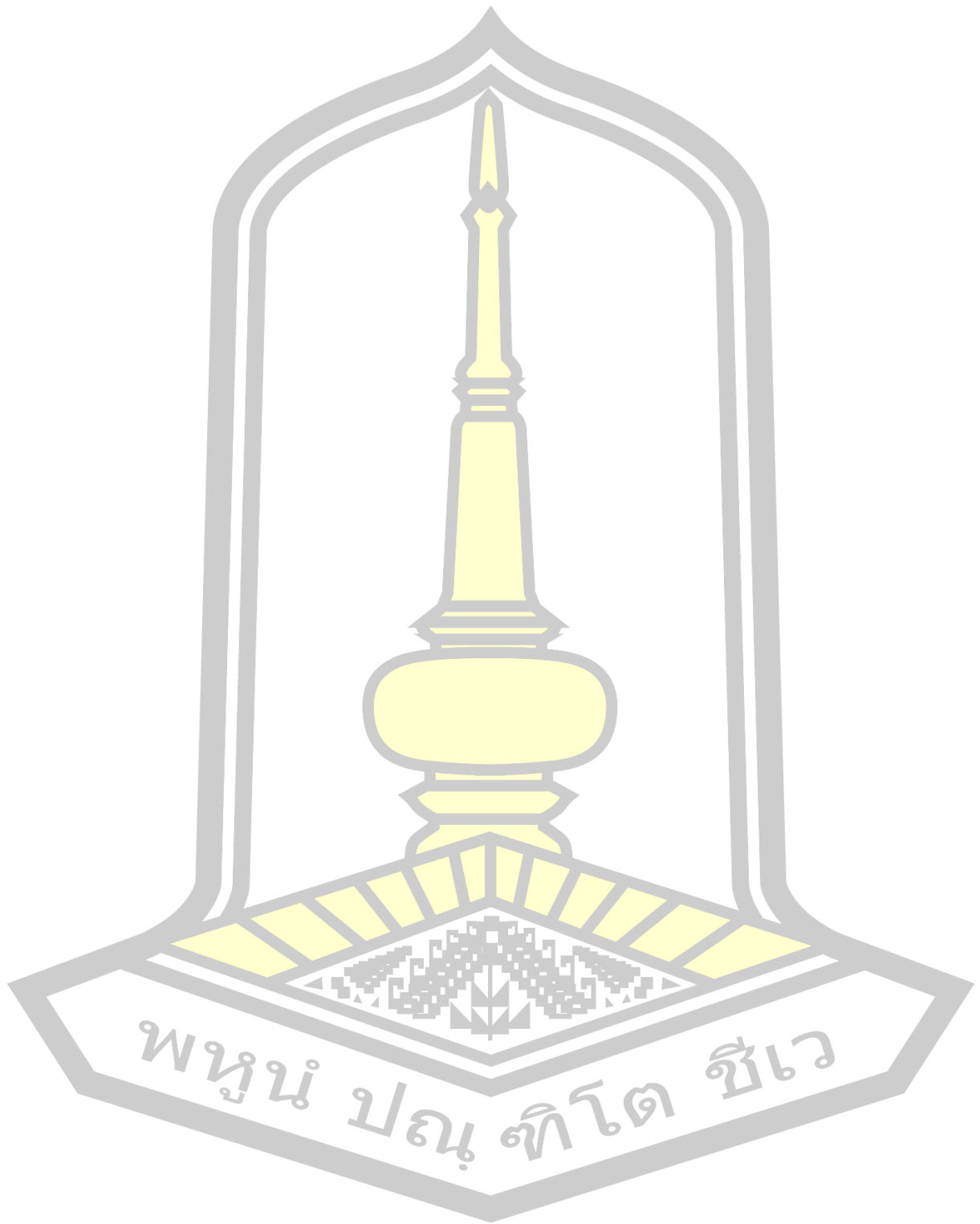
5.3.2 ข้อเสนอแนะมีการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน ให้ครอบคลุมภาคส่วนของกรมการปกครอง ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพ ในระดับของการขับเคลื่อนนโยบาย ภาคของอำเภอ

2) ความสำเร็จของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองเพื่อศึกษาความแตกต่างกันของประสิทธิภาพ ของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพ เมทแอมเฟตามีน



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. (2565). ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 16(1), 23-33.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานผลการดำเนินงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2544). คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. [ออนไลน์]. ได้จาก <https://citly.me/alj5o>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2565].
- กระทรวงสาธารณสุข. (2522). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เจษฎา นันใจวงศ์. (2563). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด. วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์. 4(2), 1.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2545). การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นที่สมดุล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด.
- ไชยยา รัตนพันธ์. (2562). การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- ณัฐดิ ประโม่ง อุษา คงทอง บุญเรือง ศรีเหรียญ และกาญจนา สีจันะพงษ์. (2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมด้านยาเสพติดในกลุ่มนักเรียน. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย. (2545). เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- ทิพาดี เอมะวรรณะ. (2545). จิตวิทยาการศึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ธนวัฒน์ คำลีลานนท์. (2550). การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่น เทศบาลเมืองคูคต จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- ธนรัตน์ พุทธชาติ, กาญจนา รัตน์พันธ์, เสาดาทหรือ โสดาติส และวรัญญา ไชยสาลี. (2554). การประเมินการเสพยาบ้าซ้ำในผู้ป่วยระยะติดตามผลของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา โดยการตรวจในเส้นผม. สงขลา: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.
- นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์. (2563). การพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์. วารสารกรมการแพทย์, 45(4), 81-90.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2541). การบริการสาธารณะในระบบกฎหมายปกครองของฝรั่งเศส. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สำนักนิติธรรม.
- นำชัย ทนุผล. (2531). หลักการและยุทธวิธีการพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สถาบันเทคโนโลยีการเกษตรแม่โจ้.
- นิรันดร์ชัย พัฒนาพงศ์. (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.
- ประสพสุข ดีอินทร์. (2537). การมีส่วนร่วมต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนันผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และธณชัย คงสกนธ์. (2542). กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ปรีดา เจษฎารางกุล. (2550). การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคูคตอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยะนุช เงินคล้าย. (2536). ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนการศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2526). นโยบายและกลวิธีที่มีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศักดิ์โสภาค
การพิมพ์.
- มนตรี รอดแก้ว และพันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2562). การพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติด
ยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดโดย(วิธีพุทธ)ของวัดถ้ำกระบอก จังหวัดสระบุรี. สระบุรี:
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2562). คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก
สำหรับกลุ่มเสพ. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์บริษัท ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา จำกัด.
- วันทนา กลางบุรีมย์. (2557). การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียใน
จังหวัดกาฬสินธุ์โดยบูรณาการหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2530). การบริหารและการจัดการทางทรัพยากรธรรมชาติ: บทบาทขององค์กร
ในท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2554). กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์กรร่วมเพื่อวิวัฒน์
และพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). มหาสารคาม:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์การต่อสู้เพื่อชนะยาเสพติด กรมสามัญศึกษา. (2546). แนวคิด วิธีการป้องกัน แก้ไข และควบคุม
ปัญหาเสพติดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. กรุงเทพฯ:
กรมสามัญศึกษา.
- สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์. (2542). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันไฟป่า:กรณีศึกษาอุทยาน
แห่งชาติเขาสามหล่นจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ. (2542). ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหาร
ส่วนตำบลในการวางแผนพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดกำแพงเพชร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2547). คู่มือรูปแบบการบำบัดรักษา
ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงยุติธรรม. (2564). รายงานผลการ
ดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปี ปีมะระมาณ พ.ศ. 2564. [ออนไลน์].
ได้จาก: <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>.
[สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2565].

- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2564). พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ :สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- สุดปรานี ศรีโกมุท. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) : กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.พระนครศรีอยุธยา. วารสารธรรมทรรคนัน, 35(2), 37
- สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาครามเปเปอร์.
- สุวิทย์ เศวตสุนทร. (2536). การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการคุมประพฤติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสมณญช ทรัพย์สมบัติ. (2556). การพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหาเสพติด วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษบัณฑิตสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรรณน หุ่นดี. (2531). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต.
- อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. (2564). แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารการแพทย์ เขต 4-5, 40(2), 181.
- อรอนงค์ หงษ์ชุมแพ. (2538). ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและการป้องกันตนเองจากการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อับดุลคอลิก อรรอฮีมีย, อีสัยสมะเก็ง และ ฮูเซ็น ชาววัล. (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). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยา. *วารสารวิชาการเสพติด*, 1(1), 32- 43
- Holloway, I. W. (2010). *Qualitative research in nursing and health care*. 3 rded. India: Laserwords Privates.

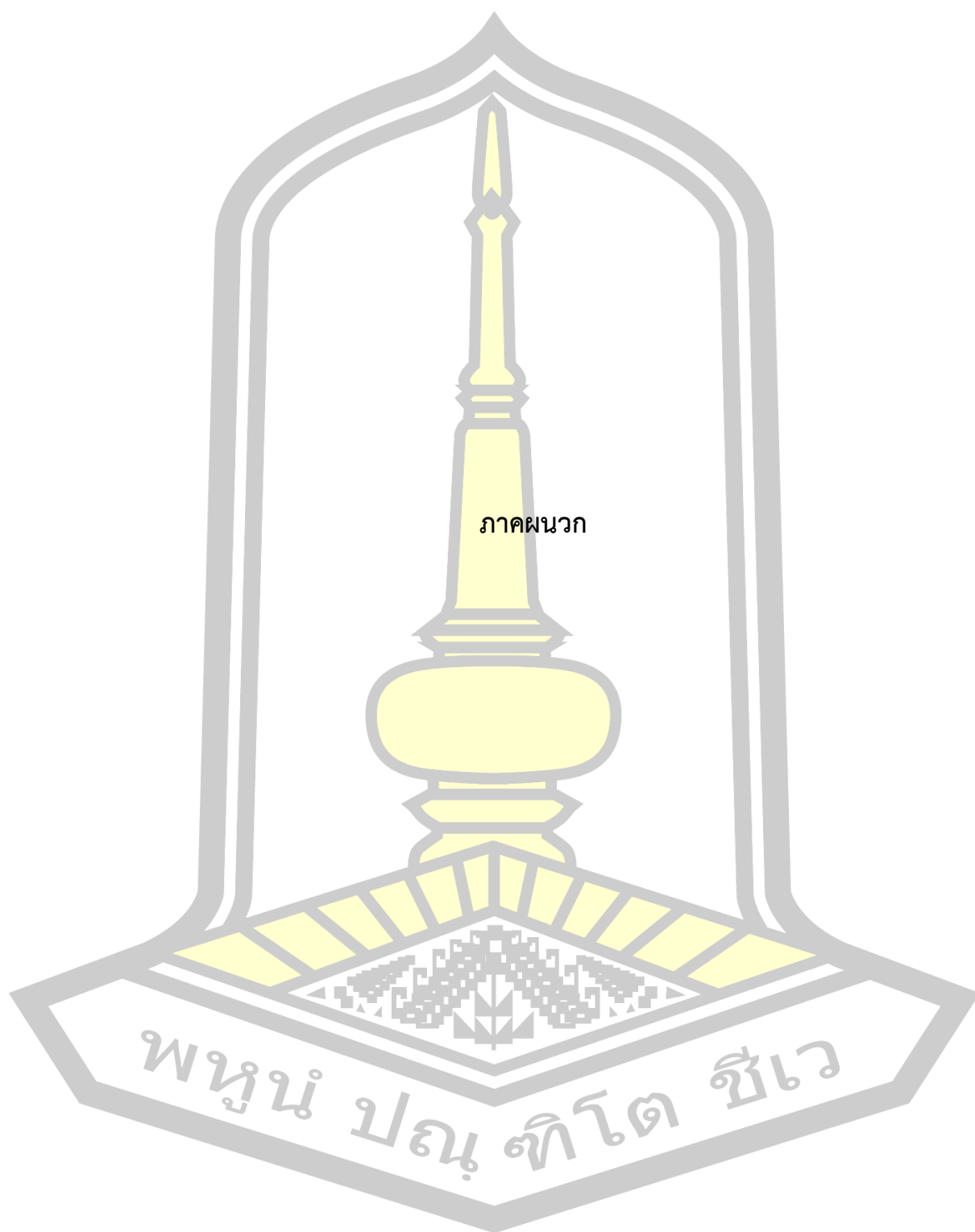
Holter, I. M., & Schwartz, B. D. (1993). Action research: What is it ? How has it been used and how can it be used in nursing ?. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304.

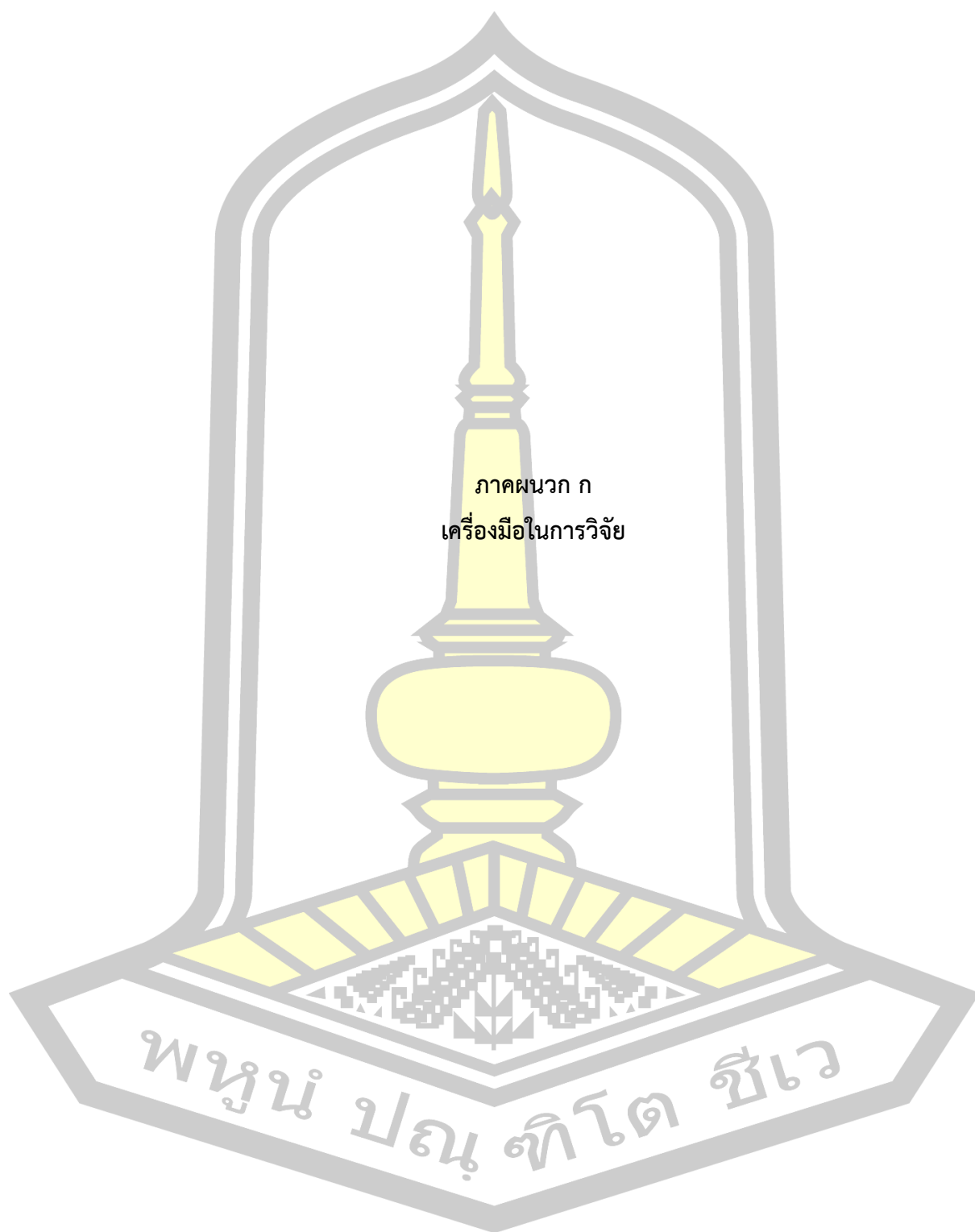
James L.Creighton. (2005). *A guide book for involving citizens in community*. Creighton University.

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.







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 ฤกษ์แก้วหงษ์

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. อื่น ๆ (ระบุ)

6. บทบาทเกี่ยวกับการการป้องกันยาเสพติด

() 1. คณะกรรมการการป้องกันยาเสพติด

() 2. ผ่านบริหาร

() 3. ฝ่ายสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

() 4. ผู้ปฏิบัติในพื้นที่

() 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่ ปี

8. การอบรมการป้องกันยาเสพติด

() 1. ไม่เคย

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

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

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง

การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ

1. ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพติด ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....
.....

2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพติด ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....
.....

3. ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพติด ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....
.....

4. ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรม ในการพัฒนากระบวนการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ

6. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

8. ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในการดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

9. ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

10. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์

11. ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

12. ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ/กิจกรรม ที่กำหนดไว้ใน การดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() 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 ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยาในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง

() มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง

() มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

17. ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการกิจกรรมดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยาในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง

() มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง

() มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

18. ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในดำเนินการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยาในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง

() มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง

() มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

19. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงานโดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง

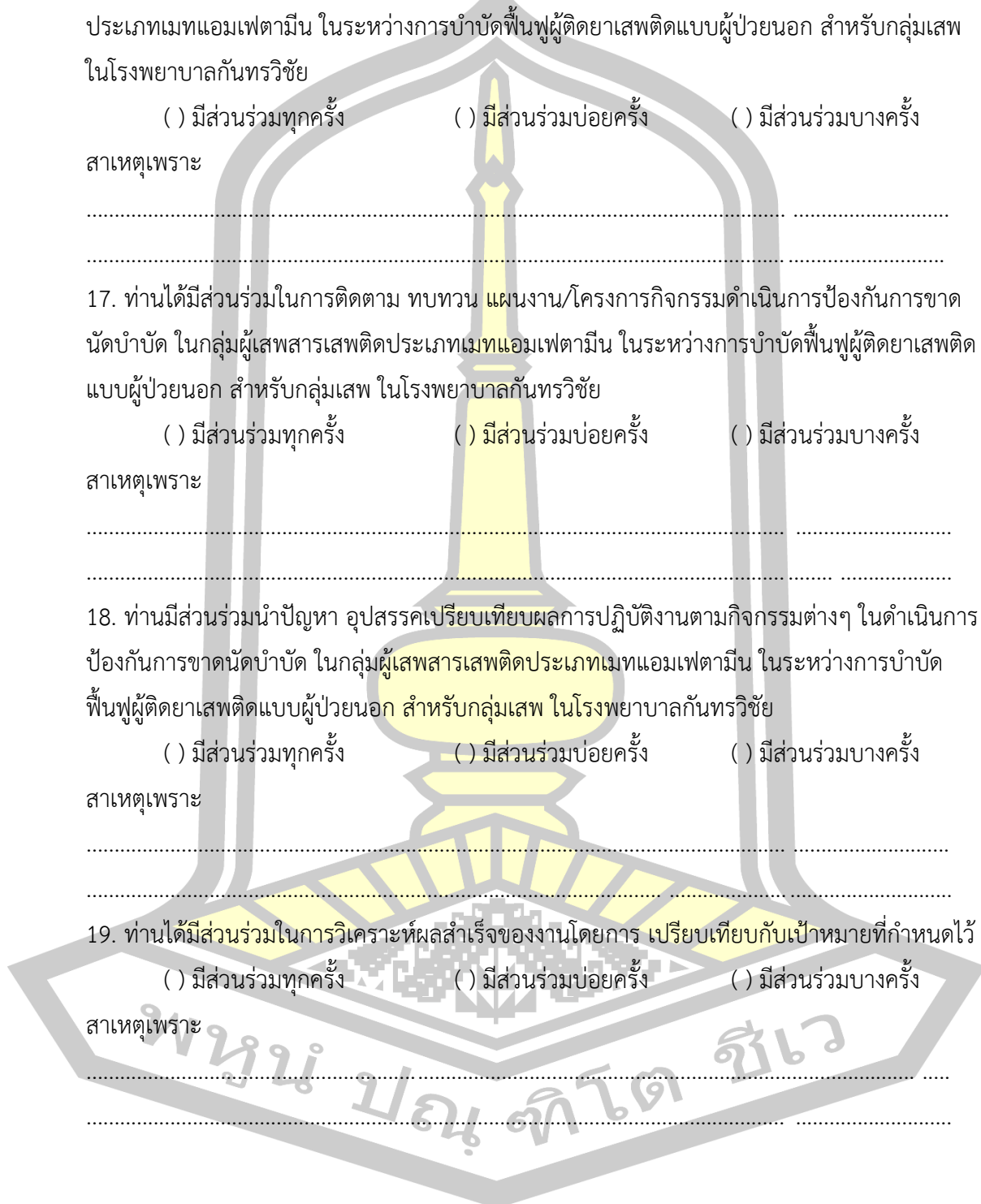
() มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง

() มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....



20. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้า ในการป้องกันการขาดนัด
 บำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
 แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง

() มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง

() มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้
 เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก
 สำหรับกลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย

คำชี้แจง โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด
 ประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา
 ในโรงพยาบาลกันทรวิชัยท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบใน
 การดำเนินงานที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพยา
 เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับ
 กลุ่มเสพยา ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ท่านต้องการให้ช่วยเหลือ ด้านใด โปรดระบุ

.....

.....

.....

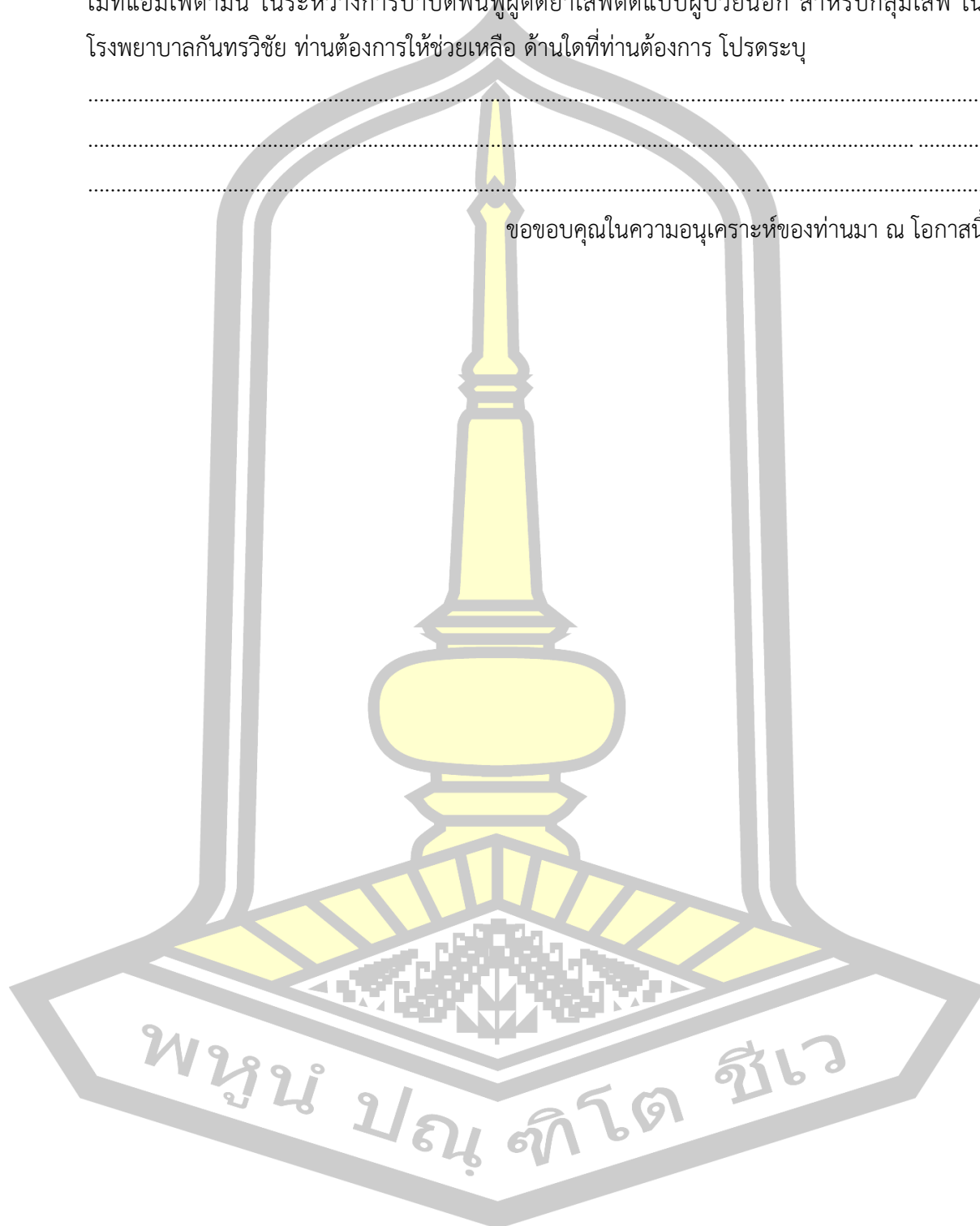
4. ข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภท เมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ ใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย ท่านต้องการให้ช่วยเหลือ ด้านใดที่ท่านต้องการ โปรดระบุ

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้



เครื่องมือวิจัย

เลขที่.....

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม 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 ฤกษ์แก้วหงษ์

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 () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

11. รายได้ของตนเองจากงานอาชีพ โดยเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

12. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันใน 30 วันที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. บิดา

() 2. มารดา

() 3. คู่สมรส

() 4. บุตร

() 5. ธิดา

() 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. ไม่สบายใจ () 6. ช่วยทำงานได้มากขึ้น
() 7. อื่น.....

16. วัน/เดือน/ปี ที่ใช้สารเสพติดครั้งสุดท้าย

17. เคยรับการบำบัดรักษามาก่อน

- () 1. เคย..... () 2. ไม่เคย

18. เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษานี้ (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. เกลิบเคลิ้ม/สนุกสนาน () 2. คลายเครียด () 3. ทำงานได้มากขึ้น
() 4. เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม () 5. อื่นๆ

20. ความตั้งใจพยายามเลิกใช้สารเสพติด

- () 1. ไม่เคยพยายามเลิก () 2. เคยพยายามเลิก
() 3. เคยเลิกติดต่อกันนาน.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ

ความเข้าใจของท่าน

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 มีการโกหก เพื่อจะได้ใช้ยาเสพติด		
7	ระยะหมกหมุ่นใช้ยา เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่ใช้ยาหรือสารเสพติดสูญเสียการควบคุมเชิงเหตุผล มีการใช้ยาที่บ่อยขึ้นมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องยาเสพติด		
8	ตัวกระตุ้น ในการใช้ยาเสพติดคือสิ่งของ สถานที่ บุคคล ที่เมื่อผู้ใช้ยาเสพติดเห็นแล้วทำให้ไม่ยากใช้ยาเสพติดอีก		
9	ผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดไม่ถือว่าเป็นผู้กระทำความผิดตามกฎหมาย		
10	ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะใช้ยาเสพติดก็ต่อเมื่อเกิดอารมณ์เสียใจ ผิดหวัง ดังนั้นอารมณ์เสียใจและผิดหวังคือตัวกระตุ้นภายในของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด		
11	การดื่มเหล้าจะทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้อยากใช้ยาเสพติดลดลง		

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



ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
 ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

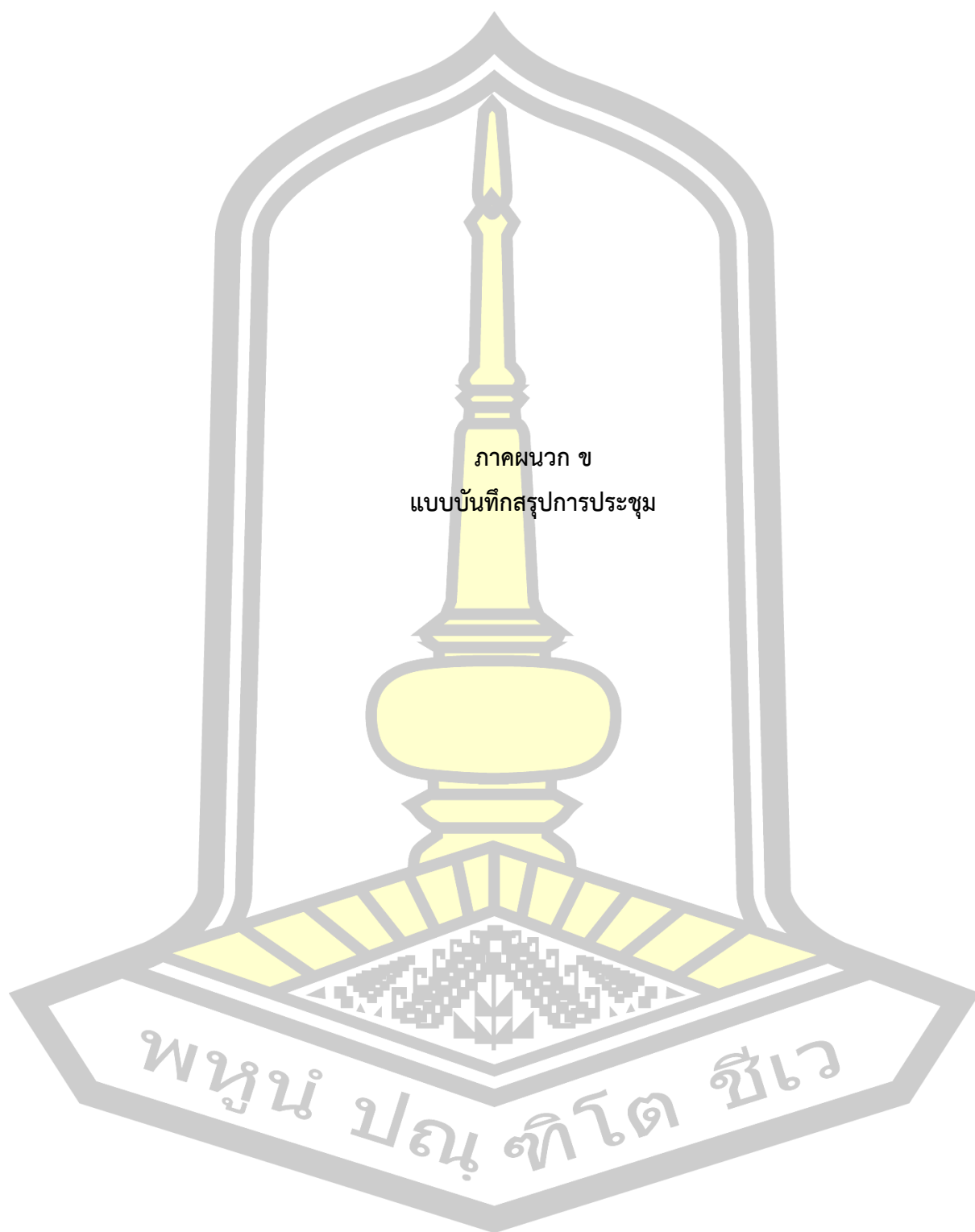
มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน

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



แบบบันทึกสรุปการประชุม

โครงการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ 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)
พณณ บณ จิโต ชีเว

มติที่ประชุม.....

3.2)
.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1).....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)

5.1).....

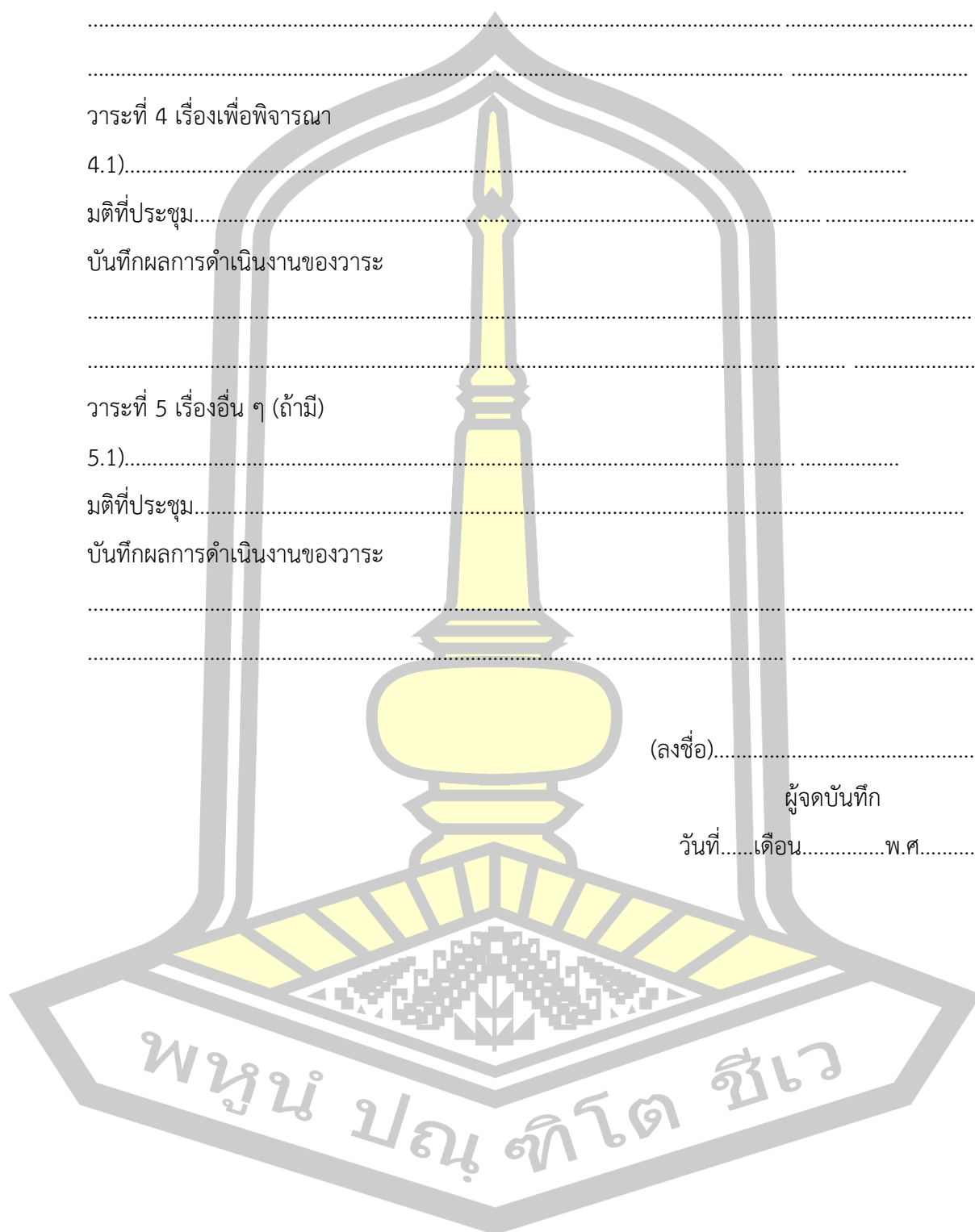
มติที่ประชุม.....

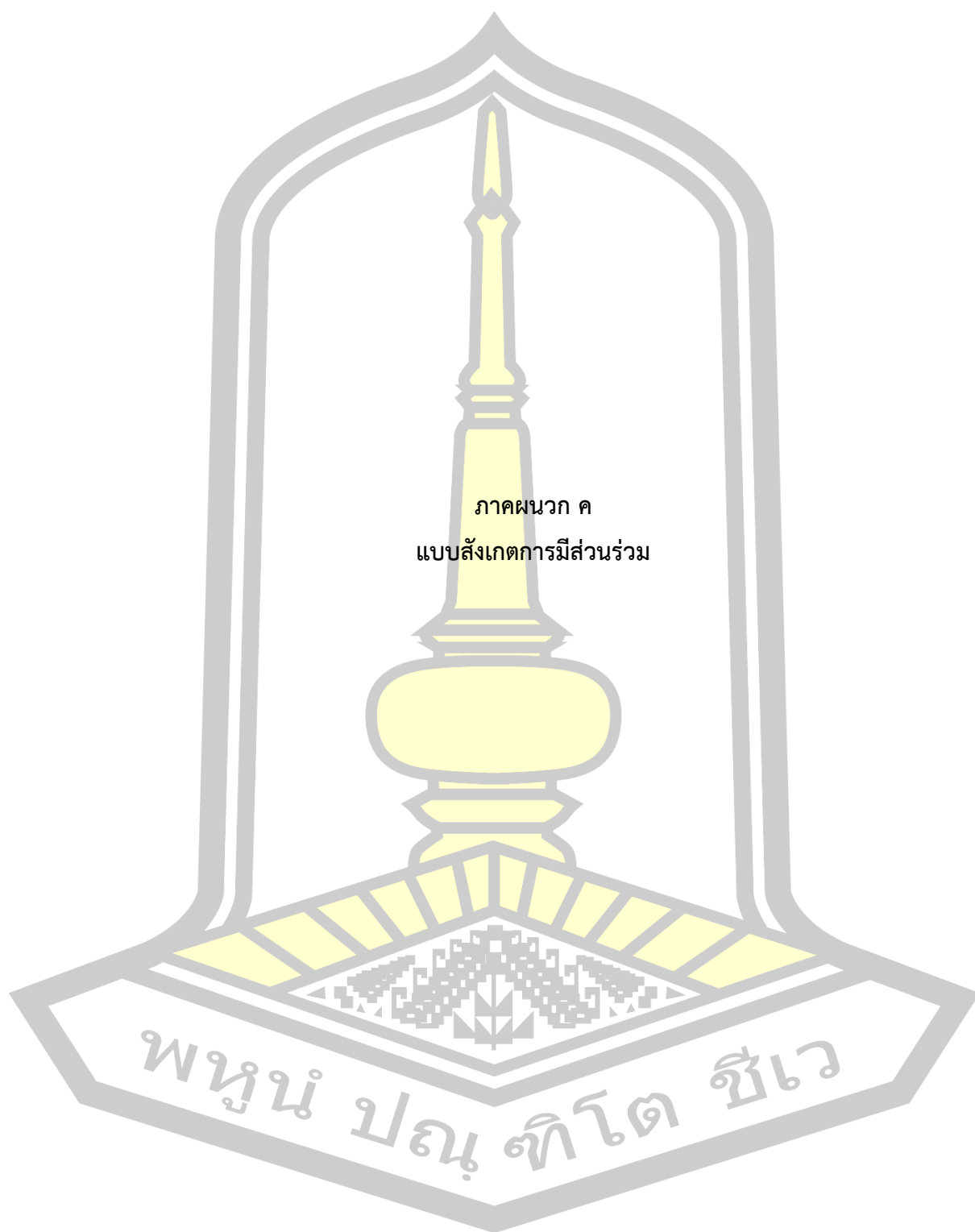
บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

(ลงชื่อ).....

ผู้จดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





แบบสังเกตการมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

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

(ลงชื่อ).....

ผู้จัดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

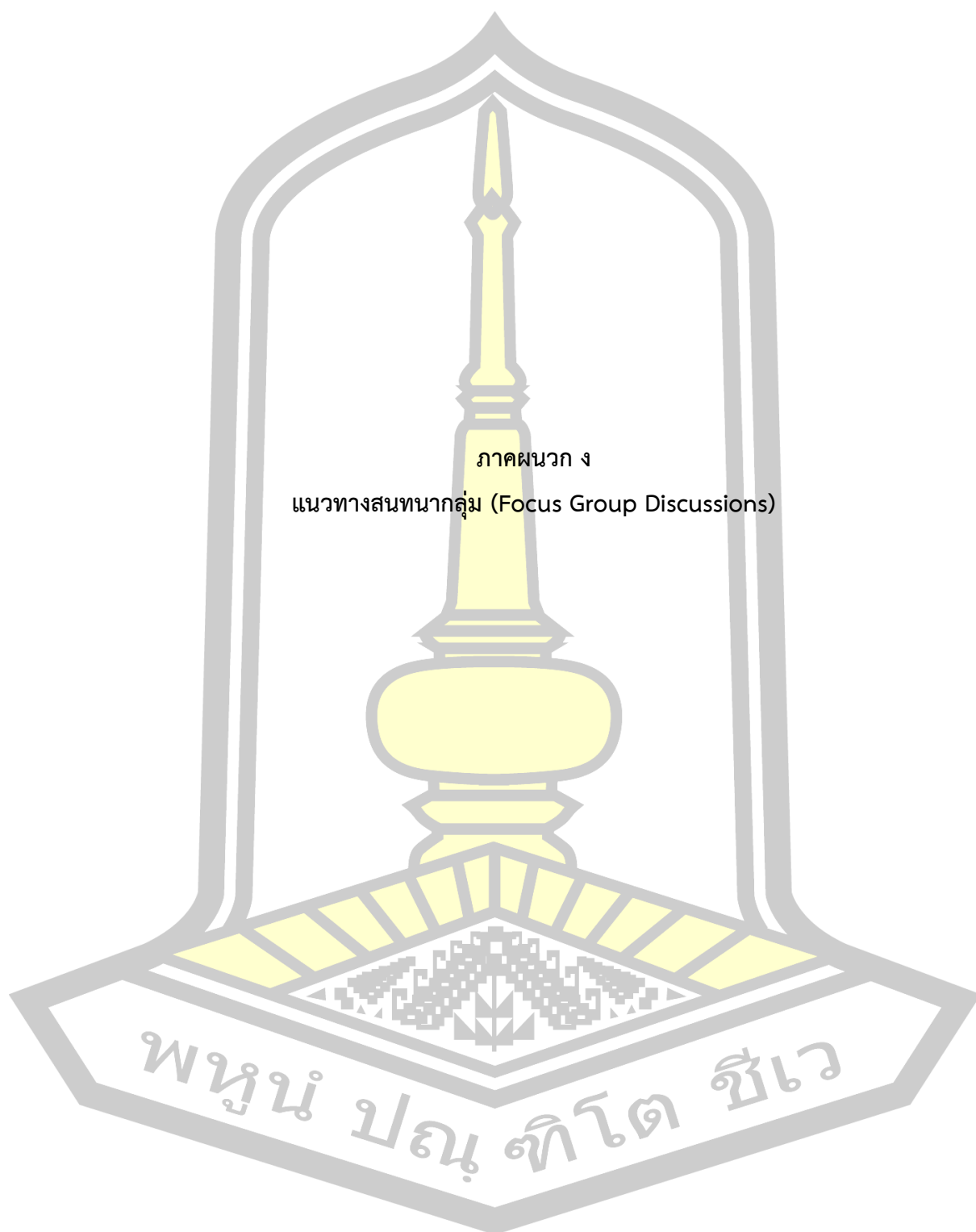
แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

กลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบ

ผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูล.....วันที่.....

ประเด็นคำถาม	แนวคำถาม
1. ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	1. ท่านคิดว่ายาเสพติดในปัจจุบันมีอะไรบ้าง 2. ท่านมีความคิดอย่างไร ต่อสาเหตุที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด ถึงเลือกใช้ยาและสารเสพติด 3. ท่านคิดว่าลักษณะของผู้ที่ใช้สารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน อาการอย่างไร 4. ท่านคิดว่าใครบ้างที่ต้องเข้ารับการบำบัดเนื่องจากใช้ยาเสพติด เพราะอะไร 5. ท่านคิดว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากใช้ยาและสารเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน เป็นอย่างไร
2. การบำบัดฟื้นฟู	6. ท่านคิดว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 7. ท่านเคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 8. ท่านคิดว่าในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก มีปัญหาอย่างไรบ้าง 9. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร 10. ท่านคิดว่าต้องการให้ใครหรือหน่วยงาน ช่วยเหลือท่านอย่างไร
3. การป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก	11. ท่านคิดว่าการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เป็นอย่างไร 12. ท่านเคยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก อย่างไร 13. ท่านคิดว่าในการป้องกันการขาดนัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก มีปัญหาอย่างไรบ้าง 14. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร 15. ท่านคิดว่าต้องการให้ใครหรือหน่วยงาน ช่วยเหลือท่านอย่างไร



ภาคผนวก ง
แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions)

แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions)

กลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

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



ภาคผนวก จ

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข

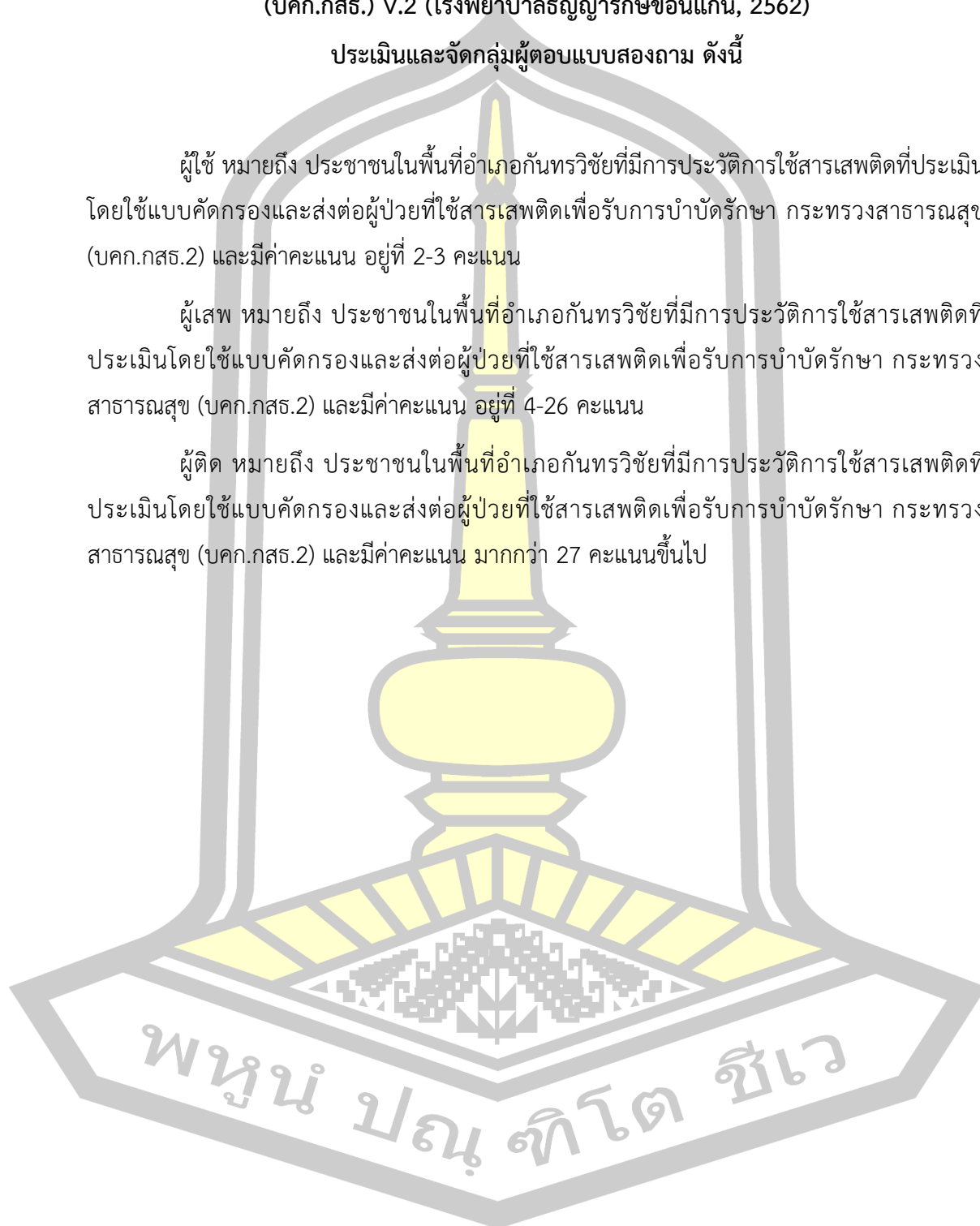
(บคก.กสร.) V.2 (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2562)

ประเมินและจัดกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

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

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

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



ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ภูมิสำเนา

เดิม (จังหวัด)อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง.....สถานที่
คัดกรอง.....

☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระต่อม ☐ สารระเหย ☐ เฮโรอีน ☐ ผิ่น ☐ อื่นๆ

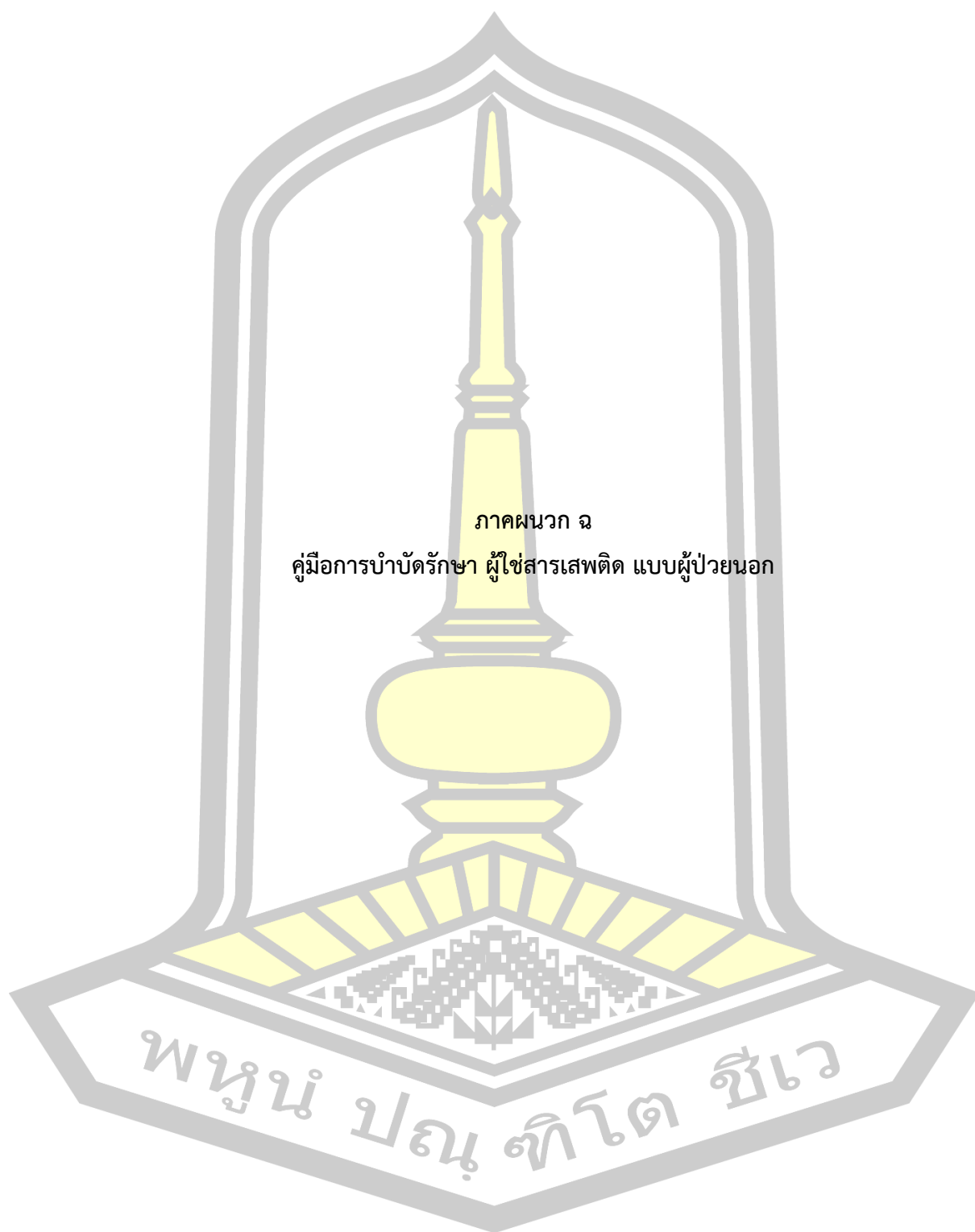
(ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกลอยๆจนทน ไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8
ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ ผ่านมา		เคยในช่วง 3 เดือน ที่ ผ่านมา	
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยกล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3		6	
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบ ผลสำเร็จหรือไม่	0	3		6	
รวมคะแนน					

ระดับ คะแนน	ระดับผลกระทบ จากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรืออื่นๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	• การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน • การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ทุ่งสวัด • การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ
4-26	ปานกลาง**	- โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) - โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต) • การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง - ไข้ยาเสพติดประเภทเฮอร์โธอินในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ต้มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ใช้นานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
27	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย		ข้อเสนอแนะ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด ☐ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ น้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน ☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		☐ ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ☐ ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ☐ ประเมินเพิ่มเติม วางแผน และให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้น รายบุคคล

หมายเหตุ *อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ **อนุমানว่าเป็นผู้เสพ ***อนุমানว่าเป็นผู้ติด

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว



คู่มือการบำบัดรักษา ผู้ใช้สารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก

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

1. กลุ่มใช้เป็นครั้งแรก (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 และให้ความสำคัญต่อกล้าหลังฐานเชิงประจักษ์ของปัญหา และแนะนำแนวทางแก้ไข้พร้อมทางเลือกให้ผู้เข้ารับการบำบัด พร้อมทั้งดำเนินการดังนี้

- 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

ชั่วโมงเตรียมก่อนการรักษ (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 จัดการแก้ปัญหาในช่วงเวลาหยุดพัก

ครั้งที่ 8 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต การดูแลตนเอง

ชั่วโมงประเมินผลหลังการรักษา (ผู้ป่วยและครอบครัว)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคสมองตติยา

กระบวนการตติยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วนคือสมองส่วนหน้าและสมองส่วนในสมองส่วนหน้าเป็นส่วนที่ทำหน้าที่คิดด้วยสติปัญญาและใช้เหตุผลทำหน้าที่ในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเป็นเหมือนคอมพิวเตอร์และควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์และประเมินผลดีผลเสียก่อนที่จะตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ

การตติยาเสพติดเกิดจากอิทธิพลของยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อสมองส่วนใดส่วนกลางซึ่งเป็นส่วนของศูนย์ควบคุมอารมณ์โดยเฉพาะจากการกระตุ้นประสาทและปริมาณของสารที่ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมอารมณ์เมื่อศูนย์นี้ถูกกระตุ้นมากเกินไปถึงจุดจุดหนึ่งจะส่งผลให้สมองที่ใช้เหตุผลเสียไปส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองจากการใช้สารเสพติดไม่ได้ใช้ยาบ่อยขึ้นและใช้ในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ระยะเท่าเดิม

ระยะของการตติยาในสมองมี 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มตติยา

ระยะที่ 2 ระยะโครงการใช้ยา

ระยะที่ 3 ระยะหมกมุ่นกับ

ระยะที่ 4 ระยะวิกฤต

ระยะเริ่มต้นใช้ยา

เริ่มใช้ยาเป็นครั้งแรกในโอกาสพิเศษเช่นงานรื่นเริงวันปีใหม่หรือใช้เพราะเหตุผลบางอย่างเช่นลดน้ำหนักเมื่อเปรียบเทียบกับผลด้านลบมากกว่าผลเสียสมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจใช้ยาเสพติดในบางโอกาสในส่วนของกระบวนการวางเงื่อนไขช่วงตติยาการวางเงื่อนไขเป็นการเรียนรู้ชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงทางความคิดทุกครั้งที่ใช้ยาเสพติดเข้ากับเขาได้วางเงื่อนไขให้สมองต้องการยาเสพติดขึ้นอีกโดยไม่รู้ตัวในช่วงเริ่มต้นใช้ยาการใช้สารเสพติดยังไม่บ่อยมากสมองชั้นนอกควบคุมขั้นตอนในการตัดสินใจด้านความรับผิดชอบในงานหรือหน้าที่ยังคงมีอยู่เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย

ระยะคงใช้ยา

มีการใช้สารเสพติดมากขึ้นเริ่มใช้ประจำการตัดสินใจเริ่มเอนเอียงไปทางใช้ยาเสพ สมองชั้นนอกยังคงควบคุมการตัดสินใจยังคงใช้เหตุและผล ข้อดีของการใช้ยาเริ่มมีมากขึ้น กระบวนการวางเงื่อนไขเริ่มเกิดขึ้นในระยะนี้ ผู้คนและสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเริ่มเป็นตัวกระตุ้น เมื่อเผชิญกับ

ตัวกระตุ้นจะทำให้คิดถึงการใช้ยาเสพติดเกิดปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาในสมองเหมือนกับตอนใช้ยาและเกิดแรงผลักดันที่จะหามาเสพ

ในขณะนี้คิดถึงยาบ่อยขึ้นอยากมีการตัดสินใจว่าจะใช้ยาเสพติดหรือไม่ใช้ยาเสพติดจะโกหกอย่างไรจะหาเงินมาซื้ออย่างไรมีการใช้เวลาและมีความคิดเกี่ยวกับยาเสพติดมากยิ่งขึ้น

ระยะหมกมุ่นใช้ยา

ในกรณีผลเสียจากการใช้ยาเสพติดมีน้ำหนักมากกว่าผลดีอย่างชัดเจนการตัดสินใจโดยให้เหตุผลที่จะหยุดใช้ยาทำไม่ได้และมีปฏิกิริยาของศูนย์ควบคุมอารมณ์มีอำนาจมากกว่าเป็นลักษณะของการติดยาอย่างแท้จริงการติดยาเสพติดคือการสูญเสียการควบคุมเชิงเหตุผลต่อระบบสมองควบคุมอารมณ์ที่เป็นผลจากการวางเงื่อนไขของตัวกระตุ้นของยาเสพติดซึ่งจะมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาทางร่างกายที่ผลักดันให้ผู้ป่วยไปหายาเสพติดมาใช้มีการใช้ยาที่บ่อยขึ้นส่วนใหญ่กระบวนการคิดจะหมกมุ่นในเรื่องของยาเสพติด

ระยะวิกฤต

ผลเสียน้ำหนักมากกว่าคนดีอย่างมากผู้ป่วยยังใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องแม้จะรู้ผลเสียหมายถึงชีวิตก็ยังคงใช้ตัวกระตุ้นมีทุกที่ผู้ติดยาจะถูกกระตุ้นโดยการตอบสนองต่อเงื่อนไขที่มีอิทธิพลเหนือจากสมองที่ควบคุมอารมณ์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะย่ำคิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีความอยากยารุนแรงและใช้ยาเสพติดแบบอัตโนมัติสมองส่วนนอกถูกควบคุมโดยความอยากยาอย่างรุนแรงโดยสมองส่วนควบคุมอารมณ์คิดถึงการใช้ยาเสพติดมีอำนาจเหนือสติของผู้ป่วยซึ่งการดำเนินการบำบัดโดยใช้ Modified Matrix ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ระหว่างกระบวนการบำบัดจะมีแบบประเมินและใบใบความรู้ให้ผู้ป่วยได้ดำเนินการทดสอบและประเมินตามหัวข้อของการบำบัดโดยใช้โปรแกรม Modify Matrix นอกจากนี้ยังมีแบบสำรวจผลกระทบและความคาดหวังสำหรับผู้ป่วยและแบบสำรวจและผลกระทบความคาดหวังสำหรับครอบครัวรวมถึงข้อตกลงและคำยินยอมเข้ารับการบำบัดซึ่งหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดตามโปรแกรมของ 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 จะช่วยทำให้ผู้ป่วยหาวิธีการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม

2) การจัดตารางกิจกรรมประจำวันเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่อยู่ในกระบวนการเลิกยาเสพติดเนื่องจากการใช้ชีวิตในช่วงที่ติดยาเสพติดนั้นขาดความสมดุลและเต็มไปด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องวางแผนการใช้ชีวิตในแต่ละวันไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและไม่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ การจัดกิจกรรมประจำวันนี้ต้องหมั่นทำไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุลและไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดในที่สุด

3) สุราเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเสพยาเสพติดได้ เนื่องจากการดื่มสุราส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตัวเองลดลง อีกทั้งในสังคมมีการดื่มสุราในหลายโอกาส จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการจัดการและดูแลตนเองให้ปลอดภัยและผ่านสถานการณ์ที่ยุ่งยากไปได้

4) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมีความสำคัญอย่างมาก การฝึกให้รู้ถึงจุดเริ่มต้นของการกลับไปติดซ้ำจะช่วยทำให้ผู้ป่วยหยุดกระบวนการกลับไปใช้ยาได้ ก่อนที่จะหวนกลับไปใช้ยาจริงๆ

ครั้งที่ 2 ตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการ/ ความรู้สึกผิดละอายใจ การจัดการกับความเบื่อและทำตัวไม่ให้ว่าง
ทำตัวไม่ให้ว่าง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน ประเมินระดับความเสี่ยงของ ตัวกระตุ้นและมีแนวทางในการจัดการอย่างเหมาะสม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ดีกับการเป็นคนไม่ดี และมีความตระหนัก ถึงความรู้สึกผิดและละอายใจของตนเอง และให้ความสำคัญกับการทำสิ่งที่จำเป็นต่อการเลิกยา
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่เกิดความเบื่อในช่วงเลิกยาเสพติด มีการทบทวนและปรับกิจวัตร ประจำวันของตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ให้น่าสนใจมากขึ้นเพื่อขจัดความเบื่อ ตลอดจนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สาระสำคัญ

- 1) ตัวกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน นำไปสู่ความอยากยาและการเสพยาในที่สุด การประเมินภาวะเสี่ยงจากตัวกระตุ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม
- 2) คนที่มีพฤติกรรมไม่ดีไม่ได้หมายความว่าตนเป็นคนไม่ดี ความรู้สึกผิดและละอายใจเป็นสิ่งที่ดี หาก ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนี้ภายหลังจากที่ทำผิดเพราะมันหมายถึงผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี
- 3) ความเบื่อที่เกิดในช่วงเลิกยาเสพติดเกิดจากโครงสร้างหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจาก ช่วงติดยา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง การปรับกิจกรรมเพื่อลดความเบื่อ และการทำตัวไม่ให้ว่างมีความสำคัญเนื่องจากเวลาว่างอาจเป็นตัวกระตุ้นให้คิดถึงยาเสพติด จึงควรมีกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่หลังการเลิกยา

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่งิจกรรม
- 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 ความคิดที่ส่งเสริมการติดยา กิจกรรมที่ช่วยป้องกันการเสพซ้ำ และสัญญาณอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตามหัวข้อ ก-ข 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 การป้องกันการกลับไปติดยา

ครั้งที่ 2 ตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการ, ความรู้สึกผิดละอายใจ, การจัดการกับความเบื่อและทำตัวไม่ให้ง่วง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน ประเมินระดับความเสี่ยงของตัวกระตุ้นและมีแนวทางในการจัดการอย่างเหมาะสม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ดีกับการเป็นคนไม่ดี และมีความตระหนักถึงความรู้สึกผิดและละอายใจของตนเอง และให้ความสำคัญกับการทำสิ่งที่จำเป็นต่อการเลิกยา
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่เกิดความเบื่อในช่วงเลิกยาเสพติด มีการทบทวนและปรับกิจวัตรประจำวันของตนเองด้วยกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ให้น่าสนใจมากขึ้นเพื่อขจัดความเบื่อตลอดจนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สาระสำคัญ

1) ตัวกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน นำไปสู่ความอยากยาและการเสพยาในที่สุดการประเมินภาวะเสี่ยงจากตัวกระตุ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม

2) คนที่มีพฤติกรรมไม่ดีไม่ได้หมายความว่าตนเป็นคนไม่ดี ความรู้สึกผิดและละอายใจเป็นสิ่งที่ดี หากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนี้ภายหลังจากการทำผิด เพราะมันหมายถึงผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี

3) ความเปื้อนที่เกิดขึ้นในช่วงเลิกยาเสพติดเกิดจากโครงสร้างหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากช่วงติดยา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง การปรับกิจกรรมเพื่อลดความเปื้อน และ การทำตัวไม่ให้ง่วงมีความสำคัญเนื่องจากเวลาว่างอาจเป็นตัวกระตุ้นให้คิดถึงยาเสพติด จึงควรมีกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่หลังการเลิกยา

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่วิจิกรรรม
- 2) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตัวกระตุ้นภายนอกของตน จากนั้นเรียงลำดับความเสี่ยงตัวกระตุ้นเหล่านั้นบนแผนภูมิความเสี่ยงในใบกิจกรรมที่ 2.2 ต่อด้วยการสำรวจตัวกระตุ้นภายในของตนในใบกิจกรรมที่ 2.3 และเรียงลำดับความเสี่ยงตัวกระตุ้นเหล่านั้นบนแผนภูมิความเสี่ยงในใบกิจกรรมที่ 2.2เพิ่มเติม กระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นระยะ และเน้นการหาแนวทางจัดการกับตัวกระตุ้นตามความเสี่ยงแต่ละระดับร่วมกัน
- 3) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 2.5 โดยให้ผู้ป่วยผลัดกันอ่านข้อความ ก-จ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันทีละข้อ
- 4) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 2.6 โดยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ตนเองเรื่องความเปื้อน วิธีลดความเปื้อน การทำตัวไม่ให้ง่วงด้วยการทำกิจกรรมที่น่าสนใจ โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง
- 5) ผู้บำบัดสรุปใจความสำคัญของกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายการพบกันในครั้งต่อไป

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 และการทำตัวไม่ให้ง่วง
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 การใช้เทคนิคการหยุดความคิด และการได้รับความเข้าใจและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ

2) กิจกรรมที่ช่วยให้เลิกยาได้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงของการเลิกยาเสพติด เช่น การทำตารางกิจกรรมประจำวัน การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดและกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องตัวกระตุ้นและการอยากยา ตามใบความรู้ที่ 3.1 และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 3.1 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัวต่อการบำบัด (ช่วงแรก) เป็นแนวทางสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละครอบครัวอ่านและทำความเข้าใจไปพร้อมกันทีละข้อ

3) ผู้บำบัดเชิญสมาชิกครอบครัวพักผ่อนตามอัธยาศัย และดำเนินการปรึกษารายบุคคลกับผู้ป่วย โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 3.2 แบบสำรวจเพื่อช่วยเลิกยา และใบกิจกรรมที่ 3.3 ยาบำบัดและเพศสัมพันธ์

อุปกรณ์

1) ใบความรู้ที่ 3.1 ตัวกระตุ้นและความอยากยา

2) ใบกิจกรรมที่ 3.1 ข้อตกลงในการช่วยเหลือของครอบครัวต่อการบำบัด (ช่วงแรก)

3) ใบกิจกรรมที่ 3.2 แบบสำรวจเพื่อช่วยเหลือยา

4) ใบกิจกรรมที่ 3.3 ยาบ้าและเพศสัมพันธ์

ครั้งที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการเลิกยาและการหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ
วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยาและหาแนวทางแก้ไข

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสม รู้ว่าพฤติกรรมใดที่ควรหลีกเลี่ยงโดยทำควบคู่ไปกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

3) ส่งเสริมและสำรวจแรงจูงใจในการเลิกยา พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเรียน การงานที่เหมาะสมสาระสำคัญหลังจากหยุดเสพยาจะมีการปรับเปลี่ยนสารเคมีในสมองเพื่อให้สมองฟื้นตัวและมีการเปลี่ยนระยะ คือ ระยะขาดยาเฉียบพลัน ระยะหยุดยาช่วงแรก ระยะหยุดยาช่วงยืดเยื้อ และระยะปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่

สาระสำคัญ

1) การทำความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่เหมาะสม

2) ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ว่าสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยงจะต้องทำควบคู่ไปกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าการเลิกยาจะทำได้อย่างต่อเนื่องและถาวร

3) การมีแรงจูงใจที่ดีระหว่างการรักษา รวมทั้งการสำรวจตนเองเกี่ยวกับการเรียน การงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จะนำไปสู่พฤติกรรมการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม โดยเริ่มจากการอ่านข้อความในใบความรู้ที่ 4.1 พร้อมอธิบายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแลกเปลี่ยน

2) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการเลิกยาระยะเริ่มต้น

3) ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 4.1 การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ 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 และสามารถระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่อาจเป็นปัญหาสำหรับตนเองตลอดจนมีแนวทางแก้ไขปัญหาล่า่นั้น
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และสามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมออกจากกัน และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีควบคุมอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเลิกยาเสพติด
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจและประเมินตนเองในการพูดความจริงและที่จะส่งผลต่อการเลิกยาระยะเริ่มต้น

สาระสำคัญ

- 1) ในการเลิกยาเสพติดในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหารอบตัวหลายลักษณะ การแก้ไขปัญหาก็ได้ผลดีคือ การใช้กิจกรรมและวิธีการจัดการที่หลากหลายรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงนอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจมองว่าสุราไม่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกยาเสพติดยังสามารถดื่มสุราได้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว สุราเป็นตัวกระตุ้นให้อยากเสพยาเสพติดอีก การวางแผนและหาวิธีหยุดดื่มสุรา จะช่วยส่งเสริมให้การเลิกยาเสพติดได้ผลดี
- 2) การใช้ยาเสพติดส่งผลต่อวิธีคิดของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม การเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีคิด การควบคุมอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดีต่อการเลิกยาเสพติด
- 3) ผู้ป่วยจะต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น การพูดความจริงเป็นสิ่งแสดงถึงความซื่อสัตย์อันจะส่งผลต่อการเลิกยาระยะเริ่มต้น

4) การติดยาและสารเสพติดทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แม้ว่าจะเลิกยาแล้ว ครอบครัวและเพื่อนก็ยังสงสัยว่าเลิกยาได้จริงหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาและอดทนในการได้รับความไว้วางใจกลับมาซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการเลิกยาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเอง

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม 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 แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ละข้อ
- 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 หาวิธีหลีกเลี่ยงจัดการ ควบคุมภาวะอารมณ์เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายอารมณ์ เตรียมหาวิธีการแก้ไข ภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำได้
- 3) ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหามารยาทอารมณ์โกรธ เครียดจากผู้ป่วยอื่นๆ ตลอดจนช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา นำสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะส่งผลต่อการเลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่วิจัยกรรมโดยให้ผู้ป่วย 1 คน อ่านข้อความ ก และ ข ในใบกิจกรรมที่ 6.1 และตอบคำถาม จากนั้นช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ละข้อ
- 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 แล้วให้ผู้ผู้ป่วยสรุปร่วมกันอีกครั้ง
- 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, การป้องกันการเสพยาในช่วงวันหยุดยาว

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเรื่องเส้นทางสู่การเลิกยา รวมทั้งความสำคัญของการหยุดดื่มสุราที่ช่วยลดโอกาสการเสพยาของผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว

2) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย (ช่วงกลาง) อย่างเหมาะสม

3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับตัวกระตุ้นเรื่องความฝันที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการเลิกยา มีการทบทวนสถานภาพของตนเอง และมีแนวทางป้องกันการเสพยาในช่วงวันหยุดยาว ตลอดจนการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการเผชิญกับระยะฝ่ออุปสรรคโดยยึดหลักการหยุดเสพยาให้ได้ทีละวัน

สาระสำคัญ

1) เส้นทางสู่การเลิกยาประกอบด้วย 1) กรหยุดยาช่วงแรก ประกอบด้วยระยะขาดยา และระยะอันนี้มน 2) การหยุดยาช่วงกลาง คือ ระยะหยุดยาที่ยึดเยื้อ หรือระยะฝ่ออุปสรรค และ 3) การหยุดยาช่วงปลาย คือ ระยะปรับตัว หรือระยะคลี่คลาย

2) ความฝันเกี่ยวกับการเสพยาในระหว่างการเลิกยาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยในการหยุดยาช่วงแรกผู้ป่วยไม่ควรกังวลหรือรู้สึกผิดหากมีความฝันเกี่ยวกับยาเสพติด การออกกำลังกายจะช่วยให้ปัญหานี้ได้ หากมีความฝันเกี่ยวกับยาในช่วงกลาง ผู้ป่วยควรเพิ่มความระมัดระวังในการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพยาและมุ่งมั่นกับการเลิกยา ในช่วงปลายของการเลิกยา หากมีความฝันว่าเสพยานี้เป็นสัญญาณเตือนสำคัญที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง จำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม 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) ผู้บำบัดให้ข้อมูลเรื่องฝนเกี่ยวกับการเสพยาระหว่างเลิกยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามใบความรู้ที่ 7.2 จากนั้นใช้ใบกิจกรรมที่ 7.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสถานภาพของตนเองว่ามีความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ของชีวิตมากน้อยเพียงใด และมีแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงด้านนั้นๆ ตลอดจนให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเองไม่ให้เสพยาในช่วงวันหยุดยาว ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

6) ผู้บำบัดใช้ใบกิจกรรมที่ 7.4 เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบว่าตนเองมีข้อบ่งชี้ที่แสดงว่าเผชิญกับระยะฝ่ออุปสรรคมากน้อยเพียงใด และเน้นย้ำการผ่านระยะอุปสรรคด้วยเทคนิคหยุดเสพยาให้ได้ทีละวัน

อุปกรณ์

- 1) ใบความรู้ที่ 7.1 เส้นทางสู่การเลิกยา
- 2) ใบความรู้ที่ 7.2 ฝนเกี่ยวกับการเสพยาระหว่างการเลิกยา
- 3) ใบกิจกรรมที่ 7.1 คำถามเพื่อความเข้าใจ: สุราและยาบ้า
- 4) ใบกิจกรรมที่ 7.2 ข้อตกลงของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย (ช่วงกลาง)
- 5) ใบกิจกรรมที่ 7.3 การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัดและการป้องกันการเสพยาในช่วงวันหยุดยาว

6) ใบกิจกรรมที่ 7.4 ระยะฝ่ออุปสรรคและการหยุดเสพยาให้ได้ทีละวัน

ครั้งที่ 8 การรับรู้ และจัดการอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติด

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปเสพยาได้
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจอาการแสดงต่างๆ ของภาวะซึมเศร้า อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

3) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการควบคุมอารมณ์ต่างๆ ในระยะเลิกยาเสพติด

สาระสำคัญ

- 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นตัวจากการเลิกยาเสพติดมักมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ สิ่งที่จะช่วยให้การเลิกยาเสพติดเป็นไปด้วยดีคือ การรับรู้และทำความเข้าใจ ยอมรับอารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ไม่ปกปิดซ่อนเร้น ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าใจถึงสาเหตุและแนวทางแก้ไขต่อไป
- 2) ภาวะอารมณ์ความรู้สึกมีส่วนกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดหันกลับไปเสพซ้ำ โดยเฉพาะอารมณ์เหงาโกรธ ถูกทอดทิ้ง และภาวะซึมเศร้า
- 3) อารมณ์และอาการแสดง หากปล่อยไว้โดยปราศจากการจัดการที่เหมาะสมจะเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ผลักดันให้เกิดการกลับไปเสพซ้ำได้

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่งิจกรรม
- 2) ให้ผู้ป่วยผลัดกันอ่านข้อความในใบกิจกรรมที่ 8.1 และร่วมกันอภิปรายความคิดเห็นพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 3) ให้ผู้ป่วยผลัดกันอ่านข้อความ ก และ ข ที่ละข้อในใบกิจกรรมที่ 8.2 และร่วมกันอภิปรายความคิดเห็นพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 4) ให้ผู้ป่วยช่วยกันสรุปวิธีการควบคุมและจัดการภาวะอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดรวมทั้ง จากนั้น ผู้บำบัดสรุปประเด็นและสาระสำคัญ พร้อมทั้งนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- 1) ใบกิจกรรมที่ 8.1 ภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติด
- 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 จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเตรียมรับสถานการณ์เหล่านั้นได้และช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่งิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยอ่านใบกิจกรรมที่ 9.1 และตอบคำถามตามข้อความ ก, ข, ค และ ง ที่ละข้อ
- 2) ให้ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ละข้อ
- 3) ผู้บำบัดสรุปประเด็นสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสาเหตุของการกลับไปใช้ยา

เสพติด

อุปกรณ์ ใบกิจกรรมที่ 9.1 การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา
ครั้งที่ 10 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต, การรับผิดชอบในตนเอง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิตและควบคุมตนเองเพื่อบ่มงสู่เป้าหมายให้ได้
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถวางแผนชีวิตประจำวัน และการเงินได้
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เปลี่ยนไปเมื่อใช้ยาเสพติดและตระหนักถึงการดูแลตนเองที่จะช่วยส่งเสริมให้ถึงเป้าหมายของตนเองได้

สาระสำคัญ

- 1) ในการเลิกลยาผู้ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูควรมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาตนเองในการเลิกลยาและสารเสพติด
- 2) การใช้ยาและสารเสพติด เสียทั้งเวลาและขาดการควบคุมการใช้จ่ายเงิน รับผิดชอบในงานประจำการเรียน การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันน้อยลง เมื่อเลิกใช้ยาและสารเสพติด พฤติกรรมเหล่านี้จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะต้องมีการจัดลำดับก่อนหลังให้เหมาะสม

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่งิจกรรมโดยให้สมาชิกอ่านข้อความตอบคำถามข้อ 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 ที่ละข้อ และอภิปรายร่วมกัน

7) สมาชิกสรุปประเด็นสำคัญร่วมกันอีกครั้ง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

1) ใบกิจกรรมที่ 10.1 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

2) ใบกิจกรรมที่ 10.2 ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน

3) ใบกิจกรรมที่ 10.3 การดูแลตนเอง

ครั้งที่ 11 (ผู้ป่วยและครอบครัว) ภูมิภริยาของครอบครัวต่อการติดยา, บทบาทของครอบครัวต่อการเลิกยาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเรื่องภูมิภริยาของครอบครัวต่อการติดยา และบทบาทของครอบครัวต่อการเลิกยา

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และสามารถเรียนรู้วิธีเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด ฝึกฝนการรับรู้สภาวะอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และรู้เท่าทันความคิดและควบคุมความคิดของตนเอง ตลอดจนมีความตระหนักต่อพฤติกรรมเสพติดที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด

สาระสำคัญ

1) ภูมิภริยาของครอบครัวต่อการติดยาสัมพันธ์กับระยะในการเสพยาของผู้ป่วย กล่าวคือ ในระยะเริ่มเสพยา ยังมีผลกระทบต่อนักศึกษาครอบครัวเพียงเล็กน้อย ต่อมาในระยะคงเสพยา ครอบครัวเริ่มทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามช่วยแก้ปัญหาแต่ทำได้บางครั้ง ในระยะหมกมุ่น ครอบครัวเลิกพยายามแก้ปัญหาเพราะรู้ว่ามันไร้ผล เมื่อพวกเขาไม่สามารถจะเล็งจากการเผชิญกับผลกระทบของพฤติกรรมของผู้ใช้ยา พวกเขาจะหันมาตำหนิตนเองหรือผู้ติดยา และในระยะวิกฤติ สมาชิกครอบครัวมักแยกตัวจากผู้ติดยาเพื่อป้องกันตนเอง เป็นผลจากความรู้สึกกลัวและหมดหวัง

2) การใช้ยาเสพติดเปลี่ยนแปลงวิถีคิดของบุคคล เป้าหมายในการเลิกยาเสพติดคือการเรียนรู้ที่จะแยกแยะความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองในรูปแบบที่ก่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อตัวผู้ป่วย

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม 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 เสพยาซ้ำได้ ผู้ป่วยสามารถเลือกคบเพื่อนใหม่ที่ไม่เสพยาได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสัมพันธภาพมีการทบทวนความผิดพลาดที่ผ่านมาในอดีต รู้จักให้อภัยตนเองและผู้อื่น

3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้อื่น

สาระสำคัญ

1) เพื่อนและคนรู้จักมีความแตกต่างกัน เพื่อนคือคนที่รักและหวังดีให้อภัยเมื่อเราผิดพลาด การมีเพื่อนใหม่ส่งผลต่อการเลิกยา ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัวเป็นเรื่องจำเป็น จะทำได้ต้องอาศัยการให้อภัยตนเองและผู้อื่นก่อน การมีแนวทางฟื้นฟูสัมพันธภาพจะช่วยให้การลงมือปฏิบัติง่ายขึ้น

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม 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 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ครั้งที่ 13 การยอมรับ และการตรวจสอบพฤติกรรมการเล่น

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการยอมรับว่าตนเองป่วยเป็น
โรคสมองตื้อ

2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและมีแนวทางใน
การปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากตัวกระตุ้นและสามารถเลือกวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้เหมาะสม
สาระสำคัญ

1) การยอมรับความจริงว่าตนเองป่วยเป็นโรคสมองตื้อเป็นขั้นตอนแรกที่จะช่วย
ให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ การยอมรับว่าการติดยา หรือการป่วยเป็นโรคนี้ไม่ได้หมายถึงว่า เรา
ต้องพ่ายแพ้ต่อชีวิตหรืออ่อนแอจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เพียงแต่มีบางสิ่งที่ควบคุมไม่ได้และ
หนึ่งในนั้นคือ การใช้ยาและสารเสพติด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับความจริงนี้ก็เท่ากับการทำให้ภาวการณ์ติด
ยาของตนเองรุนแรงยิ่งขึ้น

2) การตรวจสอบพฤติกรรมในการเลิกยา คือ การรู้จักหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ผู้ป่วยต้อง
ไม่ประมาท รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปเสพ
ซ้ำ

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม 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 และอภิปรายร่วมกันทีละ
ข้อ

3) ผู้ป่วยช่วยกันสรุปประเด็นสาระสำคัญที่ได้จากกิจกรรมนี้ และผู้บำบัดสรุปอีกครั้ง
และนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1) ใบกิจกรรมที่ 13.1 การยอมรับ

2) ใบกิจกรรมที่ 13.2 การตรวจสอบพฤติกรรมการเล่น

ครั้งที่ 14 ความเข้มแข็งคือพลัง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นจุดเริ่มต้นของการเสพซ้ำได้
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยในช่วงเล็กยาเสพติดได้
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการหาความสุขสงบในชีวิต สามารถแยกได้ว่าสิ่งที่สามารถควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้จิตใจสงบมีสมาธิและเกิดปัญญาที่จะแก้ไขและเผชิญกับปัญหา

สาระสำคัญ

- 1) การเจ็บป่วยทางกายจะเป็นการเริ่มต้นของการเสพซ้ำเมื่อร่างกายอ่อนแอ จิตใจอ่อนแอตามไปด้วยเนื่องจากการต่อสู้กับปัญหาการใช้ยาเสพติดต้องอาศัยพลังกำลังทางร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งควบคู่กันไป
- 2) การจะมีสุขภาพแข็งแรงได้นั้น ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจที่ดีเพียงพอ วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำในช่วงที่คุณเจ็บป่วยคือดูแลให้หายจากการเจ็บป่วยให้เร็วที่สุด
- 3) การเรียนรู้วิธีการที่จะทำให้จิตใจให้สงบสุขจะช่วยให้คุณไม่ต้องแสวงหาความสุขจากการเสพยาเสพติดหรือสิ่งทดแทนอื่นๆ ที่นำไปสู่อันตรายต่อชีวิต
- 4) ความสุขสงบของจิตใจ เกิดจากการที่เราเรียนรู้วิธีการทำให้สงบด้วยการอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับความเป็นไปต่างๆ จึงทำให้ไม่ทุกข์กับสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมามาในอดีต และไม่กลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

วิธีการ

- 1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยให้สมาชิกอ่านข้อความ ก, ข และ ค ที่ละข้อในใบกิจกรรมที่ 14.1 และข้อ 1 และ 2 ที่ละข้อในใบกิจกรรมที่ 14.2 และร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 2) ผู้บำบัดสรุปประเด็นสำคัญเพื่อสมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมกับมีแนวทางการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
- 3) ผู้บำบัดนำเข้าสู่หัวข้อการเรียนรู้เคล็ดลับการทำให้จิตใจสงบสุข
- 4) ให้สมาชิกอ่าน ใบกิจกรรมที่ 14.3 ที่ละข้อ 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 และผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดเพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปฏิกิริยาต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นหลังจากสมาชิกในครอบครัวมีการใช้ยาเสพติดตั้งแต่เริ่มใช้ยาจนถึงหยุดเสพยา และเพื่อให้ครอบครัวมีแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือสนับสนุนการเลิกยาเสพติด
- 3) เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือในการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระยะต่างๆ ในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย
- 4) เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าใจเทคนิค และวิธีการที่จะใช้ชีวิตร่วมกันอย่างสอดคล้องกลมกลืน ไม่ก่อให้เกิดความแตกแยก เบื่อหน่าย หรือทอดทิ้งผู้ป่วยในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สาระสำคัญ

- 1) ประสบการณ์ของผู้ประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดเป็นบทเรียนรู้ที่สำคัญสามารถถ่ายทอดได้อย่างสมจริงและเป็นบุคคลต้นแบบให้กับผู้ป่วยได้ดี
- 2) อิทธิพลของยาเสพติดที่มีผลต่อสมองส่วนคิด และสมองส่วนอยากจะสูญเสียการทำหน้าที่ภายหลังจากการเสพยาเสพติดทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
- 3) ท่าทีของครอบครัวที่แสดงออกในแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน บางครั้งปฏิเสธอย่างรุนแรงเมินเฉย หรือทอดทิ้งปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญชีวิตอยู่ในโลกของตัวเอง แทนการช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะหมกมุ่นและระยะวิกฤติในวงจรการเสพยาเสพติด
- 4) เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องเข้าใจวิธีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสมในแต่ละช่องทางในการเลิกยาเสพติด เช่น การสื่อสาร การแสดงความรู้สึกห่วงใย ความปรารถนาดี ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากของการเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเข้มแข็ง และอดทนมีกำลังใจที่ดี

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิ์และทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยได้รับฟังประสบการณ์การเลิกยาเสพติดจากผู้ที่เคยผ่านการบำบัดและมีความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดแล้วอภิปรายร่วมกันตามใบกิจกรรมที่ 15.1 ข้อ 1 และ 2 ในกรณีที่ไม่มีบุคคลต้นแบบมาร่วมแลกเปลี่ยนในช่วงนี้ ให้ผู้บำบัดใช้การเล่าเรื่องกรณีศึกษาผู้ป่วยที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ผู้บำบัดอธิบายอิทธิพลของยาเสพติดที่มีผลต่อร่างกายและสมองแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 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) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและวางแผนกิจกรรมสำหรับตัวเองในช่วงวันหยุดพักผ่อน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ โดยใช้หลักการง่ายๆ ในแต่ละวันให้ผ่านไปได้อย่างปลอดภัย

สาระสำคัญ

1) การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่สำคัญของผู้ติดยาเสพติดมุ่งเน้นไปที่ความพยายามที่จะฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสพติด หรือพฤติกรรมย่ำแย่ทั้งหลาย เพื่อไม่ให้เกิดความเชื่อมโยงต่อความต้องการที่จะเสพยาเสพติด

2) หลักการ 12 ขั้นตอน เป็นแนวคิด และวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเลิกยาเสพติด ได้มีทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือตัวเองและยังสามารถช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจให้แก่ สมาชิกคนอื่นๆ ในการเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง

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

4) พฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จะมีลักษณะหมกมุ่นเหมือนการติดยาเสพติด โดยเฉพาะในกรณีเป็นพฤติกรรมทางเพศที่เป็นลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความใคร่ การไม่มีการควบคุมที่ีอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพและเป็นพฤติกรรมหมกมุ่นจนนำไปเชื่อมโยงกับการใช้ยาเสพติด ดังนั้นความเข้าใจต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี

วิธีการ

1) ผู้บำบัดกล่าวสวัสดิและทักทายผู้ป่วยในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยเริ่มจากการใช้ใบกิจกรรมที่ 16.1 ข้อ ก, ข และ ค เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมย่ำแย่/หมกมุ่นที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา กระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมย่ำแย่ 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 พฤติกรรมย่ำแย่/ การป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อภาวะอันตราย

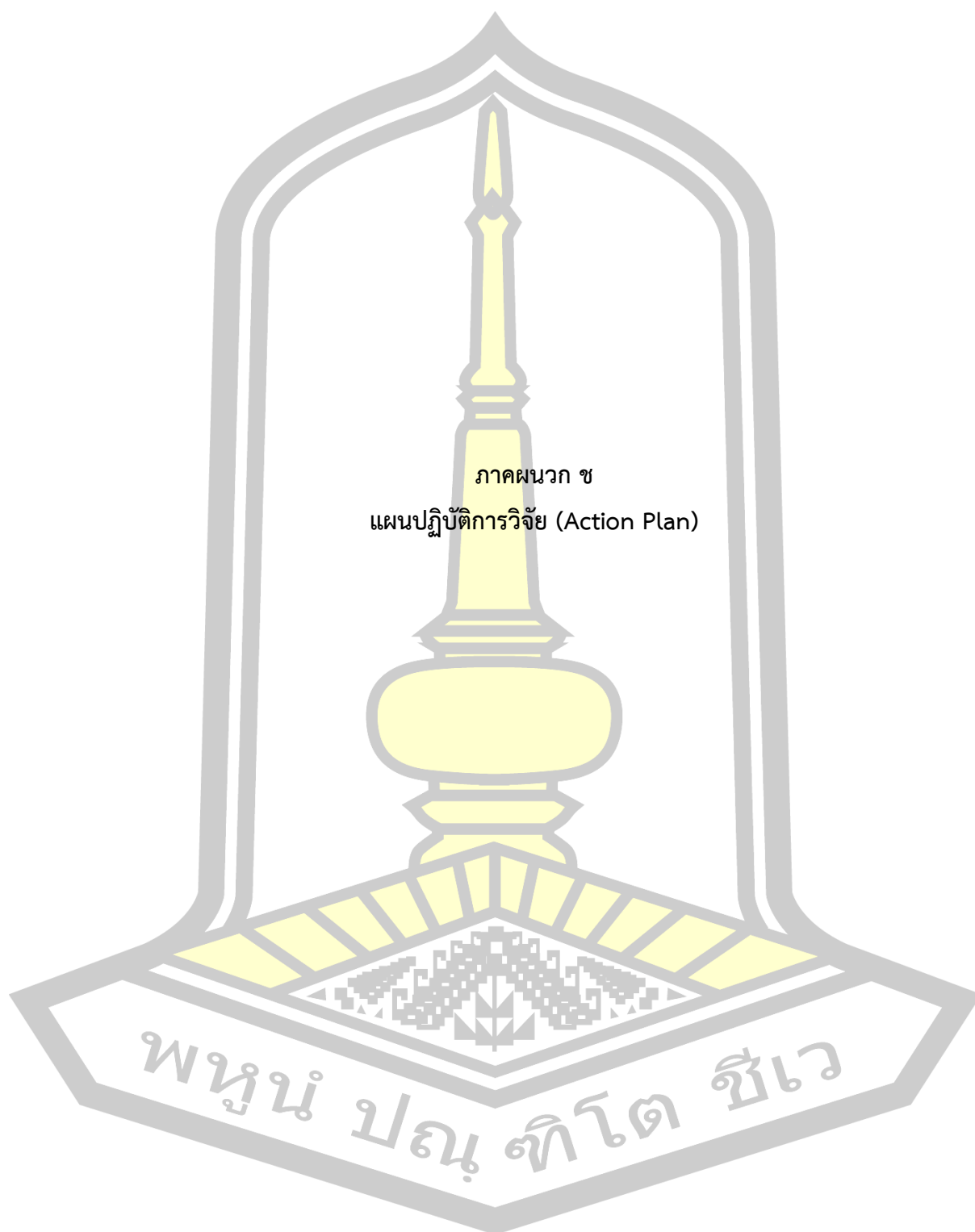
3) ใบกิจกรรมที่ 16.2 มองไปข้างหน้า จัดการแก้ปัญหาเกี่ยวกับเวลาหยุดพัก

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

สำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดจะดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสภาพโดยใช้ (Modify Matrix Program.) จากการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาและสารเสพติด กลุ่มเสพยาที่ผ่านมาประสบปัญหาคือไม่มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยกลุ่มเสพยาเพื่อดำเนินการตามกระบวนการของ (Modify Matrix Program.) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด_19 จึงได้ปรับประยุกต์กระบวนการบำบัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ทั้งนี้จะลดเหลือเพียงการการตรวจปัสสาวะที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มเสพยา จากกระบวนการดังกล่าวทำให้ประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสภาพลดประสิทธิภาพลง แม้ว่าสถานการณ์ของโควิด -19 จะถูกปรับเป็นโรคประจำถิ่น แต่กระบวนการบำบัดในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดยังคงดำเนินการเช่นเดิมเหมือนกับก่อนมีสถานการณ์การระบาดของโควิด -19 ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดในกลุ่มเสพยาเสพติด

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด แนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลกันทรวิชัยได้กำหนดไว้ 2 แนวทาง คือหากผู้ติดยาเสพติดที่อาการทางจิตร่วมด้วยกล่าวคือ มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด อย่างใดอย่างหนึ่งจะดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายได้แก่โรงพยาบาลมหาสารคาม หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้การรักษาอาการทางจิตก่อน หากผู้ติดยาเสพติดไม่มีอาการทางจิตร่วม และมีความประสงค์ต้องการเลิกยาเสพติดและขอรับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย พยาบาลยาเสพติดจะดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสภาพโดยยึดโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program.) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ในการบำบัดฟื้นฟูสภาพกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามโปรแกรมที่กำหนด

พูน ปณ จิต ชีวะ



ภาคผนวก ช
แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะที่ 1 ขั้ววางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาบริบทพื้นที่การ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของโรงพยาบาล กันทรวิชัย	1. ศึกษาบริบท 2. หาปัญหา 3. ศึกษาการดำเนินงาน เกี่ยวกับการ ป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของโรงพยาบาล กันทรวิชัย	ระยะเวลา เมษายน 2566 สถานที่ โรงพยาบาล กันทรวิชัย อำเภอ กันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม	ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. ทราบบริบทพื้นที่ 2. ทราบ สถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับการ ป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของ โรงพยาบาล กันทรวิชัย	1. มีข้อมูลลักษณะของอำเภอ กันทรวิชัย 2. มีสรุปข้อมูลปัญหา เกี่ยวกับ การป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของ โรงพยาบาล กันทรวิชัย
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย 2. เพื่อศึกษาการ ป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของโรงพยาบาล กันทรวิชัย	1. ศึกษาบริบทพื้นที่ 2. หาปัญหา 3. ศึกษาการดำเนินงาน เกี่ยวกับการ ป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของโรงพยาบาล กันทรวิชัย	ระยะเวลา เมษายน 2566 สถานที่ โรงพยาบาล กันทรวิชัย อำเภอ กันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม	ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. ทราบบริบทพื้นที่ 2. ทราบ สถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับการ ป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของ โรงพยาบาล กันทรวิชัย	1. มีข้อมูลลักษณะของอำเภอ กันทรวิชัย 2. มีสรุปข้อมูลปัญหา เกี่ยวกับ การป้องกันและ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของ โรงพยาบาล กันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้ววางแผน (Planning)(ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการะบวนการป้องกันชาติดัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของอำเภอกันทรวิชัย ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	ประเมินการมีส่วนร่วมในการะบวนการป้องกันชาติดัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของอำเภอกันทรวิชัย ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	ระยะเวลา เมษายน 2566 สถานที่ โรงพยาบาล กันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 3. ภาคส่วนหลักคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่แพทย์ ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านการะบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการระชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึงคะแนนการประเมินตามประเมินการมีส่วนร่วมในการะบวนการป้องกันชาติดัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของอำเภอกันทรวิชัย	- สรุปผลคะแนนการประเมินการมีส่วนร่วมในการะบวนการป้องกันชาติดัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าและสารเสพติด ของอำเภอกันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้ววางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.3 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของกระบวนการป้องกันตนเอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่และสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย 2. เพื่อให้ทีมตัวแทนในกลุ่มงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการตามกระบวนการป้องกันตนเอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่และสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	1. วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงาน ดำเนินงาน 2. ประสานตัวแทนจากกลุ่มงานต่าง ๆ เพื่อประชุมสร้างความรู้และความเข้าใจถึงกระบวนการป้องกันตนเอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่และสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	ระยะเวลา สัปดาห์แรกของเดือนเมษายน 2566 สถานที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทน	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทน ผู้ผ่านกระบวนการ บำบัดพร้อมญาติที่เกี่ยวข้องรับรู้ถึงสภาพปัญหาของ การดำเนินงานในการดำเนินงานที่อำเภอกันทรวิชัย	1. สรุปประชุมถึงสภาพปัญหาของกระบวนการป้องกันตนเอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่และสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย ในแบบเดิมที่ผ่านมา 2. ตัวแทนจากกลุ่มงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการป้องกันตนเอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่และสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย

ระยะที่ 1 ขั้ววางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.4 ประชุมวางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันจัดทำแผนในการป้องกันชาติด้านบัตรรักษาสุขภาพผู้ป่วยเฝ้าระวังและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	จัดประชุมถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันชาติด้านบัตรรักษาสุขภาพผู้ป่วยเฝ้าระวังและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	ระยะเวลา สัปดาห์แรกของเดือนเมษายน 2566 สถานที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	วิจัย 1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4. ภาคส่วนหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ที่ดำรงและตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาค ส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ ได้มีบทบาทร่วมกันวางแผนและร่วมกันจัดทำแผนในการป้องกันชาติด้านบัตรรักษาสุขภาพผู้ป่วยเฝ้าระวังและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	สรุปรประชุมได้มาซึ่งแผนในการป้องกันชาติด้านบัตรรักษาสุขภาพผู้ป่วยเฝ้าระวังและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ตัวแทนกลุ่มงานส่วนต่าง ๆ ในอำเภอกันทรวิชัย มีบทบาทร่วมกันวางแผนและร่วมกันจัดทำแผนในการป้องกันชาติด้านบัตรรักษาสุขภาพผู้ป่วยเฝ้าระวังและสารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย							

ระยะที่ 1 ขั้ววางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 1.5 กำหนดแนวทาง ปฏิบัติตามแผนการ ป้องกันชาตพันธุ์ บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าและ สารเสพติดของอำเภอ กันทรวิชัย	จัดประชุมกำหนด กำหนดแนวทาง ปฏิบัติตาม แผนการป้องกัน ชาตพันธุ์บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เฝ้าและสารเสพติด ของอำเภอ กันทรวิชัย	ระยะเวลา สัปดาห์แรกของ เดือนเมษายน 2566 สถานที่ โรงพยาบาล กันทรวิชัย อำเภอ กันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีม งานวิจัย	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. อำเภอกันทร วิชัย มีแผนการ ป้องกันชาตพันธุ์ บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าและ สารเสพติด ของ อำเภอกันทร วิชัย จังหวัด มหาสารคาม	1. สรุปประชุมได้มาซึ่ง แผนในการป้องกันชาต พันธุ์บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าและสาร เสพติดของอำเภอกันทร วิชัย2. แผนการป้องกัน ชาตพันธุ์บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าและสาร เสพติดของ อำเภอกันทร วิชัย จังหวัดมหาสารคาม
วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีแผนการ ป้องกันชาตพันธุ์ บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าและ สารเสพติดของอำเภอ กันทรวิชัย							

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนการป้องกันชาตน์ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนการป้องกันชาตน์ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ระยะเวลา เมษายน 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	- กลุ่มเป้าหมายทราบแนวทางการปฏิบัติตามแผนการป้องกันชาตน์ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	- กลุ่มเป้าหมายทราบแนวทางการปฏิบัติตามแผนการป้องกันชาตน์ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ดำเนินการป้องกันชาตน์ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ป้องกันชาตน์ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม						

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) (ต่อ)									
กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด		
กิจกรรมที่ 2.2 ดำเนินงานตามแผนการป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม วัตถุประสงค์ เพื่อให้ดำเนินงานการป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ดำเนินงานตามแผนแผนการป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย	ระยะเวลา เมษายน 2566-กรกฎาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- อำเภอกันทรวิชัยมีการดำเนินงานการป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	- สรุปผลนับจำนวนผู้ป่วยสภาพเสพยาเสพติดของวิชัย จังหวัด		

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.1 สังเกต ติดตาม การ ดำเนินงานการ ป้องกันขาดนัด ป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าฯ และสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. จัดประชุม ติดตาม การดำเนินงานการ ป้องกันป้องกันขาด นัดบำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าฯและ สารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 2. สัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายในเรื่อง การป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าฯและ สารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	ระยะเวลา เมษายน2566- กรกฎาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาลกันทร วิชัย อำเภอกันทร วิชัย จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ ตำรวจ และตัวแทนผู้ ผ่านกระบวนการบำบัด พร้อมญาติ 3. ผู้ป่วยที่เฝ้าฯและเสพ สารเสพติดประเภทแอม เฟตามี และมีผลการ ประเมินด้วยแบบ ประเมิน V2 กระทรวง สาธารณสุข ว่าเป็นผู้ เสพ	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ กลุ่ม แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนา กลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึง สถานการณ์การ พัฒนาคุณภาพการ ป้องกันป้องกัน ขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเฝ้าฯ และสารเสพติด ของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม - สรุปผลการวิเคราะห์แบบ สัมภาษณ์การดำเนินงาน การป้องกันป้องกันขาดนัด บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเฝ้าฯและสารเสพติด ของ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมในการเรียนรู้ร่วมกัน ป้องกันอันตราย บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดของ อาเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย	ประเมินระดับ คะแนนการมีส่วนร่วม ร่วมในการเรียนรู้ ป้องกันอันตราย บำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยใช้ยา และสารเสพติดของ อาเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย	ระยะเวลา กรกฎาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาล กันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และ ตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัด พร้อมญาติ 3. ผู้ป่วยที่เข้าและ เสพสารเสพติด ประเภทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมิน ด้วยแบบประเมิน V2 กระทั่งสามารถสรุป ว่าเป็นผู้เสพ	ข้อมูล - การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึก สทนากลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	อำเภอกันทรวิชัย มีการ ดำเนินงานตามกระบวนการ ป้องกันอันตรายบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยาและ สารเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย ได้ถูกต้อง	- สรุปผลการประเมินระดับคะแนนการประเมินระดับคะแนนการมีส่วนร่วมใน กระบวนการป้องกัน ขาดันบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ ยาและสารเสพติด ของอำเภอกันทรวิชัย หลังเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4.1 สรุปลผลการดำเนินงานกระบวนการป้องกันชาคนัดบำบัดรักษาพิษผู้ป่วยใช้ยาเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานกระบวนการป้องกันชาคนัดบำบัดรักษาพิษผู้ป่วยใช้ยาเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	ระยะเวลา สิงหาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาค ส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และตัวแทนผู้ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ	ข้อมูล - การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. การประเมินระดับคะแนนการประเมินระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการะบวนการมีส่วนร่วมในการะบวนการป้องกันชาคนัดบำบัดรักษาพิษผู้ป่วยใช้ยาเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	- อำเภอกันทรวิชัย ทราบระดับการดำเนินงานการ กระบวนการป้องกันชาคนัดบำบัดรักษาพิษผู้ป่วยใช้ยาเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย	- สรุปลผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการกระบวนการป้องกันชาคนัดบำบัดรักษาพิษผู้ป่วยใช้ยาเสพติดของอำเภอกันทรวิชัย - สรุปลประชุม

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 4.2 จัดประชุมคืนข้อมูล และถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ กระบวนการป้องกัน ขาดนัดบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยา และสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย	จัดประชุมคืนข้อมูล และถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินการ กระบวนการป้องกัน ขาดนัดบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ยา และสารเสพติดของ อำเภอกันทรวิชัย	ระยะเวลา สิงหาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาลกันทร วิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. กลุ่มเป้าหมาย 4 ภาคส่วนหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ ตำรวจ และตัวแทนผู้ ผ่านกระบวนการบำบัด พร้อมญาติ	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ - การบันทึกการ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2. เครื่อง บันทึกเสียง 3. แบบบันทึก สนทนากลุ่ม 4. กล้องถ่ายรูป	- กลุ่มเป้าหมาย ได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานและนำไปใช้ใน การพัฒนาคุณภาพการ กระบวนการป้องกันขาด นัดบำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยใช้ยาและสาร เสพติดของอำเภอกันทร วิชัย	- สรุประชุมถอด บทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน กระบวนการป้องกัน ขาดนัดบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใช้ ยาและสารเสพติด ของอำเภอกันทร วิชัย
วัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลและถอด บทเรียนผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา กลับไปให้ผู้เกี่ยวข้อง							

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายอานนท์ ฤงแก้วหงษ์
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

พูน ปณ ทัต ชีเว