



การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า:

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

โดย

นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

ดุชนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า:
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

โดย

นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

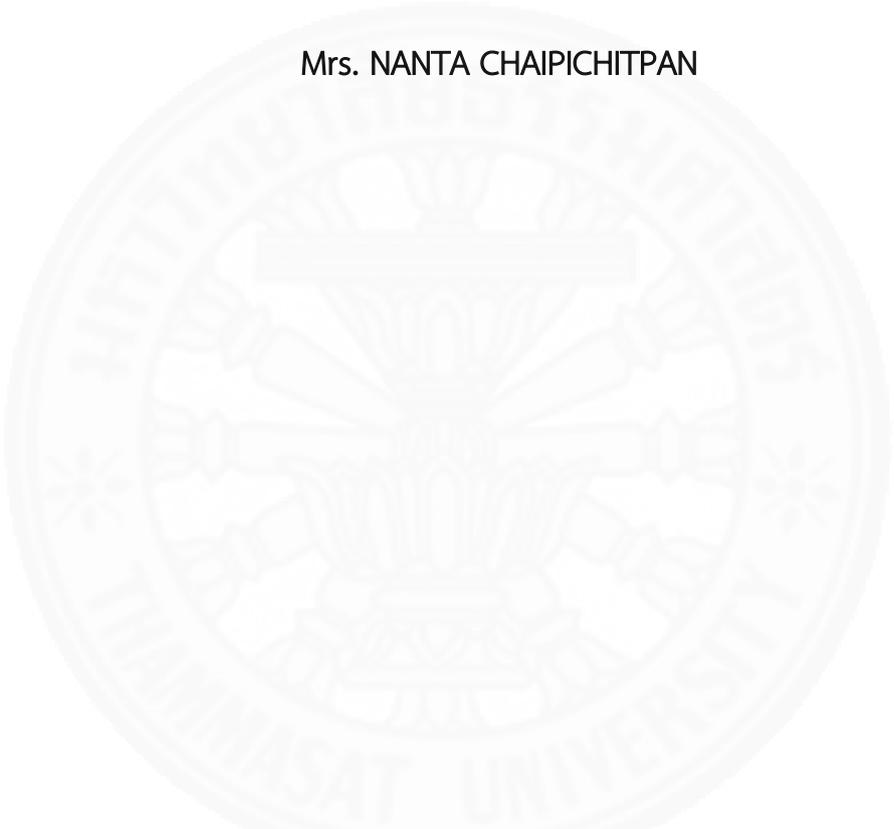
ดุขฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุขฎีบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



Model Development for Rehabilitation in Meth – amphetamine
Abuser: A Participatory Action Research

BY

Mrs. NANTA CHAIPICHITPAN



A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY

COMMUNITY AND FAMILY MEDICINE

FACULTY OF MEDICINE
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2015

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์

ดุชนิพนธ์

ของ

นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

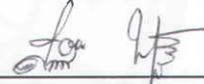
เมื่อ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



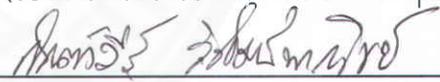
(รองศาสตราจารย์ ดร. กมลเนตร โอฆานูรักษ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีเมือง พลังฤทธิ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(รองศาสตราจารย์ ดร. กัญชวีร์ วิวัฒน์พาณิชย์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรนรินทร์ เมธีกุล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล)

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อคุณูปนิพนธ์ | การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย เสพติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม |
| ชื่อผู้เขียน | นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์ |
| ชื่อปริญญา | ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต |
| สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย | สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ | รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีเมือง พลังฤทธิ์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม | รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ภัทรอาชาชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ฉัตรนรินทร์ เมธิกุล |
| ปีการศึกษา | 2558 |

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้า โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่หนึ่ง (การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูเดิม – FAST Model) ในขั้นตอนนี้ผู้เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูเดิม (FAST Model) จำนวน 32 คน (บุคลากรทางสุขภาพ 13 คน ผู้ป่วย 10 คน ญาติผู้ป่วย 9 คน) ได้เข้าร่วมสะท้อนปัญหา – อุปสรรคและมุมมองที่ต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า สิ่งสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาได้แก่ (1) การจัดการผู้ป่วย (2) การเพิ่มบทบาทของครอบครัว (3) ทักษะของผู้ให้บริการ (4) การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และ (5) ความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพ

ระยะที่สอง (การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูใหม่ - CHF Model) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการได้นำกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) มาประยุกต์ใช้กับผู้เกี่ยวข้องจำนวน 48 คน ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย (4 คน) พยาบาลวิชาชีพ (6 คน) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (5 คน) ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (20 คน) และญาติผู้ป่วย (13 คน) ด้วยการนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาเสนอในเวทีการประชุมและร่วมกันอภิปรายผลจนตกผลึกเป็นแนวทางที่ควรปรับเปลี่ยนเป็น CHF Model อันประกอบด้วย Case Management, Holistic Rehabilitation และ Family Reward

ระยะที่สาม (การทดลองใช้กับผู้ป่วย) การทดลองใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูใหม่ CHF Model (Study Group) ทำขนานไปกับผู้ป่วยในการบำบัดฟื้นฟูเดิม FAST Model (Control Group) ด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มญาติของผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 12 คนเช่นเดียวกัน โดยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเครียดและวัดคุณภาพชีวิต ขณะที่ญาติได้รับการประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติต่อตัวผู้ป่วย และวัดดัชนีความสุขในชีวิต ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยสถิติ Paired T-Test และ Independent T-Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีทิศทางดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (2) ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีอัตราการบำบัดครบเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 100 (3) ผลการติดตามในระยะ 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (4) เมื่อติดตามระยะยาวเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า อัตราไม่กลับไปเสพยาสู้งถึงร้อยละ 83.3 ในกลุ่มศึกษา และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 58.3) (5) ญาติกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามระยะ 1 เดือน พบว่า ญาติกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวและมีค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีความสุขในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า CHF Model สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดยาบ้ามีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการไม่กลับไปเสพยาเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ญาติมีการทำหน้าที่ครอบครัวและมีความสุขในชีวิตดีขึ้น ซึ่งกระบวนการบำบัดด้วย CHF Model สามารถบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยและเพิ่มการมีส่วนร่วมของญาติได้ภายในเวลา 3 เดือน ขณะที่ FAST Model ต้องใช้เวลาบำบัดสูงถึง 4 เดือน

CHF Model ที่ถูกทดลองและร่วมกันพัฒนาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้บริหาร ผู้ให้การบำบัด ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า, การพัฒนารูปแบบ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

| | |
|-------------------------------|--|
| Dissertation Title | Model Development for Rehabilitation in Meth – amphetamine Abuser: A Participatory Action Research |
| Author | Mrs. Nanta Chaipichitpan |
| Degree | Doctor of Philosophy |
| Department/Faculty/University | Community Medicine and Family Medicine Faculty of medicine Thammasat University |
| Dissertation Advisor | Assoc. Prof. Dr. Srimuang Paluangrit |
| Dissertation Co-Advisor | Assoc. Prof. Dr. Kanvee Viwatpanich Asst. Prof. Dr. Junya Pattaraarechachai Asst. Chatnarin Metheekul M.D. |
| Academic Year | 2015 |

ABSTRACT

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop the model of rehabilitation for Meth-amphetamine patients. The research consists of three phases; (1) FAST model assessment: in this process, all stakeholders, including 13 health personals, 10 patients, and 9 family members were asked to express their feelings about problems and obstacles in FAST model, which were needed to be developed, by using qualitative approach through in-depth interviews and focus group discussions. Content analysis indicate that 5 key components are need for development: (1) patient management (2) increasing family participation (3) professional skills (4) human-patient's rights and (5) strong multidisciplinary health team.

The second phase (develop a new model rehabilitation model: CHF Model) dealt with brainstorming by using Appreciation-Influence-Control (AIC), 48 key informants participated including 4 head ward nurses, 6 registered nurses, 5 multidisciplinary health team members, 20 patients, and 13 family members. The result from the first phase was presented, followed by interactive discussions. Finally, the new model, namely CHF model was established, consisting with case management, holistic rehabilitation, and family rewards.

The third phase was a quasi-experimental design between CHF model (Studied Group) and FAST model (Control Group) by random sampling 12 cases into each group, relatives of the patients were divided into two groups of 12 such case same. Before and after experiment was done, the patients were tested in mean scores of stress and quality of life, while family function, attitude, and happiness were asked and evaluated for the family members. Paired t-test and independent t-test are used for comparison the means at statistical significance level at 0.05. The findings indicated that (1) the mean scores of stress and quality of life of patients in studied group were found in a good direction and significantly better than in control group. (2) the participation rate was 100 percent (3) 1-month follow up, the mean of stress and quality of life among both groups was not different (4) 3-months follow up, the retention rate was found at 83.3% and better than control group (58.3%) (5) an average of family functions among family members of studied group was better than before experiment, and after 1-month follow up, the family functions and happiness scores were higher when compare to the control group.

The finding of this research can be concluded that CHF model, on the one hand, can reduce level of stress, increase quality of life, increase participation and retention rates of the patients. On the other hand, CHF model can increase family function and happiness of the family members at the same times. Moreover, CHF model can complete, either for the patients, and family members in three months, while FAST model need four months for rehabilitation.

CHF model, which was crystalized and developed by emic point of views from all stakeholders such as the administrators, health care providers, multidisciplinary health teams, patients, and family members, perhaps, could be used and applied as an alternative rehabilitation process for drug abuse patients, not only for the patients but family members in the future.

Keywords: Rehabilitation, Meth- amphetamine Abuser, Development Model, Participatory Action Research

กิตติกรรมประกาศ

ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตาและความช่วยเหลือของ รองศาสตราจารย์ พญ.นิตยา ทนวงค์ รองศาสตราจารย์ ดร. กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในช่วงแรกของการดำเนินการวิจัย และรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีเมือง พลังฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในเวลาต่อมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ฉัตรนรินทร์ เมธิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ ตลอดจนตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา และ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กมลเนตร โอฆานุรักษ์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ กรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์โครงการสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ด้านเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ ครอบครัว ด้วยความเอื้ออาทร รวมถึงเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตการเป็นนักศึกษาระดับดุชฎินิพนธ์ ให้แก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ นพ.วิโรจน์ วีรชัย (ผู้อำนวยการ) ผู้บริหารองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล บุคลากรจากตึกหยก บุคลากรจากกลุ่มงานวิจัยประเมินเทคโนโลยี และจัดการ ความรู้ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์) ที่ให้ การช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ เวลา และสถานที่ในการทำงานวิจัย กราบขอบพระคุณกองทุน สนับสนุนวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนเงินทุนในการดำเนินการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีน และญาติผู้ป่วยที่กรุณาเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณบุพการี สมาชิกในครอบครัว สามีและบุตรอันเป็นที่รักที่ให้การ สนับสนุนทั้งกำลังกาย กำลังใจ และกำลังใจ ตลอดระยะเวลาการศึกษา ด้วยความรักและความปรารถนาดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่บุพการี คณาจารย์และผู้มีพระคุณ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง สุขภาพใจที่เข้มแข็งตลอดไป

นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | (1) |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | (3) |
| กิตติกรรมประกาศ | (5) |
| สารบัญ | (6) |
| สารบัญตาราง | (11) |
| สารบัญภาพ | (12) |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1.1 ความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย | 3 |
| 1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป | 3 |
| 1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ | 4 |
| 1.3 สมมติฐานการวิจัย | 4 |
| 1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย | 5 |
| 1.5 อธิบายกรอบแนวคิดการวิจัย | 6 |
| 1.6 ขอบเขตการวิจัย | 7 |
| 1.7 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ | 7 |
| 1.8 คำสำคัญ | 8 |
| 1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 9 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 10 |
| 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 10 |
| 2.1.1 ระบบการบำบัดรักษาเสพติดในประเทศไทย | 10 |
| 2.1.1.1 ระบบสมัครใจ | 10 |
| 2.1.1.2 ระบบต้องโทษ | 10 |
| 2.1.1.3 ระบบบังคับบำบัด | 10 |

| | | |
|---------|--|----|
| 2.1.2 | ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 11 |
| 2.1.2.1 | ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (Pre-Admission) | 11 |
| 2.1.2.2 | ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) | 11 |
| 2.1.2.3 | ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) | 11 |
| 2.1.2.4 | ขั้นติดตามหลังรักษา (After-care) | 11 |
| 2.2 | แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ | 12 |
| 2.2.1 | ครอบครัว | 12 |
| 2.2.2 | กิจกรรมทางเลือก | 12 |
| 2.2.3 | กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง | 12 |
| 2.2.4 | กระบวนการชุมชนบำบัด | 13 |
| 2.3 | วิเคราะห์ทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ | 15 |
| 2.3.1 | ทฤษฎีระบบ | 15 |
| 2.3.2 | ทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | 16 |
| 2.3.3 | ทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ | 16 |
| 2.3.4 | ทฤษฎีการเรียนรู้ | 18 |
| 2.4 | การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม | 22 |
| 2.5 | เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม | 24 |
| 2.6 | การดูแลผู้ป่วยเสพยาติด้วยแนวคิดการจัดการรายกรณี | 26 |
| 2.6.1 | การจัดการรายกรณี | 26 |
| 2.6.2 | ประโยชน์ของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพยาติ | 27 |
| 2.6.3 | แนวคิดพื้นฐานของการจัดการรายกรณี 8 ประการ | 27 |
| 2.6.4 | บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี | 28 |
| 2.6.5 | รูปแบบการจัดการรายกรณี | 29 |
| 2.6.6 | องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี | 31 |
| 2.6.7 | แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | 31 |
| 2.6.8 | ทักษะของผู้จัดการรายกรณี | 31 |
| 2.6.9 | คุณลักษณะของผู้จัดการรายกรณีที่ดูแลผู้ป่วยเสพยาติ | 32 |
| 2.6.10 | บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี | 33 |
| 2.6.11 | บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในแต่ละวัน | 33 |
| 2.7 | การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ | 34 |
| 2.7.1 | แนวคิดหลักของ CM | 34 |
| 2.7.2 | หลักการพื้นฐานในการนำทฤษฎีของ CM มาประยุกต์ใช้ | 35 |
| 2.7.3 | ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามเทคนิคของ CM | 35 |
| 2.7.4 | เทคนิควิธีการทำกิจกรรมตามแนวคิด CM | 35 |
| 2.7.5 | ข้อดี – ข้อเสียในการใช้เทคนิค CM | 36 |
| 2.7.6 | ตัวอย่างการให้รางวัล | 36 |
| 2.8 | การวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง | 37 |

| | |
|---|----|
| บทที่ 3 วิธีการวิจัย | 45 |
| 3.1 ระเบียบวิธีวิจัย | 45 |
| 3.1.1 ระยะเวลาที่ 1 (Phase 1) ประเมินรูปแบบ | 45 |
| 3.1.2 ระยะเวลาที่ 2 (Phase 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ | 45 |
| 3.1.3 ระยะเวลาที่ 3 (Phase 3) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัด | 47 |
| 3.2 สถานที่และระยะเวลาดำเนินการวิจัย | 50 |
| 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 50 |
| 3.3.1 ระยะเวลาที่ 1 | 50 |
| 3.3.2 ระยะเวลาที่ 2 | 51 |
| 3.3.3 ระยะเวลาที่ 3 | 52 |
| 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 54 |
| 3.4.1 เครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล | 55 |
| 3.4.1.1 ระยะเวลาที่ 1 ประเมินรูปแบบ | 55 |
| 3.4.1.2 ระยะเวลาที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ | 55 |
| 3.4.1.3 ระยะเวลาที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัด | 56 |
| (1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลจากผู้ป่วยเสพติด | 56 |
| (2) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลจากญาติผู้ป่วยเสพติด | 58 |
| 3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล | 60 |
| 3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 61 |
| 3.6.1 ระยะเวลาที่ 1 ประเมินรูปแบบ | 61 |
| 3.6.2 ระยะเวลาที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ | 62 |
| 3.6.3 ระยะเวลาที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัด | 63 |
| 3.7 การให้กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) | 65 |
| 3.8 การแปลและวิเคราะห์ผลข้อมูล | 67 |
| 3.9 การพิจารณาด้านจริยธรรม | 69 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล | 70 |
| 4.1 ผลการวิจัยในระยะเวลาที่ 1 การประเมินรูปแบบ FAST Model | 70 |
| 4.1.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง | 70 |
| 4.1.2 ผลการประเมินรูปแบบการบำบัดแบบ FAST Model | 71 |
| 4.1.2.1 ข้อดีของ FAST Model | 71 |
| 4.1.2.2 ข้อจำกัดของ FAST Model | 75 |
| 4.1.2.3 สรุป | 78 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 4.1.3 | อภิปรายผลการศึกษาในระยะที่ 1 | 79 |
| 4.1.3.1 | ข้อดีของ FAST Model | 79 |
| 4.1.4.2 | ข้อจำกัดของ FAST Model | 81 |
| 4.2 | ผลการวิจัยในระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ | 83 |
| 4.2.1 | ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง | 83 |
| 4.2.2 | ผลการศึกษาในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้พัฒนา | 84 |
| 4.2.2.1 | ด้านการเตรียมความพร้อม | 84 |
| 4.2.2.2 | ด้านระยะเวลาในการบำบัดรักษา | 85 |
| 4.2.2.3 | ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย | 87 |
| 4.2.2.4 | ด้านการบำบัดรูปแบบ FAST Model | 88 |
| 4.2.2.5 | ประเด็นการบริหารจัดการอื่นๆ | 90 |
| 4.2.3 | รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 92 |
| 4.2.3.1 | ขั้นตอนการบำบัดด้วย CHF Model | 92 |
| | (1) C = Case management | 92 |
| | (2) H = Holistic Rehabilitation | 93 |
| | (3) F = Family Reward | 93 |
| 4.2.4 | อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2 | 95 |
| 4.3 | ผลการวิจัยในระยะที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ | 99 |
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ป่วยเสพติด | 100 |
| ส่วนที่ 2 | ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่มีต่อผู้ป่วย ในเรื่องความเครียด คุณภาพชีวิต การบำบัดครบตามเกณฑ์ และการไม่เสพติดซ้ำ | 105 |
| ส่วนที่ 3 | ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่มีต่อผู้ป่วย ในเรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว ทักษะชีวิตของญาติต่อผู้ป่วย และดัชนีความสุขในชีวิต | 108 |
| ส่วนที่ 4 | ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่มีผลต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องข้อดี - ข้อจำกัด | 111 |
| | อภิปรายผลการศึกษาส่วนที่ 4 | 115 |
| | บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | 118 |
| | สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์เฉพาะ | 118 |
| 1. | ศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ FAST Model | 118 |
| 2. | พัฒนาแนวปฏิบัติโดยบูรณาการรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้เสพติดยาจากผู้ที่เกี่ยวข้อง | 119 |

| | |
|--|------------|
| 3. ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยเสพติดยาบ้าด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า กับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ | 121 |
| อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3 | 124 |
| ข้อจำกัดของการวิจัย | 130 |
| ข้อเสนอแนะการวิจัย | 130 |
| ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป | 131 |
| รายการอ้างอิง | 132 |
| ภาคผนวก | 140 |
| ภาคผนวก ก. ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power | 141 |
| ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 142 |
| ภาคผนวก ค. หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย | 160 |
| ภาคผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 161 |
| ภาคผนวก จ. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย | 162 |
| ภาคผนวก ฉ. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ร่วมโครงการวิจัย | 167 |
| ภาคผนวก ช. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | 171 |
| ภาคผนวก ซ. คู่มือรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ประวัติผู้เขียน | 172 225 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|------|
| 3.1 | 66 |
| 4.1 | 70 |
| 4.2 | 83 |
| 4.3 | 95 |
| 4.4 | 100 |
| 4.5 | 103 |
| 4.6 | 105 |
| 4.7 | 106 |
| 4.8 | 107 |
| 4.9 | 108 |
| 4.10 | 110 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า | |
|--------|--|----|
| 3.1 | การเสวนาให้ข้อมูลย้อนกลับ | 46 |
| 3.2 | การประชุมแบบมีส่วนร่วมกับญาติผู้ป่วยเสพติด | 46 |
| 3.3 | การประชุมแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยเสพติด | 46 |
| 3.4 | สรุปการประชุม | 46 |
| 3.5 | รูปแบบการทดลอง | 47 |
| 3.6 | ขั้นตอนดำเนินการวิจัย | 49 |
| 3.7 | การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยในระยะที่ 3 ระยะทดลอง | 54 |
| 4.1 | การพัฒนารูปแบบ | 79 |
| 4.2 | ขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) | 94 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อคนทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากรายงานปัญหายาเสพติดโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีประชากร 324 ล้านคนทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายใน 4 อันดับแรก คือ กัญชา ฝิ่น โคเคน และเมทแอมเฟตามีน มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดปีละมากกว่า 220,000 คน (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยเอบแคคโพลล์ (2555) ได้สำรวจและประมาณการทางสถิติพบว่า คนไทยเคยใช้ยาเสพติดสูงถึง 3.7 ล้านคน และจากการศึกษาของเรณู สุขารมณ, ทองใหญ่ อัยยะวรากุล, ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และนันทปราชญ์ นันทวิวัฒน์กุล (2557) พบว่า ในคนไทยทั่วไป 10 คน จะพบ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากถึง 5.9 คน หรืออนุมานได้ว่าเราสามารถค้นหาผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในคนไทยทั่วไปได้ในอัตรา 1: 2 หากปัญหายาเสพติดยังคงเป็นเช่นนี้อย่างต่อเนื่องและผู้เสพติดไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาระดับชาติได้

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อปัจเจกบุคคลและสังคม ส่วนรวมในมิติต่างๆ มีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพติด โดยผู้เสพติดส่วนใหญ่จะมี บุคลิกภาพก้าวร้าว ต่อต้านสังคม และพึ่งพาผู้อื่น จากการสำรวจของ WHO และ UNAIDS (2014) พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีโอกาสดูดเชื้อโรคเอดส์และโรคตับอักเสบบชนิดซีได้ถึงร้อยละ 13.1 โดยขณะนี้คนทั่วโลกติดเชื้อโรคเอดส์ และตับอักเสบบชนิดซี มากกว่า 4.5 ล้านคน (WHO, 2014) ยาเสพติดเกือบทุกประเภท โดยเฉพาะยาเสพติดประเภท ยาบ้า ยาอี และยาไอซ์ ล้วนมีฤทธิ์ต่อจิต ประสาท ลดประสิทธิภาพการเรียนรู้ จนทำให้เกิดโรคทางสมอง สมองส่วนควบคุมการคิดและอารมณ์ สูญเสียหน้าที่ไป ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามใจตนเองมากกว่าการใช้เหตุผล เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ เมื่อผู้เสพติดต้องการความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข ก็จะไปใช้ยาเสพติด บ่อยครั้งขึ้น อาการเช่นนี้เรียกว่า “โรคสมองติดยา” (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2552) ทำให้เกิด อันตรายต่อตัวผู้เสพติดและผู้ใกล้ชิดอื่นๆ ได้

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อคืนคนดีสู่สังคมเป็นสิ่งที่ สามารถช่วยแก้ปัญหาขนาดและความรุนแรงลง โดยอาศัยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ประกาศ ณ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2545 ด้วยหลักการที่กล่าวว่า "ผู้ติดยาเสพติด ทุกประเภท คือ ผู้ป่วยและต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมาย" สถาบันธัญญารักษ์ (สธร.)

ในฐานะผู้นำด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดได้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยรูปแบบการบำบัดรักษาแบบดั้งเดิม (Classical Treatment) (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, 2548)

ในปี พ.ศ. 2529 สรร. นำแนวคิดชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) มาประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นวิธีการบำบัดฟื้นฟูที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 18 - 24 เดือน ในช่วงนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพติดเฮโรอีนมีอายุระหว่าง 25 - 40 ปี (ปรกรณ์ ศิริยงค์, 2545) ในปี พ.ศ. 2543 - 2546 ลักษณะของผู้ป่วยเสพติดเปลี่ยนจากกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 25 - 29 ปี) เป็นกลุ่มเด็กและวัยรุ่นตอนต้น (อายุระหว่าง 10 - 19 ปี) รวมถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดเปลี่ยนไปจากที่เคยเสพติดเฮโรอีนเปลี่ยนมาเสพยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) สรร. เล็งเห็นถึงความจำเป็นในส่วนนี้จึงคิดพัฒนาหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เสพติด พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไป และลดระยะเวลาการบำบัดจากเดิมที่ใช้เวลานาน 18 - 24 เดือนเหลือเพียง 4 - 6 เดือนเท่านั้น (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) เรียกการบำบัดรูปแบบใหม่นี้ว่า “การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่” (FAST Model) โดยนำแนวคิดใน 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) นำครอบครัว (Family: F) เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟู 2) นำกิจกรรมทางเลือก (Alternative activity treatment: A) เข้ามาช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3) นำกระบวนการเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self Help: S) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางอารมณ์จนสามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้อยู่ในสังคมได้โดยไม่ใช้ยาเสพติด และ 4) นำแนวคิดชุมชนบำบัด (Therapeutic Community :TC) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรม เพื่อการบำบัดฟื้นฟู

การบำบัดแบบ FAST Model มีจุดเด่น รวม 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้าน (วิมล ลักษณะภิกขชัช เพลินตา เทียงตรง ปรานี ภาณุภาส และประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, 2546; ศิลาท เจริญภูมิ, 2547; ราตรี หุ่นดี เพลินตา เทียงตรง, ผุสดี ชูชีพ, ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, กระแส ปัจฉิมสิริ และรุจิรา อภาบุษยพันธ์ุ, 2549) 2) ผู้ผ่านการบำบัดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ (มีงานทำ/ศึกษาต่อ) ร้อยละ 75.0 (ราตรี หุ่นดี และคณะ, 2549) ส่วนข้อจำกัดของการบำบัดในรูปแบบนี้ พบ 3 ประเด็นสำคัญ คือ 1) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดนานถึง 4 เดือนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่รับการบำบัดรักษาจนครบกำหนดได้คิดเป็นร้อยละ 85.9 (วิมล ลักษณะภิกขชัช และคณะ, 2546) 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติให้ความร่วมมือและความสม่ำเสมอต่อการทำกิจกรรมการบำบัดค่อนข้างน้อย พบเพียงร้อยละ 29.8 เท่านั้น (วิมล ลักษณะภิกขชัช และคณะ, 2546; ราตรี หุ่นดี และคณะ, 2549) 3) ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวหลังการบำบัด มีค่อนข้างน้อย

พบเพียงร้อยละ 46.2 เท่านั้น (วิมล ลักษณะภิกษณชัช และคณะ, 2546) จากการศึกษาสรุปได้ว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยดังกล่าวยังมีข้อจำกัดซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดฯ ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ญาติไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟู

กระบวนการบำบัดแบบ FAST Model เป็นสิ่งที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่จากการประเมินผลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พบว่า การปรับตัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากความกลัวที่มีต่อบทลงโทษจึงพยายามแสดงพฤติกรรมที่ตีออกมา เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทำโทษ เมื่อผู้ป่วยออกจากสถานบำบัดไปแล้วไม่มีกฎระเบียบบังคับ ผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่มักกลับไปมีพฤติกรรมไม่ดีเช่นเดิมนักบำบัดจึงนำแนวคิดการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (Contingency management: CM) มาประยุกต์ใช้ตามการศึกษาของ Prendergast, Podus, Finney, Greenwell and Roll (2006) ที่พบว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดด้วย CM ซึ่งเน้นการให้รางวัลส่งผลดีต่อการบำบัดถึงร้อยละ 57.0 และเมื่อติดตามหลังการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดได้มากกว่าการบำบัดด้วยวิธีการอื่น

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมทั้ง 4 องค์ประกอบยังขาดส่วนเติมเต็มให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ รวมถึงการใช้เวลาในการบำบัดนานถึง 4 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่รับการบำบัดไม่ครบกำหนด จึงมีแนวคิด “ลดระยะเวลาการบำบัด” ให้สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย จากการศึกษาของ Vanderplasschen et.al. (2013) พบว่า อัตราการอยู่รับการบำบัดครบกำหนดของผู้ป่วยเสพติดมีอัตราน้อยมาก เมื่อใช้เวลาในการบำบัดนานด้วยโปรแกรมการบำบัดที่เข้มข้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในส่วนนี้จึงมีแนวคิดที่จะประเมินรูปแบบการบำบัดแบบ FAST Model จากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บำบัด ผู้ป่วยเสพติด และญาติของผู้ป่วยเสพติด โดยนำประเด็นต่างๆ เช่น ปัญหา-อุปสรรค จุดเด่น และจุดด้อยมาพัฒนาปรับปรุง ด้วยการนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง อาทิ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) รวมถึงเทคนิคการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) มาพัฒนาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้ได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อผู้เสพติดยาบ้าและครอบครัว

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อ

- ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1.2.2.1 ศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

1.2.2.2 พัฒนาแนวปฏิบัติด้วยการบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2.2.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูเสพติดยาบ้าด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 ผู้เสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า

จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีวก่อนเข้ารับการบำบัด และในกลุ่มศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมใน 4 ด้าน คือ

1.3.1.1 ความเครียดในผู้ป่วยเสพติดยา

1.3.1.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดยา

1.3.1.3 อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์

1.3.1.4 อัตราการไม่กลับไปเสพติดยาภายใน 1 และ 3 เดือน

1.3.2 ญาติของผู้เสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า

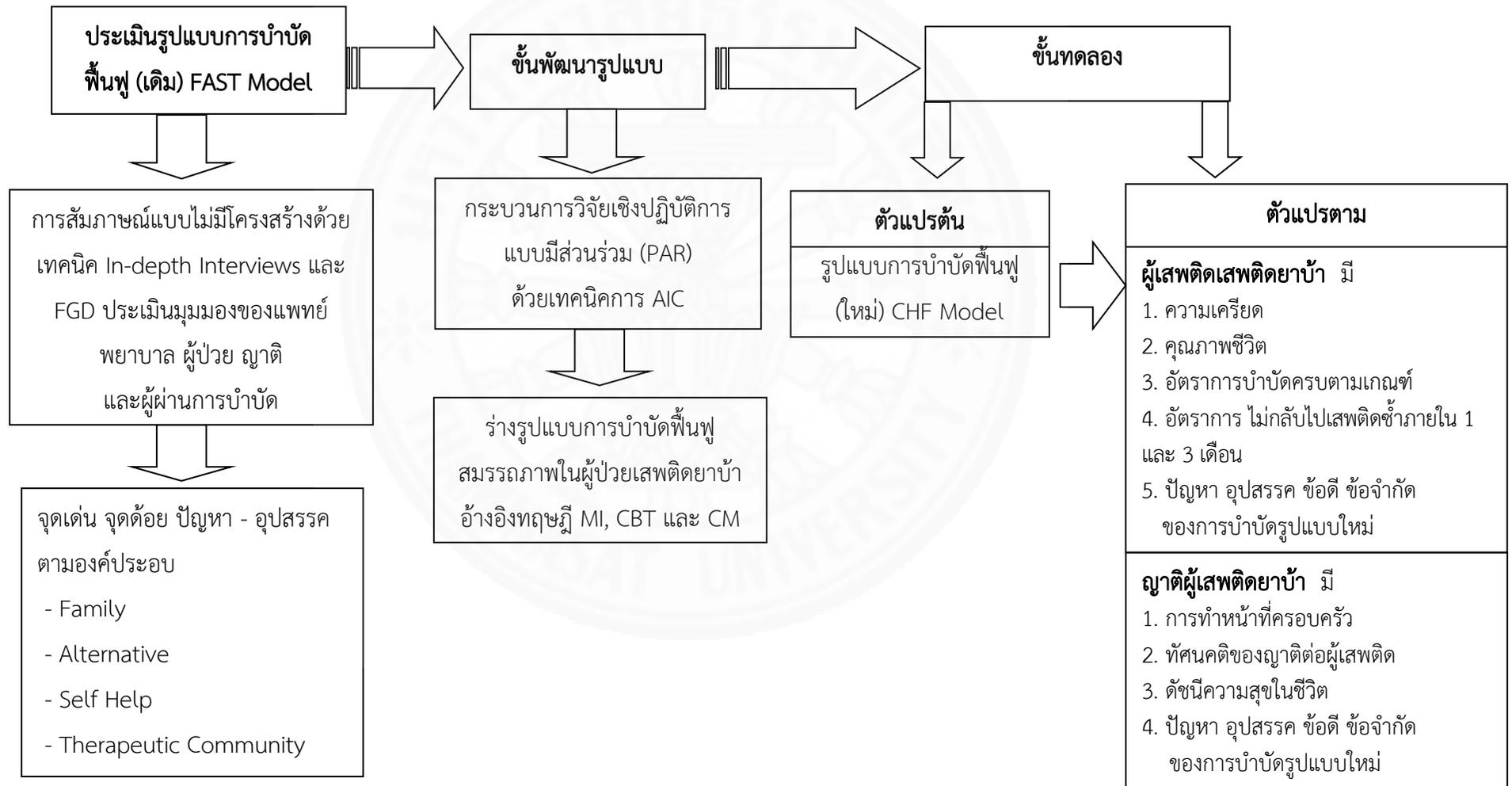
จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีวก่อนเข้าร่วมการบำบัด และในญาติกลุ่มศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมใน 3 ด้าน คือ

1.3.2.1 การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วยเสพติดยา

1.3.2.2 ทักษะการสื่อสารของครอบครัวต่อผู้ป่วยเสพติดยา

1.3.2.3 ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยเสพติดยา

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย



1.5 อธิบายกรอบแนวคิดการวิจัย

จากกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การวิจัยนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเพื่อประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารทางการแพทย์และผู้บริหารทางการแพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าและญาติ ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ โอกาสพัฒนา ปัญหาอุปสรรคจากการบำบัดแบบ FAST Model นำข้อมูลที่ได้มาสรุป ตรวจสอบ ประมวลผลและวิเคราะห์ผลเพื่อนำไปใช้ในระยะเวลาที่ 2

- ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ด้วยการประชุมแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเสนอผลสรุปจากการวิจัยระยะที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุป โดยอ้างอิงทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) ได้ร่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) นำรูปแบบนี้ไปถ่ายทอดและทำประชาพิจารณ์กับบุคลากรในหอผู้ป่วยที่จะไปทดลองใช้ หลังจากนั้นนำเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความถูกต้องเชิงเนื้อหา มีความชัดเจนด้านภาษา และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพื่อดำเนินการต่อในระยะที่ 3

- ระยะที่ 3 ศึกษาเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยผู้วิจัยนำ CHF Model และ FAST Model ไปใช้ในหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยชาย เสพติดยาบ้า ระยะบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และญาติผู้เสพติดยาบ้าในหอผู้ป่วยเดียวกัน ภายใน สธร. แต่ต่างช่วงเวลากัน ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ตัวแปรตามคือประสิทธิผลของการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ วัดผลจากผู้ป่วย คือ ความเครียด คุณภาพชีวิต อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการไม่กลับไปเสพติดยาหลังการบำบัด 1 และ 3 เดือน และวัดผลจากญาติ คือ การทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติต่อผู้เสพติดยา และดัชนีความสุขในชีวิต ร่วมกับการประเมินผลเชิงคุณภาพของการบำบัดแบบ CHF Model จากข้อดี ข้อจำกัด และปัญหา – อุปสรรค

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพยาบ้าและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยเสพยาบ้า เพศชาย กลุ่มญาติผู้ป่วยเสพยาบ้า และกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใน สสร. จังหวัดปทุมธานี โดยผู้ป่วยเสพยาบ้ากลุ่มศึกษาได้รับกิจกรรมการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า (CHF Model) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามปกติของ สสร. ติดตามผลหลังการบำบัดจำนวน 2 ครั้ง คือ หลังบำบัดครบครบกำหนดนาน 1 และ 3 เดือน ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2556 – พฤษภาคม 2559

1.7 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้ป่วยเสพยาบ้า หมายถึง ผู้ป่วยเสพยาบ้า เพศชาย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาบ้า (Meth-amphetamine Dependence Disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Addition TR (American Psychiatric Association). 2005] และบันทึกตามรหัสโรคยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้และสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน สสร.

การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาบ้าที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การวางแผนแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การวิจัยที่ศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหา วางแผนและดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหา รวมทั้งการประเมินผล โดยทุกขั้นตอนของการวิจัย คนในชุมชนนั้นมีส่วนร่วมในการทำงานส่งผลให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ พัฒนาตนเองและพัฒนางานไปพร้อมๆ กัน

ความเครียดในผู้ป่วยเสพยาบ้า หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเสพยาบ้าต้องเผชิญกับปัญหา และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไปได้ โดยแบ่งความเครียดในผู้ป่วยเสพยาบ้าเป็น 4 ระดับ คือ ปกติ/ ไม่เครียด เครียดเล็กน้อย เครียดมาก และเครียดมากที่สุด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดยาบ้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่รู้สึกว่าตนเองมีสภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขกายสบายใจ และมีความสุข โดยแบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และไม่ดี

การบำบัดครบตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพภายในสถานบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่บำบัดด้วย FAST Model อยู่รับการบำบัดครบ 4 เดือน ส่วนผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่บำบัดด้วย CHF Model อยู่รับการบำบัดครบ 3 เดือน

การไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 และ 3 เดือน หมายถึง เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยเสพติดยาบ้าออกจากสถานบำบัด นาน 1 และ 3 เดือนแล้ว ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ การวิจัยครั้งนี้ใช้ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน หากผู้ป่วยมีผลปัสสาวะเป็นลบ แสดงว่าผู้ป่วยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

การทำหน้าที่ครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเสพติดทำหน้าที่ของตนเองต่อผู้ป่วยเสพติดใน 6 ด้าน คือ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน แสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ มีความผูกพันทางอารมณ์ และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม

ความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงสภาพร่างกาย และจิตใจ

ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบของญาติต่อผู้ป่วยเสพติด ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติดได้

1.8 คำสำคัญ

- การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า, การพัฒนารูปแบบ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการบริหาร

1.9.1.1 เป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าให้แก่ผู้บริหาร

1.9.1.2 นำผลการศึกษาไปพัฒนางานด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้

1.9.2 ด้านบริการ

1.9.2.1 ได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าของสถาบันธัญญารักษ์

1.9.2.2 ได้แนวปฏิบัติในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้า

1.9.2.3 ได้เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเสติดในสถานบำบัด ครอบครัว และชุมชน

1.9.3 ด้านการศึกษาวิจัย

1.9.3.1 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสติดยาเสติดประเภทอื่นได้

1.9.3.2 ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาต่อเนื่องได้

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Model Development for Rehabilitation in Meth-amphetamine Abuser: A Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ที่ปฏิบัติอยู่ใน สธ. และพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า จากผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาบ้า (รูปแบบใหม่) กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (รูปแบบเดิม) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาบ้า
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)
- 2.3 วิเคราะห์ทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)
- 2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)
- 2.5 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC)
- 2.6 การดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้าด้วยแนวคิด การจัดการรายกรณี (Case Management)
- 2.7 การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (Contingency Management)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาบ้า

2.1.1 ระบบการบำบัดรักษาเสพยาบ้าในประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

2.1.1.1 ระบบสมัครใจ หมายถึง ผู้ป่วยเสพยาบ้าสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งดำเนินการบำบัดรักษาในระบบแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณ

2.1.1.2 ระบบต้องโทษ หมายถึง ผู้ป่วยเสพยาบ้ากระทำความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ททัตสถานบำบัดพิเศษต่างๆ ของ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัด ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม

2.1.1.3 ระบบบังคับบำบัด หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้เสพยาบ้าเข้ารับ การบำบัดรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

2.1.2 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

2.1.2.1 ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-Admission) เป็นการศึกษาประวัติและภูมิหลังผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำ และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์ ลงทะเบียน รวมทั้งการตรวจทางการแพทย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นต้น

2.1.2.2 ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) เป็นการรักษาอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้ยาบ้าด้วยการให้ยาบำบัด แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

(1) การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาตามที่แพทย์กำหนด ทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่บำบัดด้านจิตใจด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด

(2) การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล โดยให้การบำบัดด้วยการถอนพิษยาเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

2.1.2.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับสู่สังคมได้ โดยทีมนักบำบัด กิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ได้แก่ การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการ ฝึกอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยเสพติดยาบ้ามาอยู่ร่วมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบ เรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยหลักศาสนา โดยการนำผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเข้าศึกษาหลักสูตร เป็นต้น

2.1.2.4 ขั้นติดตามหลังรักษา (After-Care) เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอน ด้วยการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดให้มาพบ ณ สถานบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามจะสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่ใกล้ชิด ร่วมกับการตรวจปัสสาวะของผู้ป่วย เพื่อหาสารเสพติดประเมินพฤติกรรมเสี่ยง เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงผู้บำบัดจะให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ หากพบผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำจะใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาโดยเร็ว เพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้เสพติดซ้ำ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ประกอบด้วย

2.2.1 ครอบครัว (F: Family) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัด และรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นจริงมีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนี้

2.2.1.1 การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องต่างๆ ได้แก่

(1) ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว ภารกิจของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์ การเป็นที่พึ่งทางใจ และการสื่อสารภายในครอบครัว

(2) ความรู้เรื่องยาเสพติด สมองติดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูฯ ระเบียบปฏิบัติ การเสพติดซ้ำ ธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น เป็นต้น

2.2.1.2 การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling) เป็นกิจกรรมเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาร่วมกัน

2.2.1.3 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมขึ้น เพื่อนำครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ครอบครัวสัมพันธ์ ครอบครัวศึกษา เป็นต้น

2.2.2 กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative Treatment Activity) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.2.2.1 ชมรมที่ฉันชอบ ได้แก่ ชมรมกีฬา หัตถศิลป์ การอาหาร ตัดผม เป็นต้น

2.2.2.2 ฝึกการคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกสมาธิ กลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น

2.2.2.3 การบำบัดด้วยยา (เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกาย)

2.2.2.4 กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

2.2.2.5 อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ อาสาป้องกันยาเสพติด

2.2.2.6 การศึกษา ภายใน สสร. มีศูนย์การศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน 1 แห่ง

2.2.2.7 กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

2.2.3 กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง (S: Self Help) เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ มีความฉลาดทางอารมณ์ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึกของตนเองด้วยตนเอง จนสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด มีกิจกรรม ดังนี้

2.2.3.1 การบันทึกประจำวัน เป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัว ในบันทึกที่จัดให้ เพื่อทบทวนตัวเองว่าในแต่ละวันทำอะไรดี-ไม่ดีบ้าง ควรปรับปรุง และได้เรียนรู้อะไร ในแต่ละวันที่ผ่านมา

2.2.3.2 การสำรวจตนเอง เป็นการสำรวจตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับตนเอง รวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

2.2.3.3 การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

2.2.3.4 ทักษะการปฏิเสธ เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉินตามหลักการที่ถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกชักชวนให้ไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น

2.2.3.5 ทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแก่ผู้อื่นได้ และฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2.2.3.6 ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์และเตือนตนเอง รวมถึงฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

2.2.3.7 ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการฝึกการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ

2.2.3.8 ทักษะการสื่อสาร เป็นการฝึกให้รู้จักสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจด้วยภาษาพูด ท่าทาง และไต่ถามการรับรู้ความรู้สึกของคนอื่นอย่างถูกต้อง

2.2.3.9 การสร้างวินัยให้ตนเอง เป็นการฝึกระเบียบวินัยเมื่ออยู่เป็นหมู่คณะ

2.2.4 กระบวนการชุมชนบำบัด (T: Therapeutic Community) เป็นรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล จากแนวความคิดช่วยเหลือตนเองมาเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น ปลอดภัย โดยแต่ละคนเป็นเสมือนสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

2.2.4.1 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ผู้บำบัดจะจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

- (1) กลุ่มปฐมนิเทศ
- (2) กลุ่มประชุมเช้า
- (3) กลุ่มสัมมนา
- (4) กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่
- (5) กลุ่มนันทนาการ
- (6) กลุ่มเสริมสร้างประสบการณ์
- (7) กลุ่มจิตบำบัด
- (8) กลุ่มปรับความเข้าใจ
- (9) กลุ่มประเมินงานบำบัด
- (10) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

2.2.4.2 งานบำบัด (Works Therapy) เป็นการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติงานตามทีมงานต่างๆ อาทิ ทีมงานเกษตร งานเลี้ยงสัตว์ งานครัว งานธุรการ-การตลาด งานตัดเย็บ งานอาหาร งานช่างไม้ งานตกแต่งตึก งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

2.2.4.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-Shape Behavior) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ด้วย

(1) เครื่องมือบ้าน (Tools of the House) เป็นกิจกรรมที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- การประชุมทั้งบ้าน (House Meeting) จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนในบ้านให้คำแนะนำผู้กระทำความผิดค่อนข้างรุนแรง เช่น ผิดกฎระเบียบ 4 ข้อใหญ่ คือ การใช้ยาเสพติด ทะเลาะวิวาท มีเพศสัมพันธ์ และลักขโมย ด้วยการสอนให้เรียนรู้พฤติกรรมที่ผิดกฎระเบียบ และปรับปรุงพฤติกรรมตนเองให้ถูกต้อง

- การทำงานใช้ความคิด (Shot Down) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยการใช้เวลาคิดทบทวนถึงพฤติกรรมของตนเอง รู้จักสำนึกผิด และแก้ปัญหาได้ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

- การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด (Prospective Chair/Hot Chair) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงการกระทำของตนเอง และรับฟังเหตุผลของผู้อื่น ได้เรียนรู้พฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนตนเองได้ด้วยการบอกกล่าวจากเพื่อนๆ

- การเรียนรู้ประสบการณ์/การลำดับปัญหา (Learning Experience) เป็นการย้ำเตือนให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงพฤติกรรมตนเอง รู้จักสำนึกผิด เพื่อสร้างความเคยชินในการแก้ปัญหา

- กลุ่มให้คำแนะนำ (Hair Cut) เป็นการว่ากล่าวตักเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งที่ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนตนเองยอมรับฟัง จดจำหลักการ และเหตุผลจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ สร้างทัศนคติที่ดีต่อเพื่อน และเชื่อในคำกล่าวที่ว่า “เพื่อนดีเพื่อก่อ ไม่ได้เกลียดชัง”

- การบอกข้อบกพร่องต่อหน้า (Pull Up) เป็นการบอกการกระทำที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการบอกกล่าวของเพื่อน รวมทั้งเรียนรู้ที่จะไม่กระทำผิดซ้ำๆ

- การพูดคุยตักเตือน (Talking To) เป็นการบอกข้อบกพร่อง และแนวทางแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่ควรแก้ไข สร้างแนวคิดใหม่ในการปรับเปลี่ยนตนเอง

(2) การให้รางวัล เช่น การเลื่อนให้เป็นหัวหน้าทีมงาน การคัดเลือกให้เป็นสมาชิกดีเด่นประจำเดือน เป็นต้น

หมายเหตุ

Shot Down, Hot Chair, Hair Cut และ Pull Up เป็นชื่อเฉพาะของกิจกรรมบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย

2.3 วิเคราะห์ทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ พบว่าการบำบัดแบบ FAST Model นี้ นำทฤษฎี 4 ทฤษฎีมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมโดยสอดคล้องแนวคิดต่างๆ ลงในแต่ละกิจกรรมการบำบัด ทฤษฎีที่นำมาใช้ได้แก่

2.3.1 ทฤษฎีระบบ (System theory) Ludwing von Bertalanffy ศาสตราจารย์ด้านทฤษฎีทางชีววิทยาเป็นผู้วางรากฐานของ "ทฤษฎีระบบทั่วไป" (general system theory) (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) กล่าวไว้ว่า ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย การนำทฤษฎีระบบเข้ามาใช้ เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่ผู้บำบัดจะได้เข้าใจความหมายของสิ่งต่างๆ ได้ลึกซึ้งขึ้น

ระบบ หมายถึง หน่วยรวม (Unified Whole) ที่เกิดจากหน่วยย่อยหลายหน่วยที่มีความสัมพันธ์กันมารวมกัน หน่วยรวมที่เกิดขึ้นนี้มีคุณสมบัติแตกต่างไปจากหน่วยย่อยทั้งหมด และมีการเปลี่ยนแปลงในหน่วยย่อย แต่ละหน่วยจะมีผลกระทบต่อระบบทั้งหมดด้วย (สถาบันธัญญารักษ์, 2546)

คุณสมบัติของระบบ ประกอบด้วย 6 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) มีการประมวลข้อมูลข่าวสาร 2) มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม 3) มีการจัดระบบภายใน และการคงตนเองไว้ 4) มีการสื่อสารสองทาง 5) มีการควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ภายในระบบโดยผ่านทาง การสื่อสาร และ 6) มีขอบเขตระหว่างระบบย่อยด้วยกัน และระหว่างระบบย่อยกับระบบใหญ่

ระบบครอบครัว (Family System) ประกอบด้วย ระบบย่อยหลายระบบ ได้แก่ ระบบย่อยแห่งบุคคล ระบบย่อยของสามี - ภรรยา พ่อ-แม่ และพี่น้อง ในส่วนของระบบใหญ่ที่ครอบคลุมระบบครอบครัว คือ ระบบชุมชน สังคม และประเทศชาติ

ระบบจะดำรงอยู่ได้ต้องมีการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบแน่นอน เรียกว่า "กฎ" โดยแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) กฎที่มีการกำหนดชัดเจนด้วยการพูดคุยกดกลางกัน 2) กฎที่ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดชัดเจนแต่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจกันและกัน กฎทั้งสองนี้ เรียกว่า กฎแห่งครอบครัว ซึ่งมีขึ้นเพื่อให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน กฎนี้สามารถปรับเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ และกาลเวลา

การบำบัด FAST Model นี้ นำแนวคิดการดูแลด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเรียกว่า Bio-Psycho-Social Approach การวิเคราะห์ผู้ป่วยด้วยวิธีการนี้นับเป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ ดูแลการเจ็บป่วยทั้งทางกาย และทางจิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย การทำความเข้าใจความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่เป็นสิ่งสำคัญ

การนำทฤษฎีระบบมาใช้เป็นสิ่งที่ดีในการช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น มีมุมมองในการบำบัดที่กว้างขึ้น ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น

2.3.2 ทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis Theory) Eric Berne ได้พัฒนาทฤษฎีนี้จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย หลังจากได้รับสิ่งเร้าใหม่ๆ เช่น คำพูด การแสดงออกทางสีหน้า ระดับเสียงขณะพูด ที่มีการโต้ตอบและแสดงออกในรูปแบบต่างๆ ทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบหลัก 7 ประการ คือ 1) การวิเคราะห์บุคลิกภาพ 2) การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร 3) ทักษะในชีวิต 4) การใส่ใจ 5) บทบาทในชีวิต 6) เกมชีวิต 7) แสตมป์ (อารมณ์ และความรู้สึก) สิ่งที่สำคัญ และนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดแบบ FAST Model คือ การวิเคราะห์บุคลิกภาพ ตามแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงออก 3 ส่วน เรียกว่า ลักษณะของสภาวะ (Ego State) (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) ได้แก่

2.3.2.1 ภาวะความเป็นพ่อ - แม่ (Parent Ego State) เป็นภาวะที่บุคคลเก็บเกี่ยวพฤติกรรมการแสดงออกที่ตนเองเรียนรู้จากพ่อแม่และสะสมไว้จนกลายเป็นบุคลิกภาพของตนเอง รวมถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมมาโดยอัตโนมัติ จากสิ่งที่บุคคลเคยได้รับประสบการณ์ตรงจากพ่อ - แม่

2.3.2.2 ภาวะความเป็นเด็ก (The Child Ego State) มีอยู่ในบุคคลทุกคน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาวะความเป็นเด็กตามธรรมชาติ ประกอบด้วย การแสดงออกขณะดีใจ ตื่นเต้น แสดงความอยากรู้อยากเห็น แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และภาวะความเป็นเด็กที่ปรับตัวเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ไม่ค่อยสนุกสนานรื่นเริง เช่น พฤติกรรมของเด็กผู้หญิงที่นำบุหรี่ปะซองไปซ่อน เพื่อไม่ให้แม่เห็นว่าเธอสูบบุหรี่ เป็นต้น

2.3.2.3 ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ (The Adult Ego State) เป็นบุคลิกภาพที่คล้ายกับคอมพิวเตอร์ หน้าที่ของภาวะนี้ คือ การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล คำนวณความเป็นไปได้ และตัดสินใจว่าควรดำเนินการอย่างไรอย่างมีเหตุผล

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่นำทฤษฎีนี้มาใช้ เพื่อให้ผู้บำบัดเข้าใจพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยและสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นเพราะเหตุใด เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมตามวัยและสถานการณ์

2.3.3 ทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence Theory) ในปี ค.ศ. 1990 Salovey and Mayer นักจิตวิทยา 2 ท่าน ได้นำแนวคิดนี้มากล่าวเป็นครั้งแรกโดยอธิบายว่า "เป็นรูปแบบหนึ่งของความฉลาดทางสังคมที่ประกอบด้วยความสามารถในการรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นสามารถแยกความแตกต่างของอารมณ์ที่เกิดขึ้นและใช้ข้อมูลนี้เป็นเครื่องชี้นำในการคิดและกระทำสิ่งต่างๆ"

จากนั้น Daniel Goleman นักจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้สานต่อแนวคิดนี้ โดยเขียนหนังสือเรื่องความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) โดยให้ความหมายของ EQ ว่า "เป็นความสามารถหลายด้าน ได้แก่ การเร่งเร้าตัวเองเพื่อไปสู่เป้าหมาย ความสามารถควบคุมความขัดแย้งในตนเอง การรอคอยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความสามารถจัดการกับอารมณ์ไม่สบายต่างๆ ได้ และมีชีวิตอยู่ด้วยความหวัง" ในเวลาต่อมาสังคมยอมรับว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสำคัญต่อความสำเร็จและความสุขในชีวิตมนุษย์นอกจากคำว่า Emotional Quotient ที่เราเรียกกันแล้วยังมีคำอื่นๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น Emotional Intelligence, Emotional Ability, Interpersonal Intelligence, Multiple Intelligence (กรมสุขภาพจิต, 2543)

การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคล มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่

2.3.3.1 ความตระหนักรู้ในตนเอง มีความเข้าใจตนเอง (Self – Awareness)

2.3.3.2 การจัดการด้านอารมณ์ และสร้างแรงบันดาลใจไปสู่เป้าหมาย (Motivating Oneself)

2.3.3.3 การรู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy)

2.3.3.4 ความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข (Social Skill)

2.3.3.5 ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relationship)

ผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่ มีบุคลิกภาพแปรปรวน อารมณ์อ่อนไหวง่าย เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งมักเผชิญกับปัญหาได้ยาก เกิดความขัดแย้งภายในตัวบุคคล และมีสัมพันธภาพที่บกพร่องกับผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด มุมมอง พร้อมทั้งไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้เหมาะสม (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) จากการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์สามารถช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสมบูรณ์ (Mutuality) ในด้านอารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O' Neil (อุไร ต้นสกุล, 2544) ที่กล่าวว่า บุคคลทุกเพศทุกวัยสามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของตนเองได้ตลอดเวลา ซึ่งการพัฒนาทักษะความฉลาดทางอารมณ์ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นได้เอง แต่จำเป็นต้องเรียนรู้ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อปรับมุมมองจนสามารถเปลี่ยนแนวคิดได้ ทั้งนี้กิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ การเสริมสร้างให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ การแสดงออก บทบาทสมมุติ การฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ กิจกรรมเหล่านี้นักวิจัยเชื่อว่าจะสามารถฝึกให้บุคคลมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว สรร.จึงนำทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติด เพราะเชื่อว่าการสร้างความฉลาดทางอารมณ์ให้กับผู้ป่วยเสพติดจะช่วยปรับเปลี่ยนแนวคิด มุมมองของผู้ป่วยเสพติดได้ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้จนไม่ไปเสพติดซ้ำ

2.3.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ที่นิยมนำมาใช้เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด คือ ทฤษฎีการวางเงื่อนไข (Conditioning) แยกเป็น 2 ประเภท คือ

(1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบดั้งเดิม (Classical Conditioning Theory)

ของ Pavlov นักสรีระวิทยาชาวรัสเซียที่เชื่อว่า พฤติกรรมที่จะเกิดการวางเงื่อนไขแบบดั้งเดิมได้มักเป็นพฤติกรรมหรือการตอบสนองที่เกิดจากปฏิกิริยาสะท้อน อันมีพื้นฐานมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การที่คนเห็นมะม่วงแล้วน้ำลายไหล การทำงานของต่อมต่างๆ ในร่างกาย การทำงานของระบบกล้ามเนื้อต่างๆ พฤติกรรมการตอบสนองในการวางเงื่อนไขแบบดั้งเดิมเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเหล่านี้ เรียกว่า พฤติกรรมตอบสนอง หรือพฤติกรรมที่เป็นไปโดยอัตโนมัติ Pavlov เชื่อว่าการเรียนรู้ของสิ่งมีชีวิตจำนวนมากเกิดจากการวางเงื่อนไข คือ การตอบสนอง หรือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นต่อสิ่งเร้าหนึ่งมักมีเงื่อนไข หรือสถานการณ์เกิดขึ้นซึ่งในสภาพปกติหรือในชีวิตประจำวัน การตอบสนองเช่นนี้อาจไม่มี เช่น เมื่อสุนัขได้ยินเสียงกระดิ่งแล้วน้ำลายไหล เสียงกระดิ่งเป็นสิ่งเร้าที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้จากการวางเงื่อนไข (เพราะโดยปกติเสียงกระดิ่งไม่ได้ทำให้สุนัขน้ำลายไหลแต่คนต้องการให้สุนัขน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่ง) Pavlov เรียกว่า สิ่งเร้าที่มีเงื่อนไข (Conditioned Stimulus) และปฏิกิริยาน้ำลายไหลเป็นการตอบสนองที่เรียกว่า “การตอบสนองที่มีเงื่อนไข” (Conditioned Response)

(3) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning Theory)

พัฒนาขึ้นโดย Skinner มีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมของมนุษย์ตกอยู่ภายใต้การควบคุมของเงื่อนไขการเสริมแรงและลงโทษ ประเภทของตัวเสริมแรง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ตัวเสริมแรงบวกกับตัวเสริมแรงลบ และยังแบ่งเป็นตัวเสริมแรงปฐมภูมิกับตัวเสริมแรงทุติยภูมิ ดังนี้

- ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer) เป็นสิ่งเร้าที่จะสนองความต้องการทางร่างกาย (อินทรีย์) โดยตรง เช่น เมื่อเกิดความต้องการอาหาร อาหารก็จะเป็นตัวเสริมแรงปฐมภูมิที่จะลดความหิวลง เป็นต้น ลำดับขั้นของการลดแรงขับของตัวเสริมแรงปฐมภูมิ ดังนี้

- ความไม่สมดุลในร่างกาย (อินทรีย์) ก่อให้เกิดความต้องการ
- ความต้องการจะทำให้เกิดแรงขับที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรม
- แสดงพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย เพื่อจะได้รับการตอบสนอง
- ถึงเป้าหมาย หรือได้รับสิ่งที่ต้องการ สิ่งที่ได้รับที่เป็นตัวเสริมแรงปฐมภูมิ

- ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer) เป็นสิ่งเร้าที่เป็นกลาง เมื่อนำสิ่งเร้าที่เป็นกลางเข้าคู่กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ สิ่งเร้าซึ่งแต่เดิมเป็นกลางก็กลายเป็นตัวเสริมแรง และจะมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เรียกว่า ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ เช่น เมื่อหนูกดคาน จะมีแสงไฟสว่างขึ้น และมีอาหารตกลงมา แสงไฟซึ่งแต่เดิมเป็นสิ่งเร้าที่เป็นกลางต่อมาเมื่อนำมาเข้าคู่

กับอาหาร (ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ) บ่อยๆ แสงไฟก็จะกลายเป็นตัวเสริมแรงปฐมภูมิเช่นเดียวกับอาหาร แสงไฟจึงเป็นตัวเสริมแรงทุติยภูมิ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าตามหลักการบำบัดแบบ FAST Model นี้ประกอบไปด้วย 4 ทฤษฎีหลักข้างต้น ทั้งนี้เมื่อนำกิจกรรมต่างๆ มาวิเคราะห์สามารถแยกตามองค์ประกอบของ FAST Model ได้พบว่า

1. ครอบครัว (F: Family) เป็นกิจกรรมที่นำครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ 3 กิจกรรม ได้แก่การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) การให้บริการปรึกษากับครอบครัว (Family Counseling) และครอบครัวบำบัด (Family Therapy) นั้น เมื่อวิเคราะห์การใช้ทฤษฎีในส่วนนี้พบว่า มีการใช้ทั้ง 4 ทฤษฎีผสมผสานกัน ดังนี้

ทฤษฎีการเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ด้วยการสอนผู้ป่วย และครอบครัวให้เรียนรู้เรื่องจิตวิทยาวัยรุ่น และจิตวิทยาครอบครัว ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว ในส่วนของครอบครัวบำบัด เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยในการบำบัดด้วยการใช้กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์และครอบครัวบำบัดโดยไม่ได้อ้างอิงถึงทฤษฎีครอบครัวบำบัดตามหลักการบำบัดครอบครัวที่กล่าวไว้ว่า “ครอบครัวบำบัด” (Family Therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัด ที่คำนึงถึงระบบของครอบครัวเป็นสำคัญ ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำสมาชิกของครอบครัวมาพบที่ผู้บำบัด และขอความร่วมมือในการหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับปรุงบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดสถานะใหม่ที่สมดุล (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) แต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยน เพื่อให้เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ จึงสรุปได้ว่าในส่วนของครอบครัวบำบัด เป็นเพียงการนำกิจกรรมเข้ามาช่วยเพื่อประสานสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว กับผู้ป่วยเท่านั้นไม่ได้ อ้างอิง หรือดำเนินการตามทฤษฎีครอบครัวบำบัดแต่อย่างใด

ทฤษฎีระบบ มีการประยุกต์ทฤษฎีนี้ด้วยการจัดกิจกรรม สร้างสถานการณ์ ร่วมกับการประสานให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยนำคุณสมบัติที่สำคัญ 6 ประการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองเพิ่มขึ้น ปรับระบบการสื่อสาร ภายในครอบครัวด้วยการใช้ภาษาที่เข้าใจกันและกัน มีการควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ภายในระบบ โดยผ่านกฎการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้หน้าที่ของตนเองในครอบครัว รวมถึงสร้างให้เกิดการเรียนรู้ขอบเขตของตนเองกับเพื่อนร่วมทีม (ระหว่างระบบย่อยด้วยกัน) และ การเรียนรู้ขอบเขตของตนเองกับระบบการทำงานเป็นทีมที่เป็นระบบใหญ่ซึ่งเป็นการฝึกงาน ฝึกอาชีพ (ระหว่างระบบย่อยกับระบบใหญ่) เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ร่วมกันจะสามารถปรับตัวเข้าหากันได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจและพัฒนาครอบครัวของตนเองให้เป็นครอบครัวที่อบอุ่นได้ การบำบัดรูปแบบนี้ใช้ทฤษฎีระบบได้ครบในส่วนของการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ทฤษฎีวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วนของครอบครัวมีการนำแนวคิดนี้เข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้สภาวะอารมณ์ของตนเอง ว่าขณะที่ผู้ป่วยเกิดอารมณ์โกรธ ดีใจเสียใจตนเองแสดงพฤติกรรมอย่างไร เหมาะสมมากน้อยเพียงใด หากไม่เหมาะสมผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยทบทวนตัวเอง เพื่อผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ว่าหากเกิดความรู้สึกเช่นเดิมผู้ป่วยจะสามารถแสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับภาวะอารมณ์นั้น จนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ในส่วนของกิจกรรมครอบครัวด้วยการสอนผู้ป่วยให้รู้จักการพัฒนาตนเองด้านอารมณ์ ความรู้สึก จนเกิดการเติบโตภายในตัวผู้ป่วยและมีการแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ จนสามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

2. กิจกรรมทางเลือก (A = Alternative Treatment Activity) เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดด้วยการใช้กิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยด้วย 4 กิจกรรมคือ ชมรมที่ฉันทชอบ กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต การฝึกอาชีพ และการบำเพ็ญประโยชน์

ในกิจกรรมทางเลือก เมื่อวิเคราะห์การใช้ทฤษฎีพบว่าการผสมผสานการใช้ทั้ง 4 ทฤษฎีในกิจกรรมนี้ ดังนี้

ทฤษฎีการเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ในส่วนของกิจกรรมที่ฉันทชอบ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติตนเอง เรียนรู้ความหมายของชีวิตและเรียนรู้ว่าการทำงานเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในส่วนของกิจกรรมกลุ่มการศึกษาเป็นการเรียนรู้ชีวิตผ่านประสบการณ์ตรงผสมผสานกับการเรียนรู้เชิงวิชาการซึ่งปัจจุบัน เรียกการเรียนรู้รูปแบบนี้ว่า “การศึกษาตามอัธยาศัย” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเสพติดได้แสวงหาความรู้ ไม่หยุดชะงักทางการเรียน แม้ว่าจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันฯ นานถึง 4 เดือนก็ตาม กิจกรรมการฝึกอาชีพ เป็นการนำทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกทักษะให้เกิดความเชี่ยวชาญจนสามารถนำไปประกอบอาชีพได้เมื่อผ่านการบำบัดฯ

ทฤษฎีระบบ ประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมทางเลือกให้กับผู้ป่วยเสพติด โดยอาศัยแนวความคิดความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยต่างๆ ทางสังคม ผู้ป่วยนับเป็นระบบหนึ่งของสังคมจึงควรมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นซึ่งกิจกรรมทางเลือกทั้ง 4 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองและรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการอย่างเป็นระบบ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการจัดกิจกรรมทางเลือกด้วยการแสดงพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อาทิ ผู้ป่วยจะแสดงภาวะความเป็นเด็กเมื่อผู้ป่วยรู้สึกสนุกสนาน ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมที่ฉันทสนใจ เช่น ชมรมกีฬา ชมรมศิลปหัตถกรรม ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยการหัวเราะ ยิ้ม แสดงความพึงพอใจ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วย

ได้เรียนรู้ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ ในกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต (กลุ่มการศึกษาและการบำเพ็ญประโยชน์) โดยการแสดงความคิดเห็นด้วยเหตุผลและรู้จักการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง

ในส่วนของทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ มีการนำมาใช้ในกิจกรรมทางเลือก ด้วยการทำงานร่วมกันเป็นทีม การทำงานร่วมกับบุคคลอื่น การฝึกและการทดลองทำซ้ำๆ การจัดประสบการณ์ตรงให้กับผู้ป่วยจนสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้โดยไม่เก้อเขิน เช่น การยกมือไหว้เพื่อกล่าวคำขอโทษ การยกมือเมื่อต้องการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

3. กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S = Self Help) เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความฉลาดทางอารมณ์และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถปรับพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึกด้วยตนเอง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง จนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและไม่พึ่งพาสมาชิกด้วยกิจกรรมการบันทึกประจำวัน การสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร และการสร้างวินัยให้ตนเอง

ในกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองเมื่อวิเคราะห์การใช้ทฤษฎีพบว่ามีการผสมผสานการใช้ทั้ง 4 ทฤษฎีในกิจกรรมนี้ ดังนี้ ทฤษฎีการเรียนรู้นำมาประยุกต์ในกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง กิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรมจัดขึ้น โดยผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง อาทิ กิจกรรมการบันทึกประจำวัน เป็นการนำทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการวิเคราะห์ว่าวันหนึ่งๆ ที่ผ่านมามาตนเองได้เรียนรู้อะไรบ้างและจะนำความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาเป็นบทเรียนอย่างไร จึงจะไม่ทำให้เกิดความผิดพลาดอีก

ทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ นำมาใช้ในส่วนนี้ด้วยการเสริมทักษะชีวิตผ่านกิจกรรมต่างๆ และได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยทักษะชีวิตเหล่านี้ถูกบรรจุแฝงอยู่ในทุกกิจกรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะเหล่านี้ทุกวันจนเกิดความเคยชินและสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้โดยอัตโนมัติ

4. กระบวนการชุมชนบำบัด (T = Therapeutic Community) เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลตามแนวคิดการช่วยเหลือตนเองสู่การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น ปลอดภัย โดยแต่ละบุคคลเป็นเหมือนสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักคือกลุ่มบำบัด (Group Therapy) งานบำบัด (Works Therapy) และกิจกรรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-Shape Behavior)

จากการวิเคราะห์การนำทฤษฎีมาใช้ในการบำบัดแบบ FAST Model ในภาพรวม พบว่ามีการนำทฤษฎีที่กล่าวไว้ข้างต้นทั้ง 4 ทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ โดยผู้บำบัดมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนและพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนการวางเงื่อนไขให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ผ่านสถานการณ์ในสภาพสมมติ คือ ไม้ได้อยู่ในสถานการณ์จริงที่บ้าน หรือที่ทำงาน ส่งผลให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน/ที่ทำงาน ผู้ป่วยจะไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่คาดหวังได้ เนื่องจากพ่อ - แม่

ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ นายจ้าง หรือเพื่อนร่วมงาน แม้กระทั่งสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยยังไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเสพติด

จากการวิเคราะห์กิจกรรมการบำบัดแบบ FAST Model ภายใน สสร. พบว่า ยังพร่องในเรื่องการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ทั้งนี้วิธีการบำบัดครอบครัวที่อ้างอิงตามหลักวิชาการ โดยให้บุคคลในครอบครัวรับรู้ว่าการเสพติดเป็นปัญหาของครอบครัวมิใช่เป็นปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทุกคนในครอบครัวต้องเสริมแรงซึ่งกันและกัน และครอบครัวควรเรียนรู้วิธีการประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด รวมถึงวิธีการช่วยเหลือในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจลดลง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงเช่นใดจึงต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

เป็นการวิจัยที่ผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวมทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดย คณะผู้วิจัย ชุมชนและแกนนำมีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้

Kerlinger (1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือ การแสวงหาความรู้ ความจริงที่ถูกต้อง เชื่อถือและตรวจสอบได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีกลุ่มบุคคลเข้ามาร่วมกันเรียนรู้เพื่อรู้จักตัวเอง ชุมชน สิ่งแวดล้อม ให้เห็นปัญหาของตัวเอง และเห็นทางแก้หรือทางออกจากปัญหา โดยลงมือปฏิบัติจริง ได้ผลจริง แก้ปัญหาได้จริง

กมล สุดประเสริฐ (2540) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ว่าเป็นการศึกษา ค้นคว้า และหาความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์แบบเดิมๆ ต่างกันเพียง PAR มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาเพื่อการพัฒนา เป็นกระบวนการวิจัยที่ดำเนินการจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์ร่วมกัน สอดคล้องกับ นิตยา เงินประเสริฐศรี, 2544 และสุภาภรณ์ จันทวานิช, 2547 ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง วิธีการที่ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหา

สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมกันดำเนินการวิจัยโดยสมาชิกในชุมชน กับผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้น และพัฒนางานจนเห็นภาพแห่งความสำเร็จในการทำงานนั้นๆ

วัตถุประสงค์ของ PAR เพื่อ

1. ปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชนตระหนักในปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหาของตนเอง
2. ให้ชุมชนได้เรียนรู้แบบพหุภาคี (Stakeholder)
3. ให้ชุมชนร่วมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง
4. ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม การทำงานร่วมกันแก้ปัญหา และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของ PAR เชื่อว่า PAR

1. เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน
2. เกิดจากบุคคลต้องการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นเครื่องมือในการช่วยคนด้อยโอกาส ด้วยการวางพื้นฐานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนากับชุมชน
3. เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพราะต้องอาศัยการยอมรับของบุคคล

หลักการของ PAR คือ

1. บุคคลมีศักยภาพในการร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชน/องค์กรที่ดีกว่า
2. ทุกคนรู้แต่อาจจะคนละด้าน คนละเรื่อง คนละมิติ
3. การสร้างและใช้ความรู้ต้องเป็นประชาธิปไตย
4. ทรัพยากร ประโยชน์ต้องแบ่งปันและกระจายอย่างเป็นธรรม
5. ความมุ่งมั่น ความร่วมใจจากคนในและคนนอกจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง การวิจัยนี้จะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของหน่วยงาน
6. ทุกฝ่ายร่วมมือบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกันและยอมรับผลที่เกิดขึ้นร่วมกัน
7. การเปลี่ยนแปลงสู่สิ่งที่มุ่งหวังเป็นไปอย่างสันติวิธี มีคุณภาพระหว่างปัจเจก สังคม และธรรมชาติ

การวิจัยตามแนวคิดนี้ ต้องมีการบันทึกทุกขั้นตอนที่ลงมือทำ ว่ามีกิจกรรมใดที่ก้าวหน้า เพราะเหตุใด และอย่างไร ในทางตรงกันข้ามต้องบันทึกเช่นกันว่ามีกิจกรรมใดบ้างที่ทำแล้วไม่ได้ผล เพราะเหตุใด มีปัญหา-อุปสรรคอะไร แก้ไขอย่างไร ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกผู้วิจัยจะต้องนำไปถอดบทเรียน เพื่อค้นหากระบวนการที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนา

สรุปว่า PAR มีกระบวนการดังนี้

1. ผู้ทำการวิจัยเปลี่ยนจากผู้วิจัยภายนอก โดยประชาชนในชุมชนมีโอกาสเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วม ในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย

2. ขอบเขตของการมีส่วนร่วม จากเดิมการมีส่วนร่วมเพียงวงจำกัดในบางขั้นตอน เท่านั้นก้าวสู่การมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติและติดตามประเมินผล

3. หลักของความเป็นประชาธิปไตยจะเพิ่มมากขึ้นใน PAR เนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชนเอง ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ให้ประชาชนตัดสินใจร่วมกัน ชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง เกิดความพึงตนเองได้ในที่สุด

4. เกิดการสร้างองค์ความรู้ใหม่ เนื่องจากการผสมผสานความรู้ของนักวิชาการ กับความรู้พื้นบ้าน ให้เกิดความรู้ใหม่ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็นการผสมผสานความรู้จากภาค ทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน

5. ความรู้ที่ประชาชนได้รับ PAR เป็นการปฏิบัติที่ไม่ใช่เพียงการเข้าใจดังการวิจัยรูปแบบอื่นแต่ต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติทำให้เกิดความเข้าใจที่เป็นนามธรรมออกมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและพัฒนาความรู้ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง

6. PAR เป็นการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนา ทั้งวิธีการวิจัยและการพัฒนามนุษย์

ประโยชน์ที่ได้รับจาก PAR

1. ชาวบ้าน ประชาชนจะตื่นตัว เพราะได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถคิดและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

2. ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

3. ผู้วิจัยและนักพัฒนาจะได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน อันก่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนได้ดีขึ้น และเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง

2.5 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC)

กระบวนการ AIC ถือเป็นวิธีหรือกลไกที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกระดับ ทุกคนในองค์กร หน่วยงาน กลุ่มสังคม คณะบุคคล ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำมาซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงานร่วมกัน ก่อให้เกิดการระดมสมอง เพื่อร่วมกันคิดร่วมกันวิเคราะห์หาหนทางเลือก เพื่อที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของในผลงานที่บุคคลมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความผูกพัน มีความรักและห่วงแหน คอยปกป้องรักษาให้เกิดความมั่นคงยั่งยืน (ประเวศ วะสี และไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, 2537)

กระบวนการ AIC เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อจัดทำแผน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมประชุมมีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้

เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์ พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543)

สรุปว่า กระบวนการ AIC คือ วิธีการที่เปิดโอกาสให้ทุกคนในองค์กร ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ จนทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางาน โดยก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความรู้สึก ความผูกพัน มีความรัก และความเป็นเจ้าของในผลงานที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น

กระบวนการ AIC มีขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการจัดเก็บข้อมูลในทุกมุมมองซึ่งจะพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดได้ นั่นคือ เวทีที่เปิดกว้างให้อิสระ และมีเอกภาพในการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการบูรณาการผลงานที่ยั่งยืนซึ่งเกิดจากกิจกรรมการพัฒนา กระบวนการ AIC มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 กระบวนการสร้างความรู้สึกชื่นชม หรือยอมรับผู้อื่น (Appreciation : A) เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในองค์กร แสดงความคิดเห็นและรับฟังผู้อื่นเฉพาะในกลุ่มของตน พร้อมทั้งร่วมกันพิจารณาหาข้อสรุปว่าประเด็นใดเป็นสาระสำคัญของกลุ่ม และกลุ่มเห็นว่าควรดำเนินการในเรื่องใดเป็นการเร่งด่วนก่อน - หลัง เพื่อให้ทุกคนเกิดการยอมรับ และมีโอกาสชื่นชมผู้อื่นที่นำเสนอสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยจะสะท้อนให้สมาชิกในกลุ่มหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบถึงผลประโยชน์ร่วม เห็นข้อดี ข้อเสีย และความเป็นไปได้ เพื่อนำชุดความคิดในประเด็นหลักที่ผ่านการตกลงของกลุ่มแล้วนำเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อใช้ในการตัดสินใจ กระบวนการ AIC ควรกำหนดกรอบให้ง่ายในการคิดต่อยอด โดยอาจใช้การวาดภาพ คำพูด หรือการเขียนข้อความแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของพื้นที่นั้นๆ ควรกำหนดประเด็นหลักไว้ดังนี้

A 1: การวิเคราะห์สภาพการณ์ในปัจจุบันโดยรวมว่าเป็นอย่างไร

A 2: การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ในการพัฒนาที่ควรจะเป็น

ขั้นที่ 2 กระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เป็นขั้นตอนร่วมกันคิดหาวิธีการสำคัญที่จะทำให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ (A2) โดยนำผลสะท้อนอันเกิดจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน (A 1) ผ่านกระบวนการตกลงของแต่ละกลุ่มมากำหนดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I 1: การคิดหาวิธีการ - แนวทาง - การกำหนดกิจกรรมหรือโครงการฯ

I 2: การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและโครงการฯ ที่ร่วมกันคิดขึ้น

ขั้นที่ 3 กระบวนการยอมรับวิธีการสำคัญและสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เป็นขั้นตอนของการยอมรับและการทำงานร่วมกัน โดยนำโครงการหรือกิจกรรมลงสู่การปฏิบัติที่กำหนดให้เป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

C 1: การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม

C 2: การตกลงในรายละเอียดการดำเนินงานที่ครอบคลุม

2.6 การดูแลผู้ป่วยเสฟติดด้วยแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)

2.6.1 การจัดการรายกรณี หมายถึง ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้วิธีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนแนวทางการดูแล ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า (The American Case Management Society of America, 1994)

Certification of Insurance Rehabilitation Specialists Commission (2545) ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการร่วมกันของทีมสุขภาพ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนประสานงานติดตาม และประเมินแนวทางการจัดการดูแล รวมทั้งบริการต่างๆ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยการสื่อสาร และแหล่งประโยชน์ที่มี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งด้านคุณภาพการดูแล และความคุ้มค่าของสถานบริการ

สมาคมพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Nurses' Association, 1999) ให้ความหมายของ การจัดการรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการดูแลที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ประสานงานร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งให้บริการต่างๆ อย่างเป็นระบบ ประเมินทรัพยากรทางเลือก และตัดสินใจให้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย ลดการให้บริการแบบแยกส่วน โดยมีเป้าหมาย คือ การให้บริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่า แนวคิดของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nursing Case Management) ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน ปฏิบัติงาน การประเมินและติดตามผลงาน

The Colombo Plan Asian Centre (2012) ให้คำจำกัดความของ การจัดการรายกรณี ว่าเป็นการจัดการรายกรณีแตกต่างจากการให้คำปรึกษา กล่าวคือ การจัดการรายกรณี มีจุดเน้นในการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยเสฟติดได้รับทรัพยากรจากภายนอก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเสฟติดประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษา โดยแบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ 1) การจัดการรายกรณีภายในองค์กร (Intra Program) เป็นบริการที่อำนวยความสะดวกภายในองค์กร 2) การจัดการรายกรณีภายนอกองค์กร (Inter Program) เป็นการบริหารจัดการในกรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยเสฟติดไปบำบัดในสถานบำบัด

อื่นในชุมชน หรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับบริการอย่างอื่น เช่น การส่งฝีกอาชีพ การส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น โดยผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) มีหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนตามปัญหาที่พบ เชื่อมโยงเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือ กำกับดูแล ติดตาม และให้การสนับสนุน

โดยสรุปการจัดการรายกรณี คือ กระบวนการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ให้การประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแล ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อชุมชน โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า คุ่มทุน

2.6.2 ประโยชน์ของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพติด (The Colombo Plan Asian Centre, 2012) คือ

2.6.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงสิ่งสนับสนุนในชุมชนได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

2.6.2.2 ช่วยผู้ให้บริการรับรู้ปัญหา – อุปสรรคของผู้ป่วยตั้งแต่แรก และให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และเชื่อถือในกระบวนการบำบัด

2.6.2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าใจ ขั้นตอนกระบวนการบำบัดรักษา เตรียมผู้ป่วยในการบำบัดแต่ละขั้นตอน จนผู้ป่วยเข้าใจไว้วางใจ และลดความเครียดได้

2.6.2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านขั้นตอนการบำบัดจากขั้นที่หนึ่งสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง โดยไม่หลุดออกจากระบบการบำบัดรักษา

2.6.2.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้แหล่งทรัพยากร เช่น การให้ความช่วยเหลือเรื่องที่อยู่ ที่ทำกิน/แหล่งฝึกงาน/ฝีกอาชีพ สถานที่บำบัดโรคทางกาย และจิต เป็นต้น

2.6.3 แนวคิดพื้นฐานของการจัดการรายกรณี 8 ประการ ที่นำมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ คือ

2.6.3.1 มีจุดติดต่อเพียงจุดเดียว เพื่อป้องกันความสับสนระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการบำบัด โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

2.6.3.2 การจัดการรายกรณีต้องผลักดัน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในการจัดการ และให้คำปรึกษา รวมถึงช่วยผู้ผู้ป่วยสามารถเลือกหนทางในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2.6.3.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยหาแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นให้

2.6.3.4 ใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้ความช่วยเหลือ โดยขอความร่วมมือจากแหล่งชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนของตนเองได้

2.6.3.5 ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นไปได้ เช่น ให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่มีที่พักอาศัย ผู้จัดการรายกรณีจะติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานสงเคราะห์ผู้ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น

2.6.3.6 ให้การสนับสนุนเชิงป้องกัน ผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องธรรมชาติของผู้ติดยา และการกลับไปเสพติดซ้ำ รวมถึงปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยเสพติด ซึ่งหากผู้จัดการรายกรณีมีความรู้เหล่านี้จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำของผู้ป่วยได้ด้วยการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่น

2.6.3.7 ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความยืดหยุ่นในการดูแลผู้ป่วยเสพติด เพื่อปรับความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเสพติดแต่ละราย

2.6.3.8 ผู้จัดการรายกรณีต้องสนใจเกี่ยวกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วยเสพติด เพื่อส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ และช่วยเหลือโดยไม่ละเมิดต่อความเชื่ออื่นๆ

2.6.4 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี ได้แก่

2.6.4.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยเสพติด (Assessment) มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยเสพติดเฉพาะบุคคล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยเสพติด และสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยการประเมินสภาพผู้ป่วยเสพติด ประกอบด้วย 9 ประเด็นคำถาม คือ

(1) ภูมิหลังและสถานะปัจจุบัน ผู้จัดการรายกรณี จะสอบถามเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต -ปัจจุบัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น

(2) ประวัติการใช้ยาเสพติดในอดีตและปัจจุบัน เช่น อายุที่เริ่มใช้ยา ยาเสพติดที่ใช้ จำนวนที่ใช้ วิธีการใช้ รูปแบบการใช้ ความถี่ที่ใช้ ประวัติการรักษา เป็นต้น

(3) โรคประจำตัว โรคแทรกซ้อน เช่น โรคที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคตับ ความพิการทางกาย และโรคประจำตัวอื่นๆ เป็นต้น

(4) สภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรม และความคิด เช่น ประวัติด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติด้านความคิด เป็นต้น

(5) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเสพติด เช่น ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกเสพติดระดับใด ความพร้อมในการเข้ารับการรักษา เป็นต้น

(6) การกลับไปเสพติดซ้ำ สอบถามเกี่ยวกับวิธีการกับอาการอยากยาเสพติด ความสามารถในการแสวงหายาเสพติด ตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้กลับไปเสพติดซ้ำ

(7) ความปลอดภัยของผู้ป่วยเสพติด สอบถามถึงความคิดในการฆ่าตัวตายหรืออันตรายที่อาจเกิดกับตัวผู้เสพติด เช่น ความคิดทำร้ายตนเอง ความคิดหวาดระแวง เป็นต้น

(8) ความสามารถทั่วไปของผู้ป่วยเสพติด เช่น ความสามารถในการเข้าถึง บริการทางการแพทย์ ความสามารถในการอยู่ครบโปรแกรมการบำบัดรักษา เป็นต้น

(9) ทักษะด้านอาชีพ สอบถามเกี่ยวกับความสามารถทั่วไป เช่น ความสามารถ ด้านอาชีพ รวมถึงความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยเสพติดต้องการ เป็นต้น

2.6.4.2 การวางแผนช่วยเหลือ (Planning) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

- (1) การบ่งชี้ปัญหาหลักของผู้ป่วยเสพติด
- (2) การบ่งชี้จุดประสงค์ของผู้ป่วยเสพติดทั้งหมด
- (3) กำหนดกิจกรรมที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดให้ไปถึงเป้าหมายของ ผู้ป่วย โดยกิจกรรมนั้นๆ ต้องเป็นกิจกรรมทั้งในและนอกความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี

2.6.4.3 การประสานและการส่งต่อผู้ป่วย นับเป็นส่วนสำคัญของการจัดการรายกรณี

เพราะการบำบัดรักษาหนึ่งโปรแกรมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเสพติดได้ครบทุก ประเด็น จุดประสงค์ของการจัดการรายกรณีภายในหน่วยงาน คือ การประสานงานระหว่างบุคคลที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะ ส่งผลดีต่อผู้ป่วยเสพติด เนื่องจากเกิดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแล ให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยเสพติดอย่างเป็นระบบ

2.6.4.4 การกำกับดูแล นับเป็นหน้าที่สำคัญของผู้จัดการรายกรณีที่จะผลักดันให้ ผู้ป่วยเสพติดสามารถก้าวผ่านการบำบัดรักษาได้อย่างเป็นระบบ โดยมีหน้าที่หลัก 4 ข้อ ได้แก่

- (1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดอยู่ในระบบการติดตามและอำนวยความสะดวกใน การติดตามผลการรักษา
- (2) ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยเสพติด และเอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยเสพติด เข้ารับบริการรักษาอื่นๆ ที่ต้องการได้ตามความเหมาะสม
- (3) จัดการกับปัญหา - อุปสรรคของการบำบัดรักษา เช่น การบำบัดที่ใช้ระยะ เวลานานเกินไป
- (4) ประสานความร่วมมือในการบำบัดตามความต้องการของผู้ป่วยเสพติด

2.6.4.5 การสนับสนุนช่วยเหลือในทุกด้าน ทั้งด้านครอบครัว กฎหมาย หรือการ บำบัดรักษาในรูปแบบอื่นๆ

2.6.5 รูปแบบการจัดการรายกรณี

งานด้านการดูแลสุขภาพจิตและบริการทางสังคมได้นำหลักการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมา ใช้ในการพัฒนางานเป็นเวลานานกว่า 3 ทศวรรษการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหลายรูปแบบแต่ทุก รูปแบบมีหลักการสำคัญ คือเน้นให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่าย – จ่ายที่เหมาะสม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Cohen, 2005 อ้าง

ในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) โดยทั่วไปการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะใหญ่ๆ (The Colombo Plan. Case Management for Addiction Professional, 2012) ดังนี้

2.6.5.1 ผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย (Brokeraged/Generalist Model of Case Management) บทบาทหลักของผู้จัดการรายกรณีรูปแบบนี้ คือ การเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งบริการต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการซึ่งมีบทบาทหน้าที่เฉพาะดังนี้ 1) ค้นหาคัดกรองผู้ป่วย 2) ประเมินความต้องการของผู้ป่วย 3) วางแผนการประสานงาน 4) เชื่อมโยงผู้ป่วยเข้าสู่แหล่งบริการที่ต้องการ 5) ติดตามตรวจสอบ ประเมินผล และ 6) ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

2.6.5.2 ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical/Rehabilitation Model of Case Management) ผู้จัดการรายกรณีในกลุ่มนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากข้อเท็จจริงที่พบว่า ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ การให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว และการช่วยพัฒนาทักษะด้านอื่นให้กับผู้ป่วย ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือในรูปแบบการบำบัดรักษารูปแบบอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการสอนทักษะทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ผู้จัดการรายกรณีในรูปแบบนี้ ต้องมีความรู้และประสบการณ์มากพอที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้

2.6.5.3 The Assertive Community Treatment (ACT) หรือเรียกว่า The Full Support Model เป็นรูปแบบบริการที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาเจ็บป่วยรุนแรงลักษณะเด่นของรูปแบบนี้คือ ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเน้นปัญหาการใช้ชีวิตประจำวันที่ได้มีรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการที่บ้าน และในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ โดยทีมสหวิชาชีพให้ความสำคัญกับการติดต่อ การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง และสม่ำเสมอ ไม่เน้นการส่งต่อ รูปแบบนี้นิยมให้ความช่วยเหลือโดยตรงตัวต่อตัว ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะ และบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมถึงให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว เพื่อผลลัพธ์การเรียนรู้ และวิธีการจัดการภาวะฉุกเฉิน

2.6.5.4 The Strengths-Based Case Management Model การจัดการรายกรณีรูปแบบนี้แตกต่างจากการจัดการรายกรณีรูปแบบผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย รูปแบบนี้เริ่มใช้ในระบบการดูแลสุขภาพจิต จิตเวช และผู้ป่วยยาเสพติด โดยเริ่มที่การประเมินจุดแข็ง และทุนที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยว่ามีมาก - น้อยเพียงใด ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ช่วยสร้างจุดแข็ง พัฒนาทักษะของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในรูปแบบนี้ คือ

- (1) ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้มากกว่าข้อมูลที่ไม่มีหลักฐาน
- (2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้จุดแข็งของตนเองในการพัฒนาตนเอง
- (3) ช่วยสร้างจุดแข็งของผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ารับการบำบัดจนบำบัดครบตาม

กระบวนการ เพราะเชื่อว่าจะเกิดประสิทธิผลสูงสุดเนื่องจาก

- ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการบำบัด
- ผู้บำบัดบางคนเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนไร้ค่า แต่การจัดการรายกรณีรูปแบบนี้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงทรัพยากร จึงเปรียบเสมือนการให้โอกาสผู้ป่วย เพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง
- ช่วยให้ผู้ป่วยบอกถึงความสามารถ และจุดแข็งของตนเองได้ โดยไม่ต้องยก้า พยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมั่นใจจนทำให้ปรับเปลี่ยนตนเองได้

2.6.6 องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.6.6.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ (Collaborative Practice) ทีมสุขภาพจะมีการประชุมอภิปรายร่วมกันในการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดปัญหาวางแผนการดูแล และปฏิบัติตามแผนการดูแลตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล

2.6.6.2 แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map) เป็นเครื่องมือ ที่ผู้จัดการรายกรณีใช้ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วย

2.6.6.3 ผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.6.7 แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นแผนการดูแลที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพบ่งบอกถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับในแต่ละวัน ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในแต่ละวัน กิจกรรมที่ผู้ป่วยควรได้รับตลอดการดูแล และแผนการจำหน่าย โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน

แผนการดูแลผู้ป่วย: Care Map (Sally and Ka-fai, 1999 อ้างถึงใน ปราชญ์ บุญยวงศ์ วิโรจน์, 2547) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การเขียนแผนการดูแลไว้ล่วงหน้า แต่บางการศึกษาจะหมายถึง การพัฒนาแผนการดูแลที่เป็นมาตรฐานในการบริหารจัดการ และรวมบริการทางสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย จากสหสาขาวิชาชีพรวมเข้าไว้ด้วยกัน แผนการดูแลชี้ให้เห็นถึงความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ เช่น ระยะเวลา ผลลัพธ์การดูแล และแนวทางในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ ประโยชน์ของแผนการดูแลผู้ป่วย คือ สร้างความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยกิจกรรมที่เป็นมาตรฐาน และแบ่งเวลาการทำงานของแต่ละวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม มีระบบประเมินผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้แผนการดูแลผู้ป่วยยังเป็นเครื่องมือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การคิดค่ารักษาสำหรับโรงพยาบาล และช่วยลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติด้วย

2.6.8 ทักษะของผู้จัดการรายกรณี แบ่งเป็น 5 มิติดังนี้

2.6.8.1 มิติทางคลินิก ผู้จัดการรายกรณีควรประเมินผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งสถาบันที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย กำหนดปัญหา วางแผนการดูแล นำแผนไปปฏิบัติ ให้ความรู้/การปรึกษา

แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมถึงประเมินความก้าวหน้าในการดูแล และภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2.6.8.2 มิติในการจัดการ ผู้จัดการรายกรณีต้องประสานงาน ช่วยเหลือด้านบริหารจัดการ วางแผนเพื่อการส่งต่อ ประเมินผลลัพธ์ของการดูแล พึ่งพิงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพ เป็นที่เลี้ยงให้ความรู้และชี้แนะแนวทาง เข้าร่วมในคณะกรรมการบริหาร พัฒนาแผนการดูแล และเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2.6.8.3 มิติด้านบริหารการเงิน ผู้จัดการรายกรณีควรควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อลดค่าใช้จ่าย และสามารถวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการเงินได้

2.6.8.4 มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้จัดการรายกรณีต้อง เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและญาติ ลงบันทึกและเขียนรายงาน รวมถึงมีทักษะในการนำเสนอรายงานแก่ผู้เกี่ยวข้องได้

2.6.8.5 มิติการพัฒนาด้านวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณีควรมีความสามารถในการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

2.6.9 คุณลักษณะของผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเสพติดนับเป็นโรคเรื้อรัง และมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก การติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีต้องมีทักษะในระดับสูง ดังนี้

2.6.9.1 มีมนุษยสัมพันธ์ มีความสามารถในการสื่อสาร ให้ความสนใจ ใส่ใจ เคารพ ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้อื่น

2.6.9.2 มีความเข้าใจ เป็นมิตรเชื่อถือได้

2.6.9.3 มีความสามารถในการบริหารเวลา

2.6.9.4 มีไหวพริบเป็นนักการทูต มีทักษะของการเจรจาต่อรอง

2.6.9.5 มีระเบียบวินัยและมีความรับผิดชอบในหน้าที่

2.6.9.6 มีความเข้าใจในการจัดการเกี่ยวกับโรค โรคร่วม โรคที่เกิดจากการใช้ยา และสารเสพติด การส่งเสริมสุขภาพ และการให้ความรู้แก่บุคคลที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย

2.6.9.7 มีความรู้ในเรื่องกฎหมายและบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องตามกฎหมาย

2.6.9.8 มีความสามารถทำงานเป็นทีม

2.6.9.9 มีความรู้ในประเด็นวิธีการเข้าถึงบริการ

2.6.9.10 มีความรู้ในกระบวนการขององค์กร การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และวิธีการจัดการที่คุ้มค่า รู้จักระบบการเงิน

2.6.9.11 มีความรู้เรื่องการประกันคุณภาพ

2.6.9.12 มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

2.6.10 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี ดังนี้

2.6.10.1 การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย นับเป็นขั้นตอนแรกของการจัดการรายกรณี โดยผู้จัดการรายกรณีต้องค้นหาหรือคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อการให้บริการ

2.6.10.2 การประเมินผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีควรประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะต้องประเมินทั้งส่วนดี และส่วนเสีย ข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดปัญหา ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.6.10.3 การระบุปัญหา นับเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ คือ จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด และผู้จัดการรายกรณี จะร่วมกันพิจารณาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.6.10.4 การวางแผนให้การดูแล ทีมสหวิชาชีพต้องร่วมกันกำหนดแผนการดูแล ซึ่งนับเป็นการเชื่อมโยงความต้องการของผู้ป่วยกับแหล่งบริการทางสุขภาพอื่น การวางแผนนี้เป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพ สิ่งที่ต้องกำหนดไว้ในแผน คือ ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมต่างๆ ที่จะแก้ปัญหาหรือตอบสนองต่อความต้องการ ผู้รับผิดชอบกิจกรรม ความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น เวลาในการปฏิบัติงาน โดยแผนจะเกิดประสิทธิผลสูงสุด หากได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ

2.6.10.5 การดำเนินงานตามแผน บุคลากรในทีมจะปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนการดูแล โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ติดตามผลงานตามแผนที่กำหนดไว้ ขั้นตอนนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของผู้จัดการรายกรณีว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามแผนที่กำหนดไว้อย่างคุ้มค่า จนเกิดประสิทธิภาพสูงสุดหรือไม่

2.6.10.6 การติดตามประเมินผล ผู้จัดการรายกรณีต้องทำหน้าที่ติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแล กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ และผลลัพธ์ การติดตามประเมินผลทำได้ โดยการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ การสอบถามความพึงพอใจ

2.6.11 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในแต่ละวัน ดำเนินการ ดังนี้

2.6.11.1 ตรวจสอบและทบทวนแฟ้มประวัติของผู้ป่วยแต่ละรายที่ตนเองรับผิดชอบและเยี่ยมตรวจผู้ป่วยก่อนรับเวร

2.6.11.2 รับ – ส่งเวร รายงานอาการ ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายในความรับผิดชอบ

2.6.11.3 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาการทำงานในเวรนั้นๆ

2.6.12.4 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้พร้อมทั้งอภิปรายปัญหาแนวการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายและวางแผนร่วมกันโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2.6.11.5 ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นหลัก

2.6.11.6 วางแผนและปรับปรุงแผนการดูแล แผนการประสานงาน และให้การพยาบาลในแต่ละวันตามแผนที่วางไว้

2.6.11.7 เผื่อระวังด้วยการประเมินซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้

2.6.11.8 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลลงในแบบบันทึก

2.7 การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (Contingency Management : CM)

การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) เป็นการบำบัดที่อาศัยหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียบง่ายด้วยการให้รางวัล และทำให้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน เช่น พ่อ - แม่ อนุญาตให้ลูกรับประทานขนมหวานได้ เมื่อลูกดูแลห้องนอน เก็บที่นอนหลังตื่นนอนตอนเช้า การที่พนักงานได้เงินเดือน หรือโบนัส เมื่อมีผลงาน ในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจะให้รางวัลต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุด หรือเลิกใช้ยาเสพติด และใช้ชีวิตที่ปลอดภัยยาเสพติดได้ (Petry, 2002)

หลักคิดของ CM เป็นการเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้รางวัลเป็นสิ่งจูงใจด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ ต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยนตามระยะเวลาที่กำหนด และกำหนดของรางวัลตามเป้าหมาย ซึ่งรางวัลนี้นับเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ และมีคุณค่าทางจิตใจ เป็นเทคนิคที่นิยมใช้ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ติดยาเสพติด

แนวคิดนี้มีหลักการคล้ายกับการให้แรงเสริมด้วยบัตรของขวัญ (Voucher-Based Reinforcement: VBR) โดยการให้ของรางวัลนี้จะให้เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน ในต่างประเทศนิยมให้เทคนิคนี้กับกลุ่มผู้ป่วยเสพติดที่เรียกว่า กลุ่มผู้ใช้ยาผิดประเภท (Misuse) หรือผู้ใช้ยาเสพติดในระยะเริ่มแรก (Primary Abuse) ไม่นิยมใช้ในการผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนรุนแรง มีรายงานการศึกษาพบว่าเทคนิคนี้ใช้ได้ผลกับดีในกลุ่มผู้ใช้ยาผิดประเภท (Substance Misuse)

2.7.1 แนวคิดหลักของ CM ซึ่งประยุกต์มาจากพื้นฐานทางจิตวิทยา โดยมีแนวคิดที่ว่า

2.7.1.1 การให้รางวัลเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการทำโทษ

2.7.1.2 เมื่อให้แรงเสริม/รางวัลที่เหมาะสมกับเวลา และสถานการณ์จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซ้ำๆ

2.7.1.3 CM ช่วยให้บุคคลกำกับพฤติกรรมตนเองได้ ในขณะที่บุคคลนั้นขาดการควบคุมตนเอง

2.7.2 หลักการพื้นฐานในการนำทฤษฎีของ CM มาประยุกต์ใช้

2.7.2.1 กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย เช่น การตรงเวลาในการเข้ากลุ่มกิจกรรม การตรวจปัสสาวะแล้วไม่พบสารเสพติด เป็นต้น

2.7.2.2 มีการกำกับและติดตามพฤติกรรมเป้าหมายบ่อยๆ เช่น ติดตามพฤติกรรมนั้นๆ ทุกวัน หรือทุกสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่นัดพบ เป็นต้น

2.7.2.3 พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนต้องสามารถวัดได้ เช่น ตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด ผู้ป่วยเก็บที่นอนเรียบร้อยทุกเช้า ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมตรงเวลา เป็นต้น

2.7.2.4 การให้รางวัลในระดับที่สูงขึ้นควรให้เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายปรากฏ และผู้ป่วยลงมือทำจริงๆ การให้รางวัลจำเป็นต้องเพิ่มเป็นระดับ เนื่องจากหากไม่มีการเพิ่มระดับการให้รางวัลจะส่งผลให้ไม่เกิดแรงผลักดันในการพัฒนาตนเอง และการให้รางวัลขั้นที่ใหญ่อขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องแสดงพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดให้ผู้บำบัดเห็นได้อย่างชัดเจน

2.7.2.5 การงด ถอน หรือไม่ให้ของรางวัล จะทำเมื่อไม่เห็นพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้านความรับผิดชอบ และผลลัพธ์ของสิ่งที่ตนเองกระทำ

2.7.3 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามเทคนิคของ CM

2.7.3.1 กำหนดชุดของพฤติกรรมเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับนักบำบัด

2.7.3.2 ควรสอบถามของรางวัลที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ ผู้บำบัดไม่ควรให้ของรางวัลที่ผู้บำบัดคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย สิ่งเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการก็ได้

2.7.3.3 พัฒนาระบบการกำกับพฤติกรรมเพื่อเทียบเคียงกับของรางวัล และต้องมีแผนการประเมินติดตามความก้าวหน้าของพฤติกรรมด้วย โดยมีข้อตกลงกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด

2.7.3.4 ควรมีการเพิ่มของรางวัลที่จะให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง และลดการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมกัน

2.7.3.5 ควรเปลี่ยนจุดเน้นของการให้รางวัล เมื่อเข้าสู่ระยะการบำบัดฟื้นฟูๆ โดยเปลี่ยนเป็นให้การเลื่อนขั้นตามโครงสร้างของชุมชนบำบัด

2.7.3.6 ควรนำเทคนิคของ CM มาสร้างเป็นนโยบาย และนำเทคนิคนี้เข้าไปผสมผสานกับงานประจำ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.7.4 เทคนิคการทำกิจกรรมตามแนวคิดของ CM

2.7.4.1 เมื่อผู้ป่วยเสพติดตั้งเป้าหมายว่าอย่างไรและปฏิบัติได้ตามที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดจะให้รางวัลเป็นบัตรของขวัญ (Voucher) เพื่อนำไปแลกสินค้า หรือบริการตามมูลค่าของบัตร เช่น นำบัตรไปแลกอาหารอาหาร กางเกง รองเท้า หรือบริการต่างๆ เช่น เข้าสวนสนุก ตั๋วหนัง เป็นต้น

2.7.4.2 การให้รางวัลจะให้เป็นลำดับขั้น เช่น ตกลงกันว่าตรวจปัสสาวะครั้งที่ 1 หากให้ผลลบ จะให้บัตรของขวัญราคา 2.50 ดอลลาร์ ครั้งที่ 2 เพิ่มเป็น 3.75 ดอลลาร์ ครั้งที่ 3 เพิ่มเป็น 5.00 ดอลลาร์ เป็นต้น

2.7.4.3 การให้รางวัลเพื่อให้เกิดแรงเสริม (Prize Incentives) มีแนวคิดเหมือน VBR แต่เปลี่ยนจากบัตรของขวัญ เป็นบัตรเงินสด (Cash Prizes) ราคาของบัตรมีตั้งแต่ 1 – 100 ดอลลาร์ และมีการสะสมบัตรเงินสดไว้แลกของรางวัลชิ้นใหญ่ๆ เช่น โทรทัศน์ เครื่องเล่น DVD เป็นต้น

2.7.4.4 การให้ของรางวัลผู้บำบัดจะให้เป็นระยะๆ เพื่อคงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ จากการศึกษาพบว่าใช้เวลาประมาณ 3 เดือน อาจให้รางวัลสัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง ไม่นิยมใช้เทคนิคนี้ ในระยะเวลานานๆ เพราะไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร

2.7.5 ข้อดี – ข้อเสียในการใช้เทคนิค CM

| ข้อดี | ข้อเสีย |
|---|--|
| 1. เป็นเทคนิคใหม่ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการบำบัดในระบบปกติได้ | 1. ใช้งบประมาณในการบำบัดค่อนข้างสูง |
| 2. มีผลการวิจัยรองรับในการนำมาใช้ว่าใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเสพติดประเภทใด ระดับความรุนแรงเท่าใด จึงให้ผลลัพธ์ที่ดี | 2. บริบทของคนไทยบางกลุ่ม บางพวกชอบของฟรี ขาดความตั้งใจจริงในการบำบัด |
| 3. มีระยะเวลาการใช้ที่แน่นอนไม่ควรเกิน 3 เดือน | 3. ไม่ให้ผลลัพธ์ในระยะยาว ผู้บำบัดต้องใช้วิธีอื่นในการคงพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง จึงจะให้ผลลัพธ์ที่ดี |

2.7.6 ตัวอย่างการให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยเสพติดทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย ในสถานบำบัดรักษาเสพติดที่บำบัดด้วยวิธีการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ในประเทศสหรัฐอเมริกา

2.7.6.1 ระยะเวลาของการบำบัด

| พฤติกรรมเป้าหมาย | รางวัล |
|--|--|
| - ทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จ | ให้คะแนนสะสมตามที่ตกลง |
| - ทำงานสำเร็จตามที่มอบหมาย ตามคู่มือของสมาชิกในระดับแรก | ได้คะแนนสะสมตามที่ตกลง และได้รับใบประกาศเกียรติคุณ |
| - เก็บที่นอน และดูแลความสะอาดบริเวณห้องนอน | ให้คะแนนสะสมตามที่ตกลง (ใน 5 วันแรก) |
| - แสดงความคิดเห็นในกลุ่มกิจกรรม | ให้คะแนนสะสมตามที่ตกลง (ใน 5 วันแรก) |
| - มีจิตอาสาในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ เช่น รับอาสาช่วยเหลือเพื่อน รับผิดชอบงานที่ไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง เป็นต้น | ให้คะแนนสะสมตามที่ตกลง |

2.7.6.2 ระยะเวลาบำบัด

| พฤติกรรมเป้าหมาย | รางวัล |
|--|----------------------------|
| - พฤติกรรมในห้องเรียน เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ทำงานที่ได้รับมอบหมายเสร็จในห้องเรียน - มีความตั้งใจและใส่ใจเรียนรู้ - ใช้เวลาในห้องเรียนให้เกิดประโยชน์สูงสุด | ให้คะแนนสะสม ตามที่ตกลง |
| - พฤติกรรมในกลุ่มกิจกรรม <ul style="list-style-type: none"> - แสดงพฤติกรรมช่วยเหลือในกิจกรรมกลุ่ม - ทำหน้าที่เป็นผู้นำกิจกรรมกลุ่ม - แสดงออกถึงความตั้งใจในการเข้า กลุ่มกิจกรรม | ให้คะแนนสะสม ตามที่ตกลง |
| - ผลปัสสาวะเป็นลบ เมื่ออยู่ในระยะการบำบัด | ให้คะแนนสะสม ตามที่ตกลง |
| - อยู่รับการบำบัดจนครบกำหนด และปฏิบัติตาม ตามระเบียบของสถานบำบัด | ให้คะแนนสะสม ตามที่ตกลง |

2.7.6.3 ตัวอย่างของรางวัล

- ของรางวัลที่เป็นชิ้นๆ เช่น ขนม หนังสือ ปากกา บัตรชมภาพยนตร์ หมวก พวงกุญแจ หรือสื่อที่มีสัญลักษณ์ แถบบันทึกเสียงเพลง แก้วกาแฟ เป็นต้น
- ของรางวัลที่เป็นสัญลักษณ์แห่งความภาคภูมิใจ เช่น ใบประกาศเกียรติคุณ เข็มที่ระลึก การ์ดแสดงความยินดี หรือติดชื่อในบอร์ดประกาศความดี เป็นต้น
- ของรางวัลพิเศษ เช่น ให้ความเพิ่มในการดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกม ให้สิทธิพิเศษ สำหรับการอนุญาตให้ญาติมาเยี่ยม รับประทานอาหารกับหัวหน้าตึกหรือเจ้าหน้าที่ในดวงใจ เป็นต้น

2.8 งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ปรกรณ์ ศิริยงค์ (2545) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบและประเมินผลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีชุมชนบำบัดและการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) ในผู้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ด้วยรูปแบบชุมชนบำบัด และประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ด้วยการเก็บข้อมูล ไปข้างหน้า (Prospective) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเสพติดที่ผ่านการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ผ่านการบำบัดด้วยวิธีชุมชนบำบัด (ครบทุกขั้นตอน) เลิกใช้ยาเสพติดได้ร้อยละ 71.2 เมื่อติดตามหลังการบำบัดนาน 5 ปี และมีผู้เสพติดซ้ำร้อยละ 22.7 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่บำบัดด้วยรูปแบบ

FAST Model ครบทุกขั้นตอน เลิกใช้ยาเสพติดได้ ร้อยละ 84.0 เมื่อติดตามหลังการบำบัดครบ 1 ปี และไม่กลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 84.3 สอดคล้องกับการศึกษาของวิมล ลักขณาภิชนชัช และคณะ (2546); ราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดเมื่อผ่านการบำบัดตามรูปแบบ FAST Model เลิกใช้ยาเสพติดได้ และไม่กลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 86.1 และ 63.0 เมื่อติดตามครบ 1 ปี ทั้งนี้จากการศึกษาของราตรี หุ่นดี และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดเมื่อผ่านการบำบัดตามรูปแบบ FAST Model เลิกใช้ยาเสพติดได้ และเมื่อติดตามครบ 1 ปีผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพติดซ้ำลดลงจากปี พ.ศ. 2546 เนื่องจากในปี พ.ศ. 2546 เป็นช่วงที่รัฐบาลประกาศสงครามกับยาเสพติด มีความเข้มงวดด้านการปราบปรามผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจึงส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการไม่กลับไปเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดมีจำนวนมากกว่า ปี พ.ศ. 2549

ทั้งนี้การบำบัดในรูปแบบ FAST Model มีจุดเด่น 2 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในโปรแกรมการบำบัด ร้อยละ 80.0 (วิมล ลักขณาภิชนชัช และคณะ, 2546) เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของราตรี หุ่นดี และคณะ (2549); ศิลาห์ เจริญภูมิ (2547); บุษผา บุญญามณีและคณะ (2550) ที่พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการกิจกรรมการบำบัด ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และ 2) ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติ (มีงานทำ/ศึกษาต่อ) ร้อยละ 75.0 (ราตรี หุ่นดี และคณะ, 2549)

ในส่วนของจุดด้อยพบใน 4 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยเสพติดบำบัดครบเกณฑ์ เพียงร้อยละ 14.1 (วิมล ลักขณาภิชนชัช และคณะ, 2546) เนื่องจากใช้ระยะเวลาการบำบัด นานถึง 4 เดือน 2) ระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยไม่ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 99.6 (วิมล ลักขณาภิชนชัช และคณะ, 2546) แต่พบว่าผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมต้องการใช้ยาเสพติดอยู่ (ศิลาห์ เจริญภูมิ, 2547) 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการทำกิจกรรม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่า ความร่วมมือ และความสม่ำเสมอของครอบครัวและญาติต่อการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้นเพียงร้อยละ 46.2 หลังการบำบัดฟื้นฟู (วิมล ลักขณาภิชนชัช และคณะ, 2546)

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว การช่วยเหลือกันเอง และกิจกรรมในชุมชนบำบัด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เป็นพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกใช้ยาเสพติด ได้แก่ ปัจจัยด้านกิจกรรมทางเลือก และกิจกรรมการช่วยเหลือกันเอง ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกใช้ยาเสพติดขึ้นอยู่กับปัจจัยการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การตระหนักรู้ และเห็นคุณค่าของตนเอง (ศิลาห์ เจริญภูมิ, 2547)

ด้านปัญหาอุปสรรคในการบำบัดรูปแบบ FAST Model จากการศึกษาพบว่า ยังขาดระบบการคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และการขาดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในการ

ปฏิบัติงาน (ราตรี หุ่นดี และคณะ, 2549) เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของอังกูร ภัทรารกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2557) ที่พบว่า การบำบัดในรูปแบบ FAST Model ควรเพิ่มกระบวนการคัดกรอง และปรับความคิดให้ผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ และควรเพิ่มระบบการติดตามหลังการบำบัด ให้เป็นรูปธรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดที่ผ่านการบำบัดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ โดยไม่พึ่งยาเสพติด

ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบำบัดรูปแบบ FAST Model ที่พบในการศึกษาของ บุษพา บุญญามณี และคณะ (2550) คือ 1) ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวมาเยี่ยมทุกวัน เพื่อเสริมกำลังใจ 2) ควรเพิ่มชมรมที่น่าสนใจ โดยเฉพาะชมรมดนตรีและบันเทิง 3) การเข้ากลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือนตนเองไม่ควรใช้เวลานานเกินไป 4) ควรลดกฎระเบียบในชุมชนบำบัดให้น้อยลง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และ 5) ควรซ่อมแซมอาคารสถานที่ในส่วนที่ชำรุด เพื่อความปลอดภัย และมีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ด้านผลลัพธ์การบำบัดผู้ป่วยเสพติดด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น ทางสายใหม่ มีการศึกษาในหลายส่วน อาทิ การศึกษาของ สำเนา นิลบรรพ์, สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2546) ที่ศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บิดา มารดา หรือบุคคลสำคัญใกล้ชิดกับผู้ป่วยเสพติด ผลการศึกษา พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ โดยรวมด้านบทบาท ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ (2547) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ณ สถาบันธัญญารักษ์ พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธภาพภายในครอบครัวอยู่ในระดับดี ความเครียดในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัวที่ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยสมาชิกครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก สิ่งที่ครอบครัวกังวลมากที่สุดคือการที่ผู้ป่วยบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนดและกลับไปเสพติดซ้ำ ในส่วนของครอบครัวที่มีการทำหน้าที่และสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี พบว่า มีการเผชิญความเครียดได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ สุวิมล สนั่นชาติวานิช (2553) ที่พบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดควรมีกิจกรรมการสานความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งจะก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยเสพติด ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีบทบาท

หน้าที่ดีขึ้นใน 3 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 65.0 – 70.0

ในปี พ.ศ. 2557 อังกูร ภัทรากกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการเลิกเสพติดด้วยการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 - 28 กุมภาพันธ์ 2557 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 ราย เป็นผู้ป่วยโรคติดยาเสพติดทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและบังคับบำบัดตามรูปแบบ FAST Model ใน สธร. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2555 สถิติที่ใช้คือ Chi-Square, Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจเลิกใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด 1.6 เท่า (OR = 1.56, 95% CI = 1.02-2.39, $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ชนิดของยาเสพติด ระยะเวลาการเสพติด และระยะเวลาการบำบัดไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด

การวิจัยด้านคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเสพติดมีการศึกษาของรัตติยา สันเสรี, สรินญา บุติ, รอดิหะ เจ๊ะโซ๊ะ และมัทธูรา ฮะ (2554) ศึกษาในผู้ป่วยเสพติดรุนแรง (Hard Core) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดกรณีเสพติดรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีในระยะติดตามผลการบำบัดรักษา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน คือ มิติการปลอดจากอาการถอนยา อาการทางจิตเวช มิติการปลอดจากอาการถอนยา อาการทางกายทั่วไป มิติการไม่ต้องพึ่งยาเสพติด มิติการปลอดจากอาการถอนยาต้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และมิติการนอนหลับพักผ่อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังการจัดการรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีมิติการปลอดจากความรู้สึกซึมเศร้า มิติความวิตกกังวล และมิติการนับถือตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คุณภาพชีวิตด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคลก่อนและหลังการจัดการรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการจัดการรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยผู้ป่วยเสพติดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยเสพติดของ ธนิกา พุกษาพนาชาติ (2548) เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรม

วันครอบครัวของญาติผู้ป่วยติดยาเสพติดใน สรร. ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน และหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเองในญาติผู้ป่วยกับการเข้าร่วมกิจกรรมวันครอบครัวของญาติผู้ป่วยเสพติดใน สรร. กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ป่วยเสพติด จำนวน 182 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า T-Test และ F-Test ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า 1) ญาติที่มีอายุแตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ 2) ญาติที่มีปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้แตกต่างกันมีการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่แตกต่างกัน 3) ญาติที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการเข้าร่วมกิจกรรมวันครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ 4) ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมวันครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 5) การรับรู้ความสามารถตนเองของญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมวันครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดตามรูปแบบชุมชนบำบัดจากการศึกษาของ Smith, Gates, and Foxcroft (2008) ที่ศึกษาถึงการบำบัดผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนบำบัดเปรียบเทียบกับบำบัดรูปแบบอื่น คือการไม่ได้รับการบำบัด และได้รับการบำบัดแบบชุมชนบำบัดรูปแบบอื่น เช่น ชุมชนบำบัดในคุก และชุมชนบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Therapeutic Community) ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยชุมชนบำบัดในผู้ป่วยเสพติดเป็นการบำบัดบนพื้นฐานของครอบครัว แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อม (1 เดือนแรก) ระยะการบำบัด (5 – 6 เดือน) และระยะกลับสู่สังคม (3 – 6 เดือน) รวมระยะเวลาการบำบัดนาน 3 – 24 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Malivert, Fatseas, Denis, Langlois and Auriacombe (2012) และ Vanderplasschen, et al. (2013) ส่วนชุมชนบำบัดประยุกต์เป็นการบำบัดบนพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนทัศนคติและวิถีการดำเนินชีวิต ด้วยการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เข้มข้นร่วมกับการให้ยาบำบัดอาการแทรกซ้อน การบำบัดรายบุคคล การทำกิจกรรมกลุ่มเฉพาะ โดยใช้ระยะเวลาการบำบัด 6 – 12 เดือน บำบัดโดยใช้ยารักษาอาการต่างๆ นาน 28 วัน การติดตามหลังการรักษาด้วยเทคนิคสิบสองขั้นตอน เพื่อการเลิกยา (Twelve Step Facilitator) และการวางแผนการจำหน่าย ผลการศึกษา พบว่า การรักษาด้วยชุมชนบำบัดใช้เวลาการบำบัดตั้งแต่ 3, 6 และ 12 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่รับการบำบัดแค่ 40 วันและอยู่รับการบำบัดครบทั้ง 3 ระยะเพียงร้อยละ 9.0 – 56.0 (Malivert, Fatseas, Denis, Langlois and Auriacombe, 2012) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Vanderplasschen, et al. (2013) ที่พบว่า อัตราการบำบัดครบกำหนดต่ำมาก เมื่อใช้ระยะเวลาในการบำบัดยาวนาน ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดที่เข้มข้น แต่ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับการบำบัดรูปแบบอื่นเมื่อผู้ป่วยอยู่รับการ

บำบัดครบตามเกณฑ์ โดยผู้ป่วยทุกรายสามารถลดปริมาณการใช้ยาเสพติดได้ มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น และหยุดใช้ยาเสพติดได้หลังการบำบัด แต่กลับไปเสพติดซ้ำหลังการจำหน่าย (เฉลี่ย) 23.5 เดือน จากการศึกษายังพบว่า หลังการบำบัดผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดได้ แต่เมื่อติดตามหลังการบำบัดเป็นเวลา 12 และ 18 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 25.0 – 50.0 สรุปว่า อัตราการเสพติดซ้ำสัมพันธ์กับระยะเวลาการบำบัด โดยอัตราขาดการบำบัด (Drop-Out) และการเสพติดซ้ำเป็นปัจจัยบ่งชี้ว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ที่ติดยาเสพติดแบบรุนแรง

ด้านการติดตามหลังการรักษา พบว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง หากติดตามหลังการรักษาด้วยการประเมินการใช้สารเสพติด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และช่วยแก้ปัญหาเป็นระยะๆ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำน้อยลง (Smith, Gates, and Foxcroft, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vanderplasschen, et al. (2013) ที่พบว่า การติดตามหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำน้อยกว่าการบำบัดที่มีการติดตามแต่ไม่ต่อเนื่อง

จากการศึกษาของ Vanderplasschen, et al. (2013) ยังพบข้อเสนอแนะที่น่าสนใจ คือ สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดอยู่รับการบำบัดครบตามกำหนด คือ ความร่วมมือจากครอบครัว เครือข่ายในสังคม และเจ้าหน้าที่อาวโสที่มีความรู้เรื่องการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) และการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) มีข้อค้นพบที่คล้ายกับการศึกษาของ Prendergast, Podus, Chang, Urada (2002) ที่พบว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผลลัพธ์การบำบัดผู้ป่วยเสพติดได้ผลดีคือ การย้ายฐานการบำบัดไปอยู่ในชุมชน (Community Based Programs) การมีบุคลากรที่มีความรู้ การติดตามที่รอบคอบ ร่วมกับการคัดกรองผู้ป่วยเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในส่วนของงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบำบัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดสามารถลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้ คือ การศึกษาของ Smedslund, Bergand and Strom (2001) ที่ประเมินประสิทธิผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ในการบำบัดผู้เสพติดกับการบำบัดรูปแบบต่างๆ 4 รูปแบบ โดยเปรียบเทียบการบำบัดด้วย MI กับ 1) กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ และ 4) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัด โดยเปรียบเทียบผลหลังการบำบัดทันทีและติดตามหลังการบำบัดใน 3 ระยะ (ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว) พบว่า การบำบัดโดยใช้ MI ให้ผลลัพธ์การบำบัดดีที่สุดในระยะหลังการบำบัดทันที และค่อยๆ ให้ผลลัพธ์การบำบัดน้อยลงในระยะติดตามผลระยะสั้น – ยาว จากการประเมินด้วยการวิเคราะห์ห่อถัก (Meta – Analysis) ยังพบว่า การบำบัดด้วย MI และการบำบัดโดยการประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับให้ผลการบำบัดเท่าๆ กันในช่วงการติดตามผลระยะกลาง จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า การบำบัดด้วย MI สามารถลดปริมาณการใช้ยาเสพติดได้เมื่อเทียบกับการบำบัดรูปแบบอื่น

ทั้งนี้สถาบันด้านยาเสพติดแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (National Institute on Drug Abuse: NIDA, 2009) ได้สรุปผลการวิจัยว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) จะให้ผลการบำบัดที่ดีขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เสพยาสุราและกัญชาให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีที่สุด จากการศึกษายังพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดนิยมบำบัดด้วย MET ควบคู่กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยผสมผสาน CBT เข้าไปในการบำบัดผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่นๆ เช่น เฮโรอีน โคเคน นิโคติน เป็นต้น และยังให้ผลดีในการบำบัดผู้ป่วยเสพติดด้วยวิธีที่ติดยาเสพติดหลายชนิดด้วย ข้อเสนอแนะที่ NIDA ให้ไว้คือ การบำบัดด้วย MET ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยเสพยาเสพติด (Abuser) มากกว่าผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด (Addiction) ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Jensen, Cushing and Aylward (2011) ที่พบว่า การบำบัดด้วย MI มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่ รวมถึงความรู้ของผู้บำบัดในการทำกิจกรรม MI ทั้งนี้จากการศึกษาของ LaTrice, Ann, Andrzej and Alyssa (2011) พบว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดเพศหญิงชาวแอฟริกัน ด้วยวิธี MET ส่งผลให้มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา งานวิจัยนี้ยังค้นพบว่า หากผู้เสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีการกล่าวคำพูดจูงใจตนเอง (Self Talk) ออกมาจะส่งผลให้การบำบัดมีแนวโน้มประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้กล่าวคำพูดจูงใจตนเองด้วย

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมจิตสังคมบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดพบการศึกษาของ Prendergast, Podus, Finney, Greenwell and Roll (2006) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของวิธีการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) ในผู้ป่วยเสพติดซึ่งเป็นการให้ของรางวัล เช่น บัตรของขวัญ บัตรแลกของ เงินสด บัตรสะสมคะแนน เพื่อให้ได้รางวัลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยต้องการ หรือการให้ยาเมธาโดนทดแทน เมื่อผู้เสพติดสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้อย่างถาวร ด้วยการวิเคราะห์อภิธานจากฐานข้อมูลที่เผยแพร่ในประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 – 2002 ผลการศึกษพบว่า การบำบัดด้วย CM ให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น (บำบัดด้วย CM ประสบความสำเร็จ ร้อยละ 57.0 ในขณะที่การบำบัดด้วยรูปแบบอื่นสำเร็จเพียงร้อยละ 42.0 เท่านั้น) การติดตามหลังรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดด้วย CM หยุดใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยเสพติดที่ผ่านการบำบัดรูปแบบอื่น โดยการบำบัดตามรูปแบบนี้ให้ผลลัพธ์การบำบัดดี เมื่ออยู่รับการบำบัดในระยะสั้นๆ และให้ผลดีในผู้ป่วยเสพติดฝิ่นและโคเคน โดยเฉพาะเทคนิคการให้บัตรของขวัญ (Voucher Based Intervention) ให้ผลลัพธ์การบำบัดระดับปานกลางในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดหลายชนิด และให้ผลการบำบัดต่ำที่สุดในผู้เสพติดบุหรี่ ทั้งนี้ยังพบการศึกษาของ Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried and Walter (2010) ที่ศึกษาถึงกิจกรรมจิตสังคมประเภทต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงและติดยาเสพติดเปรียบเทียบกับ การรักษาตามมาตรฐานด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการ

ทางจิตและใช้ยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางจิตสังคมประเภทต่างๆ ได้แก่ Assertive Community Treatment การปรับความคิดและพฤติกรรม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดแบบสั้นโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสอนทักษะทางสังคม การบำบัดตามปกติ และการบำบัดแบบผสมผสาน ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีที่สุด คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ลดปริมาณการใช้ยาเสพติด มีการทำหน้าที่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบข้อสังเกตที่สำคัญคือ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดที่ให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดี เริ่มต้นจากการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยเสพติดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการก่อนเข้ารับการบำบัด ขณะบำบัดควรมีการผสมผสานเทคนิควิธีการบำบัดรูปแบบต่างๆ ด้วยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ การมีส่วนร่วมในการบำบัดของญาติ รวมทั้งผู้บำบัดต้องมีความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ มีทักษะและประสบการณ์ชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ ส่วนระยะติดตามการรักษาต้องมีระบบการติดตามที่ต่อเนื่องเป็นรูปธรรม ทั้งนี้หากระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดขาดขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งไปจะส่งผลให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดขาดประสิทธิผลได้

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีวิธีการวิจัยดังนี้

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ (Phase) คือ

3.1.1 ระยะที่ 1 (Phase 1) ประเมินรูปแบบ

ในระยะนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ณ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์และผู้บริหารทางการแพทย์บาล 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ) และ 3) กลุ่มผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วยเสพติดในระยะบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก สรุปผลข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบใหม่ในระยะที่ 2

3.1.2 ระยะที่ 2 (Phase 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

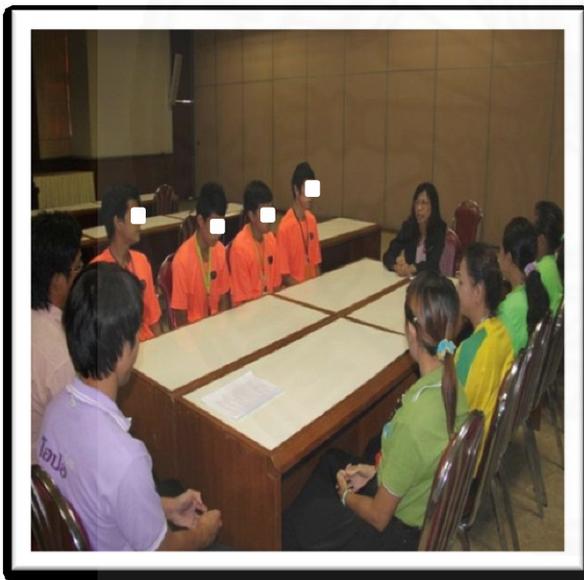
เพื่อให้ได้มาซึ่งการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ผู้วิจัยใช้กระบวนการระดมสมองจากผู้ที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) โดยนำเสนอข้อมูลที่สรุปจากการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าให้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วย รับทราบ และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 6 กลุ่ม ทำกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เพื่อระดมสมองพัฒนากิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเสพติด และญาติ ดังภาพที่ 3.1 – 3.4



ภาพที่ 3.1 การเสวนาให้ข้อมูลย้อนกลับ



ภาพที่ 3.2 การประชุมแบบมีส่วนร่วมกับ
ญาติผู้ป่วยเสพติด



ภาพที่ 3.3 การประชุมแบบมีส่วนร่วมกับ
ผู้ป่วยเสพติด



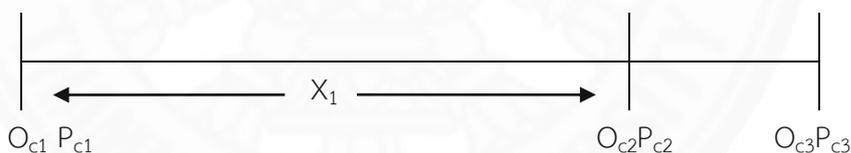
ภาพที่ 3.4 สรุปการประชุม

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปในภาพรวมมาพัฒนาเป็นร่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแล้วนำร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วไปถ่ายทอด โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อประเมินตรวจสอบ ความสอดคล้อง ความถูกต้อง และความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ได้สรุปข้อเสนอแนะ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาซ้ำ จนได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้า (CFH Model) หลังจากนั้นนำ CHF Model ไปถ่ายทอดให้กับบุคลากรในหอผู้ป่วยชายเสพติดยาบ้า ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสมัครใจ เพื่อดำเนินการต่อในระยะที่ 3

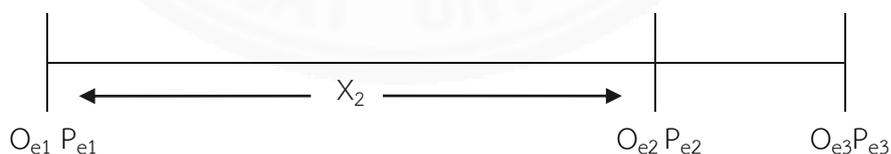
3.1.3 ระยะที่ 3 (Phase 3) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัด

เป็นการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้า (CHF Model) เปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) กับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์ - หลัง มีระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินผลการหยุดเสพเป็นเวลา 1 และ 3 เดือน (Control Group Pretest - Posttest Design) โดยผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้า (CHF Model) ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม



กลุ่มศึกษา



ภาพที่ 3.5 รูปแบบการทดลอง (Control group Pretest - Posttest design)

โดยกำหนดให้

O_{c1} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model

O_{e2} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมหลังเข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model

O_{c3} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมหลังเข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model เมื่อติดตามการรักษา 1 เดือน

P_{c1} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติ และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model

P_{c2} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติ และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมหลังเข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model

P_{c3} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติ และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมหลังเข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model เมื่อติดตามการรักษา 1 เดือน

O_{e1} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาก่อนเข้ารับการบำบัดแบบ CHF Model

O_{e2} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาหลังเข้ารับการบำบัดแบบ CHF Model

O_{e3} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาหลังเข้ารับการบำบัดแบบ CHF Model เมื่อติดตามการรักษา 1 เดือน

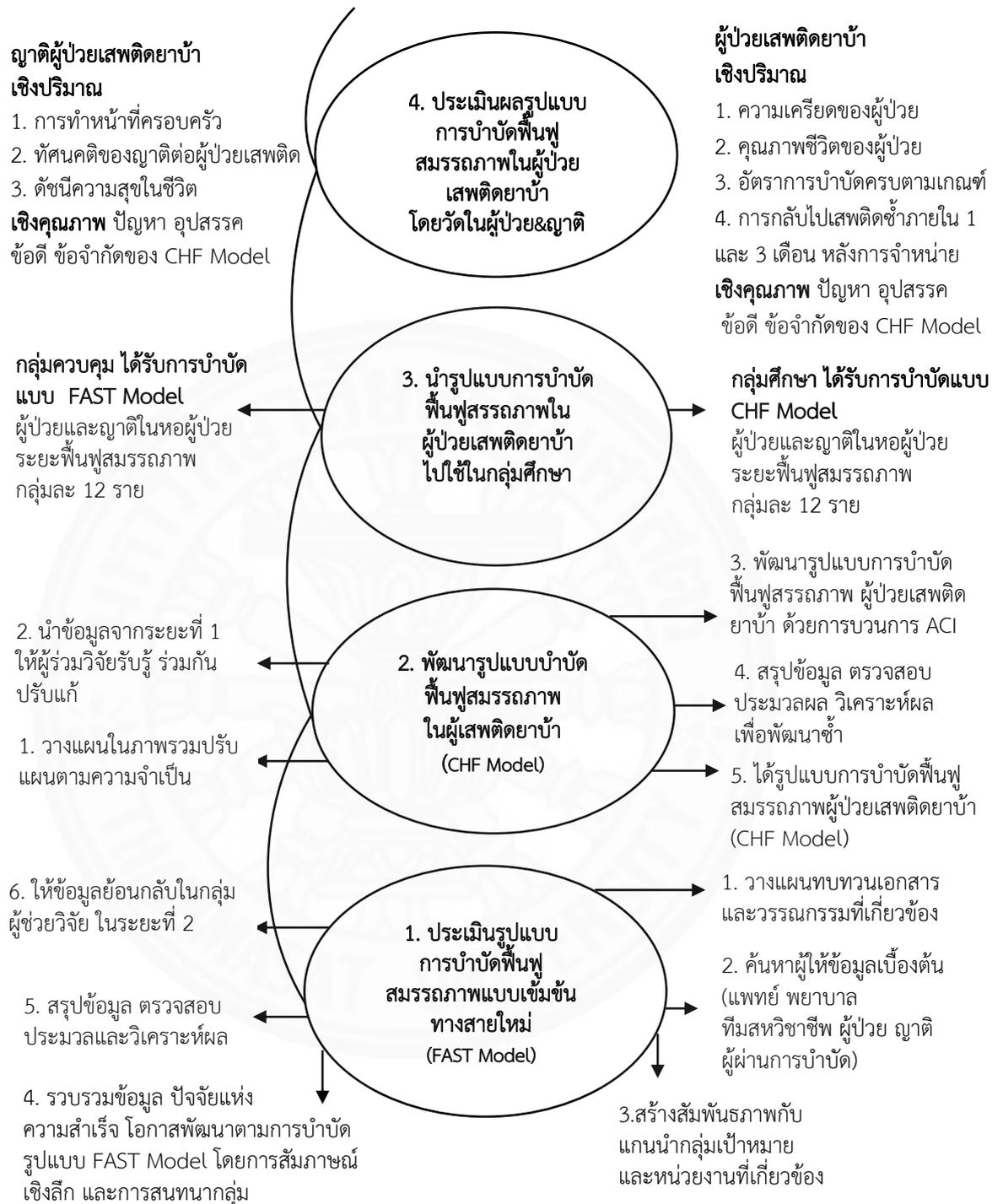
P_{e1} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติ และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาก่อนเข้ารับการบำบัดแบบ CHF Model

P_{e2} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติ และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาหลังเข้ารับการบำบัดแบบ CHF Model

P_{e3} หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติ และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาหลังเข้ารับการบำบัดแบบ CHF Model เมื่อติดตามการรักษา 1 เดือน

X₁ หมายถึง ชุดกิจกรรมตามการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ที่ดำเนินกิจกรรมการบำบัดในระยะเวลา 4 เดือน

X₂ หมายถึง ชุดกิจกรรมตามการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ที่ดำเนินกิจกรรมการบำบัดในระยะเวลา 3 เดือน



ภาพที่ 3.6 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.2 สถานที่และระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัย ณ หอผู้ป่วยหนึ่ง ในสถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โดย

- ระยะที่ 1 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – ธันวาคม พ.ศ. 2557 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2557 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 และวางแผนดำเนินการในระยะเวลาที่ 2 ระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2557

- ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2558 สรุปผลการวิจัย พัฒนารูปแบบการบำบัด และดำเนินการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2558

- ระยะที่ 3 จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ในเรื่องการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้า (CHF Model) ระหว่างวันที่ 8, 10 – 11 พฤษภาคม 2558 และดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม – 14 กันยายน 2558 ติดตามหลังการบำบัดนาน 1 และ 3 เดือน สิ้นสุดการติดตาม 15 ธันวาคม 2558 ส่วนในกลุ่มศึกษาเริ่มดำเนินการในวันที่ 15 กันยายน 2558 – 15 มกราคม 2559 ติดตามหลังการบำบัดนาน 1 และ 3 เดือน สิ้นสุดการติดตาม 19 พฤษภาคม 2559

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

แบ่งตามระยะการศึกษา โดยในระยะที่ 1 – 2 ประชากร คือ ทีมผู้บำบัด (แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ) ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วย ระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ และญาติผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งตามระยะการศึกษา ดังนี้

3.3.1 ระยะที่ 1 (Phase 1) ประเมินรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยในระยะนี้มีจำนวน 34 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

3.3.1.1 กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 4 คน ประกอบด้วย

(1) แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเสติดในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพนาน 3 ปีขึ้นไปจำนวน 1 คน สมัครใจให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

(2) ผู้บริหารทางการแพทย์ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด นาน 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน สมัครใจให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.3.1.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ นาน 3 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน (หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง สมัครใจให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

(2) ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักโภชนาการ อาจารย์จากโรงเรียนการศึกษาตามอัธยาศัยภายใน สธ. ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นาน 3 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

3.3.1.3 กลุ่มผู้ป่วยเสพติด และญาติ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

(1) ผู้ป่วย ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ที่ผ่านการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดตามการรักษา จำนวน 10 คน สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

(2) ญาติผู้ป่วยเสพติดในระยะบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ผ่านการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หรือเป็นญาติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดตามการรักษาทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมในระยะที่ 1 มีจำนวน 32 คน เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ตีตราชการ 1 คน ญาติผู้ป่วยไม่มาตามนัด 1 คน

3.3.2 ระยะที่ 2 (Phase 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะรวม 49 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

3.3.2.1 พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอในระยะบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรวม 7 หอผู้ป่วย จำนวน 7 คน ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูฯ นาน 1 ปีขึ้นไป และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ นาน 3 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน รวม 14 คน สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3.3.2.2 ทีมสหวิชาชีพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเป็นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักโภชนาการ อาจารย์จากโรงเรียนการศึกษาตามอัธยาศัย

ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเสพติดในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ นาน 3 ปีขึ้นไป วิชาชีพละ 1 คน รวม 5 คน
สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

**3.3.2.3 ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเข้มข้นทางสายใหม่หรือกำลัง
ได้รับการบำบัด** นาน 2 เดือนขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน
เลือกแบบเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

**3.3.2.4 ญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเข้มข้นทางสายใหม่หรือ
กำลังได้รับการบำบัด** นาน 2 เดือนขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน
เลือกแบบเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ในระยษะนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการการประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC โดย
มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวม 48 คน เนื่องจากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ปฏิบัติติตราชการ
รวม 4 คน ญาติผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มจำนวน 3 คน

3.3.3 ระยะที่ 3 (Phase 3) เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟู
สมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทาง
สายใหม่ (FAST Model) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัตก่อน – หลัง มี
ระยะเวลาการติดตาม 1 และ 3 เดือน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.3.3.1 ผู้ป่วยเสพติดเพศชาย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้า (Meth –
Amphetamine Dependence Disorder) ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน สสร. เลือกกลุ่ม
ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการนับจากทะเบียน
ผู้ป่วย กำหนดให้เลขคู่เป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทบทวนเอกสารที่
เกี่ยวข้อง พบว่า โดยทั่วไปนักสถิติใช้ค่าความเชื่อมั่นในการวิจัยระหว่าง 90.0 – 95.0 ค่าอำนาจใน
การวิเคราะห์ (Power of Analysis) ที่ระดับ 0.8 (ร้อยละ 80) และใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลุ่ม (Effect
Size) อยู่ระหว่าง 0.2 – 0.4 โดยประมาณและมักไม่เกิน 0.5 (Pollic and Hungler, 1997 อ้างใน
นิภาวัล บุญทับถม, 2550) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาที่ใช้ Primary
Outcome เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ (อัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำ หลังการบำบัด 1 และ 3 เดือน) จึง
กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลุ่ม = 0.5 (ซึ่งเป็นค่าสูงสุดที่นักสถิติยอมรับได้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง)
ค่าความเชื่อมั่น = 95.0 และค่าอำนาจในการวิเคราะห์ = 0.8 ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
โปรแกรม G*Power 3.1.7 การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือก่อน – หลังเข้ารับการบำบัด
และเมื่อติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน แสดงผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ก.) ได้
จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน (กลุ่มศึกษา 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน รวม 24 คน)

3.3.3.2 ครอบครัวยุติผู้ป่วยเสพติด ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ถูกรวบรวมไว้เป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพใน สรร. โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เฉพาะญาติที่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวได้ ไม่จำกัดเพศ ครอบครัวละ 1 คน จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน ในหอผู้ป่วยที่กำหนด

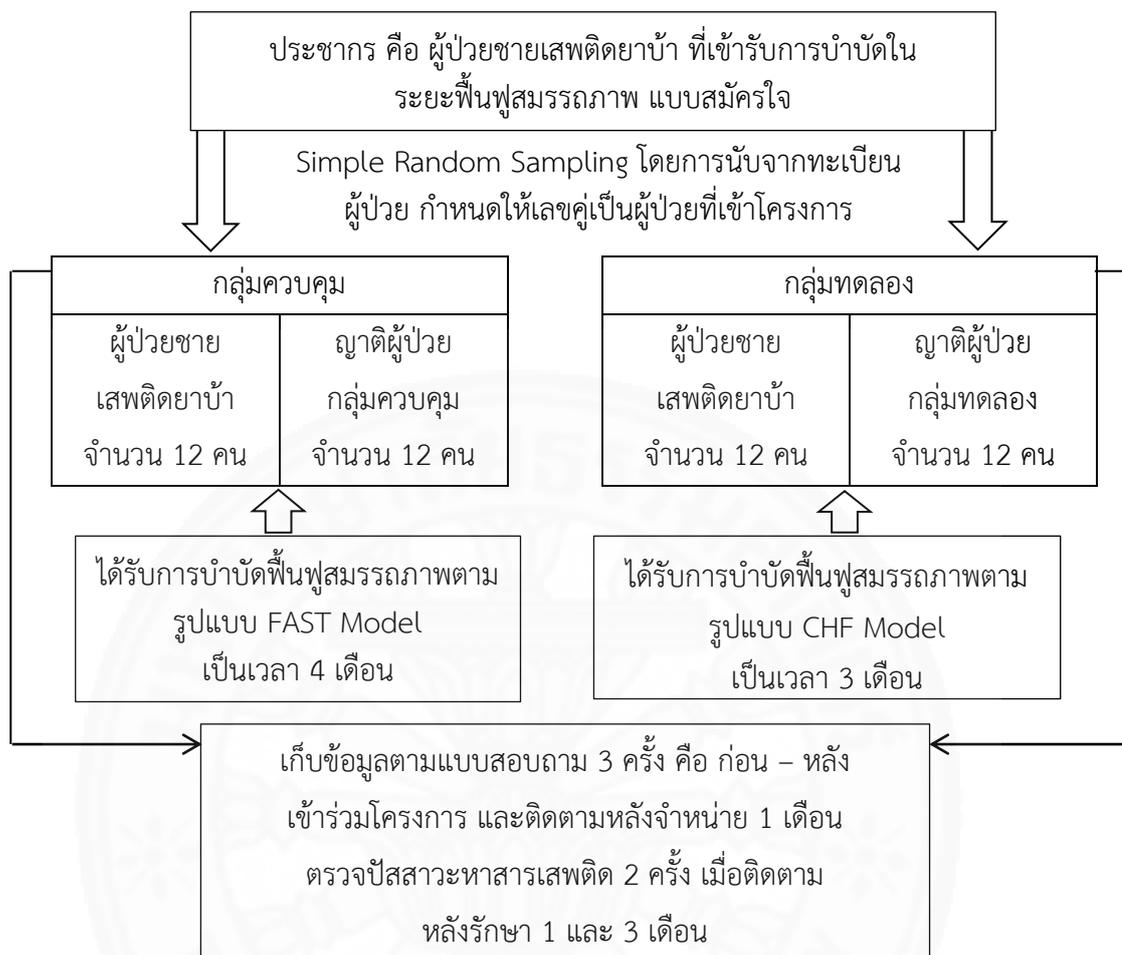
3.3.3.3 เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าในโครงการ (Inclusion Criteria)

- (1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้ามีคุณสมบัติ ดังนี้
 - เป็นผู้ที่มีประวัติเสพติดยาบ้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้า
 - อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย
 - สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- (2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติ มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ที่ถูกรวบรวมไว้เป็นโรคติดยาเสพติด และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้องหรือเครือญาติ โดยการดูแลดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทน
 - สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
 - อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3.3.3.4 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- (1) ผู้เสพติดยาบ้าที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตเวช
- (2) ผู้เสพติดที่มีอาการแทรกซ้อนหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงทางกายจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

3.3.3.5 การบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย



ภาพที่ 3.7 การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยในระยะที่ 3 ระยะทดลอง

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบวัดประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและนำบางส่วนมาจากแบบประเมินมาตรฐาน โดยศึกษาจากทฤษฎี งานวิจัย บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด คำจำกัดความของการวิจัยและปรับปรุงจากรายงานการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

3.4.1 เครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล

3.4.1.1 ระยะที่ 1 ประเมินรูปแบบ FAST Model เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วนคือ

(1) แบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง (ภาคผนวก ข.) ใช้สัมภาษณ์แพทย์ และผู้บริหารทางการแพทย์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตัวอย่างคำถาม เช่น ในมุมมองของท่าน ท่านมีความรู้สึกและความคิดเห็นต่อรูปแบบการบำบัด FAST Model อย่างไร จากการบำบัดด้วยรูปแบบ FAST Model อะไรคือ จุดเด่น ที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและอะไรคือข้อจำกัด ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยล้มเหลว เป็นต้น

(2) ข้อคำถามที่ใช้ในกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วยเสพติดและญาติ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

ลักษณะคำถามที่ใช้ในกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย คำถามนำกระตุ้นอารมณ์ และสร้างบรรยากาศของการสนทนาจำนวน 1 ข้อ คำถามหลักในการเจาะลึกประเด็นปัญหาของระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบ FAST Model จำนวน 2 ข้อใหญ่ (จุดเด่น และโอกาสพัฒนา) และคำถามหลักเพื่อเจาะลึกประเด็นแนวทางที่คาดหวังในอนาคต จำนวน 2 ข้อ คือ ถ้าจะพัฒนา FAST Model ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรพัฒนาปรับปรุงในประเด็นใดบ้าง และในความคิดของท่าน ท่านคิดว่ามีสิ่งใดอีกหรือไม่ที่ควรนำเข้ามาเพิ่มเติมให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4.1.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แนวคำถามในการประชุมกลุ่มตามแนวคิด AIC (Research Question Guideline) ด้วยการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยการระดมสมอง ดังนี้ อภิปราย: ประวัติความเป็นมา ข้อดี ข้อจำกัดของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ โดยผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด และผู้ดำเนินการอภิปราย เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้เวลา 90 นาที หลังจากนั้น แบ่งกลุ่มดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่ม ในหัวข้อ “ฝันเห็น FAST Model ในอนาคตเป็นอย่างไร” โดยแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 6 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มญาติผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มละ 8 - 10 คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินกิจกรรมนาน 120 นาที ในช่วงสุดท้ายเป็นการสรุปสิ่งที่ผู้ร่วมประชุมต้องการให้ปรับปรุงกระบวนการบำบัดรูปแบบ FAST Model โดยแต่ละกลุ่มนำเสนอในห้องประชุมต่อหน้าผู้ร่วมประชุมทุกคน ใช้เวลา 150 นาที

3.4.1.3 ระยะที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสฟติดยาบ้า (CHF Model) กับรูปแบบการบำบัดเดิม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย โดยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ชุด คือ

(1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลจากผู้ป่วยเสฟติดยา ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ป่วยเสฟติดยาบ้า ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และเลือกตอบ (Check List) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ยาเสฟติดยาที่ใช้ วิธีการเสฟ ระยะเวลาที่ใช้ยาเสฟติดยา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับใคร ลักษณะครอบครัวจำนวนสมาชิกรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ประเมินแรกรับและสิ้นสุดการบำบัดฯ แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อยๆ และเป็นประจำ ในแต่ละข้อมีคำตอบในเลือก 4 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับอาการของผู้ป่วยมากที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับอาการ | ระดับคะแนน |
|---------------|------------|
| ไม่เคย | 0 |
| เป็นครั้งคราว | 1 |
| เป็นบ่อยๆ | 2 |
| เป็นประจำ | 3 |

ตัวอย่าง แบบประเมินความเครียด

| อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก | ระดับอาการ | | | |
|------------------------------------|------------|---------------|-----------|-----------|
| | ไม่เคย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1. นอนไม่หลับหรือคิดมากหรือกังวลใจ | | | | |

แปลผล การประเมินความเครียด

| | |
|---------------|-----------------------|
| ≤ 17 คะแนน | ปกติ/ไม่เครียด |
| 18 – 25 คะแนน | เครียดในระดับเล็กน้อย |
| 26 – 29 คะแนน | เครียดในระดับปานกลาง |
| ≥ 30 คะแนน | เครียดในระดับมาก |

- ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) ประเมิน แรกรับและสิ้นสุดการบำบัดฯ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ในแต่ละข้อมี คำตอบในเลือก 5 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมาก ที่สุด ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 9 และ 11 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับอาการ | ระดับคะแนน | |
|------------|------------|--------|
| | เชิงบวก | เชิงลบ |
| ไม่เลย | 1 | 5 |
| เล็กน้อย | 2 | 4 |
| ปานกลาง | 3 | 3 |
| มาก | 4 | 2 |
| มากที่สุด | 5 | 1 |

ตัวอย่าง แบบประเมินคุณภาพชีวิต

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | ไม่เคย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|--|--------|----------|---------|-----|-----------|
| 1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้เพียงใด | | | | | |

แปลผล การประเมินคุณภาพชีวิต

| | |
|----------------|---|
| 26 – 60 คะแนน | คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี |
| 61 – 95 คะแนน | คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง |
| 96 – 130 คะแนน | คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี |

- ส่วนที่ 4 แบบบันทึกอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของผู้ป่วย เสพติด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วย คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนด หาดด้วยจำนวนผู้ป่วยที่รับทั้งหมดแล้วคูณ ด้วย 100

- ส่วนที่ 5 แบบติดตามผลการบำบัดเมื่อผู้ป่วยบำบัดครบตามเกณฑ์ กำหนดไม่กลับไปเสพติซ้ำ โดยติดตามในเดือนที่ 1 และ 3 หลังบำบัดครบตามโปรแกรมการบำบัด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูลจากทะเบียนการติดตามหลังการบำบัด โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดและติดตามได้ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 แล้วไม่กลับไป

เสพติดซ้ำ (ผลปัสสาวะหาสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน มีผลเป็นลบ) หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามเกณฑ์แล้วคูณด้วย 100

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินญาติผู้ป่วยเสพติด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และเลือกตอบ (Check List) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว บุคคลที่ญาติคิดว่าผู้ป่วยเสพติดยาบ้าไว้วางใจ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว เป็นแบบประเมินครอบครัวในด้านการทำบทบาท หน้าที่ของตนเองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย นับเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดเข้มแข็ง หากญาติและผู้ป่วยเสพติดมีความเข้าใจกันจะมีส่วนช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ภายใน สสร. มีข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ญาติผู้ป่วยมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 10, 12, 16, 19, 23, 28, 30 - 32 และ 35 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับความคิดเห็น | ระดับคะแนน | |
|------------------|------------|--------|
| | เชิงบวก | เชิงลบ |
| ไม่ตรงเลย | 1 | 4 |
| ตรงเล็กน้อย | 2 | 3 |
| ตรงปานกลาง | 3 | 2 |
| ตรงมากที่สุด | 4 | 1 |

ตัวอย่าง แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

| การทำหน้าที่ครอบครัว | ไม่ตรงเลย | ตรงเล็กน้อย | ตรงปานกลาง | ตรงมากที่สุด |
|--|-----------|-------------|------------|--------------|
| 1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านได้ | | | | |

แปลผล การประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว

| | |
|-----------------|---|
| คะแนน ≤ 45 | การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ |
| คะแนน 46 – 95 | การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ |
| คะแนน 96 – 140 | การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับดี |

- ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยเสพติด ผู้วิจัยขอ อนุญาต (ภาคผนวก ค.) ใช้แบบประเมินทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยเสพติดของ ธนิกา พฤษชาพนาชาติ (2547) แบบประเมินนี้มีข้อความจำนวน 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ในแต่ละข้อมีคำตอบในเลือก 4 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นมากที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับทัศนคติ | ระดับคะแนน |
|--------------|------------|
| น้อยที่สุด | 1 |
| น้อย | 2 |
| มาก | 3 |
| มากที่สุด | 4 |

ตัวอย่าง แบบประเมินทัศนคติ

| ข้อความ | ทัศนคติ | | | |
|---|-----------|-----|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | น้อย | น้อยที่สุด |
| 1. ท่านคิดว่าการติดยาเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเหมือนโรคทั่วไปสามารถรักษาได้ | | | | |

แปลผล การประเมินทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย

- 1.00 – 2.00 ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ
- 2.01 – 3.00 ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.01 – 4.00 ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

- ส่วนที่ 4 แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตที่เป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้มีข้อความจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด ในแต่ละข้อมีคำตอบในเลือก 4 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 8 และ 12 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับทัศนคติ | ระดับคะแนน | |
|--------------|------------|--------|
| | เชิงบวก | เชิงลบ |
| ไม่เลย | 0 | 3 |
| เล็กน้อย | 1 | 2 |
| มาก | 2 | 1 |
| มากที่สุด | 3 | 0 |

ตัวอย่าง แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย

| คำถาม | ไม่เลย | เล็กน้อย | มาก | มากที่สุด |
|-------------------------------|--------|----------|-----|-----------|
| 1. ท่านรู้สึกว่าคุณามีความสุข | | | | |

แปลผล การประเมินดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย

≤ 26 คะแนน ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

27 – 35 คะแนน ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้

36 – 45 คะแนน ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

(3) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง มีคำถามเกี่ยวกับข้อดี ข้อจำกัด ปัญหา – อุปสรรค ของรูปแบบการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามในการสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อดี – ข้อจำกัดและปัญหา – อุปสรรคของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ง.) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ผู้ใช้ยา และสารเสพติด และผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะโดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้ครอบคลุมนิยามปฏิบัติการ และแนะนำให้ปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้อง เหมาะสม และเข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3.5.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วย ที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน สรร. จำนวนกลุ่มละ 30 คน (ผู้ป่วย 30 คน ญาติ 30 คน) ทดลองใช้เครื่องมือ เมื่อวันที่ 15 – 31 มีนาคม 2558 เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยก่อนนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริงมีผลลัพธ์ดังนี้

- ความเครียดของผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.89
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.79
- การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.78
- ทักษะคดีของญาติที่มีต่อผู้ป่วยเสพติด มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.78
- ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.80

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 – พฤษภาคม 2559 รวมเวลา 2 ปี 3 เดือน โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.6.1 ระยะที่ 1 ประเมินรูปแบบ ดำเนินการ ดังนี้

3.6.1.1 ทำหนังสือขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ สสร. และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย (ภาคผนวก จ.)

3.6.1.2 ทำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขออนุญาตดำเนินการวิจัยภายใน สสร.

3.6.1.3 ดำเนินการนัดหมายกับผู้บริหารทางการแพทย์ และการพยาบาล เพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก

3.6.1.4 ทำหนังสือเชิญพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วย เพื่อดำเนินการตามกิจกรรม ตามวันเวลาที่กำหนด ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้อาสาสมัครการวิจัยศึกษาเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ร่วมโครงการ (Information Sheet) (ภาคผนวก ฉ.) และเมื่ออาสาสมัครการวิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Consent Form) (ภาคผนวก ช.)

3.6.1.5 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาล จำนวน 4 ครั้งโดยสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ระหว่างวันที่ 1 – 20 กุมภาพันธ์ 2557 โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 90 – 120 นาที

3.6.1.6 ดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยเสพติดยาบ้าใน 2 หอผู้ป่วยชายระยะฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 4 คน และ 6 คน ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ และ 10 มีนาคม 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการ 120 – 180 นาที

3.6.1.7 ดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มกับญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 5 คน ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ และ 17 กุมภาพันธ์ 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการ 120 – 180 นาที

3.6.1.8 ดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 9 คน ในวันที่ 29 เมษายน 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการ 180 นาที

3.6.1.9 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง และการบันทึกเสียง

3.6.1.10 นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทป ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง แยกแยะตีความ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์

3.6.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ดำเนินการ ดังนี้

3.6.2.1 วางแผนจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) และการสนทนากลุ่ม

3.6.2.2 ทำหนังสือเชิญอาจารย์จากโครงการสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว เข้าร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มในการทำกิจกรรมการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ท่าน

3.6.2.3 ประชุมวางแผนดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค AIC ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 คน เพื่อเตรียมงาน และซักซ้อมความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

3.6.2.4 ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค AIC ในวันที่ 7 มกราคม 2558 ณ ห้องประชุม 9 ชั้น 5 ตึกอำนวยการ สธร. รวมเวลาดำเนินกิจกรรม 6 ชั่วโมง

3.6.2.5 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยรวม 6 คน ดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แนวคำถามในการประชุมกลุ่มย่อยตามแนวคิด AIC และการบันทึกเสียง

3.6.2.6 นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทป ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง แยกแยะตีความ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ จนได้ร่างการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า

3.6.2.7 ผู้วิจัยนำร่างการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าไปทำประชาพิจารณ์ ณ หอผู้ป่วยหยก โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติ จำนวน 6 คน อ่านร่างและช่วยกันปรับแก้ให้ถูกต้อง สอดคล้อง และสามารถปฏิบัติได้จริงกับผู้ป่วยเสพติดระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2558

3.6.2.8 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาปรับแก้ทั้งด้านภาษา และปรับกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ

3.6.2.9 ผู้วิจัยนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ที่ปรับแก้แล้ว พัฒนาเป็นคู่มือการบำบัด นำไปถ่ายทอดให้ผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติจำนวน 6 คนให้เรียนรู้ และรับทราบร่วมกัน เพื่อเตรียมตัวในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3 ในวันที่ 8, 10 – 11 พฤษภาคม 2558

3.6.3 ระยะที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัด ดำเนินการดังนี้

3.6.3.1 กลุ่มควบคุม

(1) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ เพื่อการวิจัยในระยะทดลอง เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน

(2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย และญาติ) อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับการทำวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ เมื่อผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Consent Form)

(3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้งฉบับภายใน 3 วัน แรกหลังย้ายเข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ เนื่องจากให้เวลาผู้ป่วยปรับตัว ส่วนการตอบแบบสอบถามของญาติผู้ป่วยดำเนินการตอบแบบสอบถามภายในสัปดาห์แรก เมื่อผู้ป่วยย้ายเข้ามาบำบัดในหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ เนื่องจากญาติบางรายไม่มาเยี่ยมผู้ป่วยในวันแรกที่ย้ายติด ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยติดต่อญาติให้มาเยี่ยมผู้ป่วยภายในสัปดาห์แรก เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

(4) กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ตามตารางที่หอผู้ป่วยกำหนด เป็นระยะเวลา 4 เดือน

(5) ในวันที่ผู้ป่วยครบกำหนดกลับบ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวจึงสามารถกลับบ้านได้เมื่อผู้ป่วยอยู่บำบัดครบ 4 เดือน โดยผ่านความเห็นชอบจากแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยประสานให้ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน และให้กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยและญาติ) ทำแบบสอบถามทั้งฉบับอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกถึงข้อดี ข้อจำกัดของการบำบัดแบบ FAST Model และแจ้งผู้ป่วยกับญาติ เรื่องการตรวจตามนัดในช่วงติดตามการรักษา เพื่อติดตามเรื่องการเสพติดซ้ำ และขอหมายเลขโทรศัพท์เพื่อประสานให้ผู้ป่วยมาตามนัด วันที่จำหน่าย และส่งผู้ป่วยไปที่กลุ่มงานติดตามผลการรักษาเพื่อรับบัตรนัด

3.6.3.2 กลุ่มศึกษา

(1) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ เพื่อประสานงาน และทบทวนขั้นตอนการวิจัยในกลุ่มศึกษา

(2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย และญาติ) อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับการทำวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ เมื่อผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Consent Form)

(3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้งฉบับภายใน 3 วัน แรกหลังย้ายเข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ เนื่องจากให้เวลาผู้ป่วยปรับตัว ส่วนการตอบแบบสอบถามของญาติผู้ป่วย ดำเนินการตอบแบบสอบถามภายในสัปดาห์แรก เมื่อผู้ป่วยย้ายเข้ามาบำบัดในหอผู้ป่วยชาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ เนื่องจากญาติบางรายไม่มาเยี่ยมผู้ป่วยในวันแรกที่ย้ายตก ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยติดต่อญาติให้มาเยี่ยมผู้ป่วยภายในสัปดาห์แรก เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

(4) กลุ่มศึกษาได้รับกิจกรรมการบำบัดตามการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ตามตารางที่ผู้วิจัยกำหนด เป็นระยะเวลา 3 เดือน

(5) ในวันที่ผู้ป่วยครบกำหนดกลับบ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวจึงสามารถกลับบ้านได้เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีสุขภาพกาย และจิตพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตสังคมได้ โดยผ่านความเห็นชอบจากแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยประสานให้ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน ให้กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย และญาติ) ทำแบบสอบถามทั้งฉบับอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกถึงข้อดี ข้อจำกัดของการบำบัดแบบ CHF Model และแจ้งผู้ป่วยกับญาติ เรื่องการตรวจตามนัดในช่วงติดตามการรักษา เพื่อติดตามเรื่องการเสพติดซ้ำ และขอหมายเลขโทรศัพท์เพื่อประสานให้ผู้ป่วยมาตามนัด วันที่จำหน่าย และส่งผู้ป่วยไปที่กลุ่มงานติดตามผลการรักษาเพื่อรับบัตรนัด

ขั้นติดตามหลังการรักษา

เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก สสร. ผู้ช่วยวิจัยที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานติดตามการรักษา เป็นผู้ดำเนินการติดตามการรักษา 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 โดยนัดผู้ป่วย และญาติมาพบที่สถาบันฯ สัมภาษณ์ตามแบบการติดตามผลหลังการรักษาของ สสร. และตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน พร้อมทั้งพบแพทย์เจ้าของไข้ หลังจากนั้นระหว่างการรอรับยากลับบ้านผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วย และญาติทำแบบสอบถามทั้งฉบับพร้อมทั้งสอบถามพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ในส่วนของการติดตามผลลัพธ์ด้านการเสพติดซ้ำ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัด 3 เดือน โดยนัดผู้ป่วยมาพบที่ สสร. เพื่อตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนและพบแพทย์เจ้าของไข้

3.7 การให้กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model)

กลุ่มศึกษาได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ซึ่งเป็น การเพิ่มกิจกรรมที่การบำบัดแบบ FAST Model ไม่มี โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมีศึกษา ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manger) จำนวน 5 คน ผู้จัดการรายกรณี 1 คนดูแลผู้ป่วยเสพ ติดยาบ้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 3 - 4 คน เมื่อผู้ป่วยเสพติดเข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management: CM) และบริหาร จัดการโดยจัดกิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม (Holistic Rehabilitation) โดยผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจตามแบบประเมิน ความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติด (Addiction Severity Index: ASI) และประเมินแรงจูงใจผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินไม่บรรเทาจิตใจ (MI Score) เมื่อวิเคราะห์ผลการประเมิน เพื่อคัดแยกผู้ป่วยเสพ ติดตามความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติด และปัญหาที่พบทางกาย จิตและสังคมของผู้ป่วยแล้ว

ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้นำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตาม ระดับความรุนแรงของปัญหา คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับน้อย (Mild) ปานกลาง (Moderate) และ รุนแรง (Sever) หลังจากนั้นผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้นำข้อมูลของผู้ป่วยมาวางแผนการบำบัดเป็น รายบุคคล (Individual Treatment Plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ เป็นต้น โดยผู้จัดการรายกรณีจะประสานและดำเนินกิจกรรม ตามตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1 กิจกรรมบำบัดที่ผู้จัดการรายกรณีจัดให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา

| วัน/เวลา | กิจกรรมการบำบัด | วัตถุประสงค์ของกิจกรรมบำบัด |
|---|---|---|
| เดือนที่ 1 วันจันทร์ 10.00 – 11.00 น. | กลุ่มสุขศึกษา: ความอยากยา คืออะไร? | - เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอาการอยากยา และตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยากยา |
| | 11.00 – 12.00 น. | กลุ่มสมาชิกใหม่ (Younger Member Group) |
| เดือนที่ 2 – 3 วันจันทร์ 10.00 – 11.00 น. | กลุ่มสุขศึกษา: 1. การจัดการกับตัวกระตุ้น 2. วางแผนชีวิตไม่กลับไปใช้ยาเสพติด | เพื่อให้ผู้ป่วย: - รู้จักวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยากยา - เรียนรู้วิธีป้องกันการเสพติดซ้ำ และสามารถวางแผนชีวิตเพื่อเลิกยาเสพติด |
| | 11.00 – 12.00 น. | กลุ่มสมาชิกเก่า (Older Member Group)/ กิจกรรมเพื่อนคู่คิด (Buddy) |
| วันอังคาร 15.30 – 16.30 น. | กลุ่มทักษะชีวิต: 1. การจัดการกับความโกรธ 2. การบริหารเวลา 3. การบริหารเงิน | เพื่อให้ผู้ป่วย - มีความรู้ที่ตนเองกำลังโกรธ และจัดการกับความคิด ความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม - มีความรู้และสามารถแบ่งเวลาได้เหมาะสม - มีความรู้สามารถใช้เงินให้เกิดประโยชน์ เข้าใจและสามารถวางแผนการใช้จ่ายเงินได้อย่างถูกต้อง |
| เดือนที่ 1 – 3 วันพุธ 10.00 – 12.00 น. | กลุ่มครอบครัว | - ให้ความรู้ครอบครัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย |
| | กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์ (เฉพาะผู้ป่วยที่ญาติไม่มาร่วมกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์) | - ฝึกให้ผู้ป่วยมีจิตสำนึกในการดูแลสิ่งแวดล้อม |
| วันศุกร์ 11.00 – 12.00 น. | ประชุมเจ้าหน้าที่ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ | - เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และวางแผนการบำบัดผู้ป่วยเป็นรายบุคคล |
| วันเสาร์ – อาทิตย์ 10.00 – 12.00 น. | กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์ | - ฝึกให้ผู้ป่วยมีจิตสำนึกในการดูแลสิ่งแวดล้อม - ปรับนาฬิกาชีวิตให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ |
| วันจันทร์ - ศุกร์ 13.00 – 15.00 น. | ฝึกอาชีพ (ตัดผมชาย การอาหาร หัตถศิลป์ นวดแผนไทย และเสริมสวยหญิง) | - ฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะอาชีพ และเกิดความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หมายเหตุ เริ่มฝึกอาชีพในสัปดาห์ที่ 2 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วยฟื้นฟู |
| | 15.00 – 16.30 น. | ให้คำปรึกษารายบุคคล/รายครอบครัว เฉพาะกรณี |

ตลอดระยะเวลาการบำบัด 3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (Contingency Management: CM) ด้วยการให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทุกครั้ง ประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดี การมีจิตอาสาช่วยเหลือเพื่อน การอยู่รับการบำบัดตามเวลาที่กำหนด เป็นต้น โดยพฤติกรรมดังกล่าวผู้ป่วยจะต้องตกลงกับผู้จัดการรายกรณีของตนเองไว้ล่วงหน้าก่อน โดยรางวัลที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นของที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การเพิ่มเวลา จำนวนครั้งในการโทรศัพท์ติดต่อญาติ การเพิ่มเวลาพบญาติ หรือรางวัลอื่นที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น สบู่ ยาสีฟัน แปรงทาสีฟัน เป็นต้น ซึ่งรางวัลเหล่านี้เป็นรางวัลที่ไม่มีราคาแต่มีค่าทางจิตใจ และรางวัลเหล่านี้จะค่อยๆ เพิ่มมูลค่าขึ้นเรื่อยๆ ตามความยาก - ง่ายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลง และรางวัลเหล่านี้มีส่วนช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และครอบครัวด้วย

ทั้งนี้ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพในทุกสัปดาห์ เพื่อวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อครบเวลาการบำบัด 3 เดือน ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อวางแผนการจำหน่ายออกจากสถานบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และประสานกับญาติให้มารับผู้ป่วยกลับบ้าน ในวันที่ญาติมารับผู้ป่วย ผู้จัดการกรณีให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการมาติดตามหลังการรักษา (รายละเอียดของกิจกรรมอยู่ในภาคผนวก ซ.)

3.8 การแปลและวิเคราะห์ผลข้อมูล

การศึกษานี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ผู้วิจัยจึงแบ่งการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเป็นระยะ ดังนี้

3.8.1 ระยะที่ 1 ประเมินผลรูปแบบ

- แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.8.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

- แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก ข้อคำถามที่ได้จากการระดมสมอง และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.8.3 ระยะที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) เปรียบเทียบกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) กับกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์ก่อน – หลัง มีระยะเวลาการติดตาม 1 และ 3 เดือน

3.8.3.1 การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

(1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ

(2) ข้อมูลการเสพติดได้แก่ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุที่เริ่มเสพติดเป็นประจำ ระยะเวลาที่เสพติดต่อเนื่อง ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ

(3) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ทั้งก่อนและหลังครบการบำบัด ดังนี้

(3.1) ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า

- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งก่อน และหลังเข้ารับการบำบัด ภายในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่แบบคู่ (Paired T-Test)

- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งก่อน และหลังเข้ารับการบำบัด ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่ระหว่างกลุ่ม (Independent T-Test)

- เปรียบเทียบอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และผลการบำบัดเมื่อผู้ป่วยบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 และ 3 เดือน ด้วยจำนวนและร้อยละ

(3.2) ในญาติผู้ป่วยเสพติด

- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ทศนคติต่อผู้ป่วยเสพติด และคะแนนดัชนีความสุขในชีวิต ทั้งก่อน และหลังเข้าผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดภายในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่แบบคู่ (Paired T-Test)

- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว
ทัศนคติต่อผู้ป่วยเสพติด และคะแนนดัชนีความสุขในชีวิต ทั้งก่อน และหลังเข้าผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเข้ารับ
การบำบัดระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีระหว่างกลุ่ม (Independent T-Test)

(4) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
(Content Analysis)

3.9 การพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิด้านจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดย

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย หลักการและเหตุผลการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และสิ่งที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติระหว่างการวิจัย รวมถึงเหตุผลในการขอให้อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยอย่างเปิดเผยและครบถ้วน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามความเข้าใจในโครงการวิจัยของอาสาสมัครและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นว่าหากอาสาสมัครไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัคร เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

3. ระหว่างดำเนินการวิจัย หากเกิดความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาสาสมัครทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความคับข้องใจ ความเครียด เป็นต้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการช่วยเหลือทันทีโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล รายครอบครัว

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเคารพในการรักษาความลับของอาสาสมัคร โดยในแบบบันทึกข้อมูลและการรายงานผลการวิจัยไม่มีการระบุตัวอาสาสมัคร

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) สามารถสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลได้ ดังนี้

4.1 ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ประเมินรูปแบบ FAST Model

4.1.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 มีทั้งสิ้น 32 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์และผู้บริหารทางการแพทย์ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และกลุ่มญาติผู้ป่วย (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1) ในภาพรวมสามารถสรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 53.1) มีอายุเฉลี่ย 45.7 ปี (ต่ำสุด 20 ปี และมากที่สุด 64 ปี) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 34.3 และมีอาชีพรับราชการร้อยละ 43.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร (ระยะที่ 1)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N = 32) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| กลุ่มอาสาสมัครการวิจัย | | |
| ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 10 | 31.3 |
| ทีมผู้ปฏิบัติ (หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ) | 9 | 28.1 |
| ญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 9 | 28.1 |
| ผู้บริหารทางการแพทย์และการพยาบาล | 4 | 12.5 |
| เพศ | | |
| ชาย | 15 | 46.9 |
| หญิง | 17 | 53.1 |
| อายุ | | |
| ≤ 21 ปี | 2 | 6.3 |
| 21– 30 ปี | 6 | 18.7 |
| 31 – 40 ปี | 5 | 15.6 |
| 41 – 50 ปี | 6 | 18.7 |
| 51 – 60 ปี | 10 | 31.3 |
| 60 ปีขึ้นไป | 3 | 9.4 |
| อายุเฉลี่ย 45.7 ± 15.2, Min = 20 ปี, Max = 64 ปี | | |

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร (ระยะที่ 1) (ต่อ)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N = 32) | ร้อยละ |
|------------------------|----------------|--------|
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 16 | 50.0 |
| โสด | 11 | 34.3 |
| หย่าร้าง | 3 | 9.4 |
| หม้าย | 2 | 6.3 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 4 | 12.5 |
| มัธยมศึกษา | 11 | 34.3 |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 2 | 6.3 |
| ปริญญาตรี | 7 | 21.9 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 8 | 25.0 |
| อาชีพ | | |
| รับราชการ | 14 | 43.8 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 8 | 25.0 |
| รับจ้าง | 6 | 18.7 |
| ว่างงาน | 4 | 12.5 |

4.1.2 ผลการประเมินรูปแบบการบำบัดแบบ FAST Model

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแยกมุมมองซึ่งนับเป็นเสียงสะท้อนได้เป็น 3 ประเด็นหลักๆ คือ 1) ข้อดีของ FAST Model 2) ข้อจำกัดของ FAST Model 3) สรุปข้อค้นพบ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1.2.1 ข้อดีของ FAST Model แบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

(1) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

เป็นกระบวนการทำงานที่มีการทำงานเป็นทีม (Team Work) โดยผู้บำบัดทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ร่วมกับการเสริมพลังให้กับผู้ป่วย ที่ประกอบไปด้วย ทีมแพทย์ ทีมพยาบาล วิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และครูการศึกษาตามอัธยาศัย) ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ความรู้เชิงสุขภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการเสริมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งการดูแลในลักษณะนี้ถือเป็นการดูแลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังตัวอย่างคำกล่าว

“จุดเด่นของ FAST Model คือ การทำงานเป็นทีม และมีนักบำบัดประจำตัวผู้ป่วยดูแลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งระบบการทำงานเช่นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาตรงจุดครบคลุม เพราะมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือ”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 55 ปี

“ด้านดีของ FAST คือ มีรูปแบบ...มีกระบวนการ...มีการเตรียมผู้ป่วย นำครอบครัว และมีเจ้าหน้าที่ รวมถึงทีมต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยให้คนที่ที่มีประสบการณ์มาแล้วเรื่องราวที่ตนเองได้เรียนรู้... ให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น...และต่อยอดความรู้...ส่งเสริมให้เขากล้าแสดงออกจากสิ่งที่มีอยู่...มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

ผู้บริหารทางการพยาบาล เพศหญิง อายุ 58 ปี

“นับเป็นการบำบัดที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ เมื่อพูดถึง Concept และเป็นแนวทางของกระแสโลกในปัจจุบัน เป็น Evidence ที่ได้จากการไปประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านยาเสพติด (Meeting of ASEAN Senior Officials on Drug Matters: ASOD) คือ การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดในชุมชนบำบัดที่ทุกประเทศนำเสนอ จะมีแนวทางในการพัฒนาที่คล้ายคลึงกัน แต่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น ลดระยะเวลาการบำบัดลง หรือใช้รูปแบบอื่นๆ ร่วมกับการบำบัด ซึ่งแล้วแต่บริบทของพื้นที่”

ผู้บริหารทางการพยาบาล เพศหญิง อายุ 58 ปี

(2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็น

การบำบัดที่มีกระบวนการเรียนรู้ (Process of Learning) มีสื่อการสอนและเทคนิคการสอนที่ดี ส่งเสริมให้เกิดการคิดอย่างเป็นระบบมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนต่อจากระบบการศึกษา โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาเป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และสร้างวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ให้ผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าว

“การเรียนรู้ในการบำบัดแบบ FAST Model นี้ มีระบบการเรียนรู้ด้วยการสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จนผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งในตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดของผู้ป่วยเองได้ และให้ผู้ป่วยที่เข้าบำบัดก่อนเป็น Role Model ที่ดีให้แก่ผู้ที่เข้าบำบัดใหม่”

ผู้บริหารทางการพยาบาล เพศหญิง อายุ 56 ปี

“ที่พยาบาลก็ป้อนข้อมูลให้เราไปเรื่อยๆ ละลายพฤติกรรมเก่าออกไป เอาของไม่ดีออกไป... เอาของดีเข้ามาเรื่อยๆ ละลายพฤติกรรมเก่าด้วยกิจกรรมเสริม เช่น สุขศึกษา Self Help กลุ่มจิตต่างๆ ทุกๆ กลุ่มมีความสำคัญหมด”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 29 ปี

“ครั้งแรกผมคิดว่าการบำบัดแบบ FAST Model เป็นการบำบัดที่เหมือนๆ กับที่อื่น ไม่น่าจะบำบัดได้ผล ผมคิดว่าถ้าผมบำบัดครบกำหนดก็น่าจะกลับไปเสพติดซ้ำอีก แต่เมื่อผมเข้ามาบำบัดได้ไม่นาน...ผมก็พบว่า ตัวผมเองเปลี่ยนความคิด และผมเองเห็นความเปลี่ยนแปลงของตัวเอง จากการที่พี่พยาบาลและทีมบำบัดอื่นๆ สอนผมในหลายๆ เรื่อง ที่นี้มีสื่อ-อุปกรณ์ การสอนที่ดีครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 32 ปี

“พยาบาลฝึกให้เราอยู่กับสิ่งที่ไม่ชอบ ตอนแรกผมก็คิดว่าผมไม่ชอบแล้วจะให้ผมทำอะไร อดใจตัวเองตลอด...ไม่กล้าถามคนอื่น อยู่ไปๆ ก็เริ่มออกไปพูดทีละนิด คือผมจะพยายามสื่อให้พี่เขาฟังว่าผมไม่ชอบในสิ่งที่พี่เขาให้ทำนะ... แต่ก็ไม่กล้าพูดเสียทีเดียว...เอาออกมาทีละนิดๆ ต่อมาก็ได้คำตอบว่า บางทีคนเราเลือกไม่ได้กับสิ่งที่ต้องอยู่...จะต้องอยู่กับสิ่งที่ไม่ชอบบ้าง... อยากให้รู้ว่าต้องทำยังไง เมื่อต้องอยู่กับสิ่งที่ไม่ชอบ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

(3) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) มีระบบการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ เสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย และส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกว่ามีความสุขที่เห็นลูกมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าว

“แม่ชอบรูปแบบนี้เคยพาไปที่อื่น...ที่นี้ดีกว่า...เพราะที่อื่นเขาล่ามโซ่...เขากลับอาละวาด แต่ที่นี้ให้อยู่แบบมีกิจกรรมช่วยลูก ที่นั่นเหมือนกับมีการกักขัง...ที่นี้กว้างขวาง...มีกิจกรรมหลายอย่าง ที่สำคัญคือ ไม่ล่ามโซ่ และเขาก็สมัครใจมาเอง แม่ก็ถามเขาว่า...อยู่ได้หรือเปล่า เขาบอกว่า...อยู่ได้ จะอยู่จนกว่าหมอจะให้กลับบ้านได้”

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 60 ปี

“พยาบาลถึงตัวผู้ป่วยมากกว่า เช่น น้องชายผมมีโรคประจำตัว บางทีผมก็ลืม ไม่มีเวลามาเยี่ยม พยาบาลที่นี้เอาใจใส่ดีครับ ยาของน้องผมหมด คุณพยาบาลโทรไปบอกว่า ยาประจำตัวของน้องคุณใกล้หมดแล้วนะคะ...ช่วยนำยามาให้ด้วยนะคะ ผมคิดว่าการดูแลตรงนี้เป็นสิ่งที่ดีมากเลยครับ”

พี่ชายผู้ป่วยเสพติด อายุ 42 ปี

“ในความคิดของพี่...พี่คิดว่าเป็นรูปแบบที่ดี เพราะประยุกต์มาจากรูปแบบชุมชนบำบัดเดิม แต่ปรับให้กระชับ และเหมาะสมกับบริบทของคนไทย”

ผู้บริหารทางการพยาบาล เพศหญิง อายุ 58 ปี

"เขาบอกว่าไม่อยากให้แม่มา สงสารแม่ที่ต้องเดินทางมา แม่อยู่ประตุน้ำในกรุงเทพ แต่ก็เต็มใจมาหาลูก ที่ลูกถามแม่...รู้สึกภูมิใจที่ลูกมีความคิดขึ้นมาบ้าง"

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 56 ปี

(4) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ครอบครัวเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ไม่ก้าวร้าว สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และสามารถแสดงให้คนอื่นเห็นว่าตนเองสามารถเข้าสังคมได้ ซึ่งสิ่งที่แสดงออกนี้เป็นสิ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าว

"ลูกมีสุขภาพดีขึ้น เห็นความเปลี่ยนแปลง...พฤติกรรมของลูกดีขึ้น ไม่ก้าวร้าว"

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 60 ปี

"เขามีความรับผิดชอบ จากปกติอยู่บ้านไม่เคยยกมือไหว้ พอแม่มาถึงที่นี่ ลูกจะยกมือไหว้ และบอกว่า แม่หวัดดี พอแม่จะกลับ ลูกก็สวัสดีอีก.."

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 56 ปี

"การบำบัดรูปแบบนี้มีกิจกรรมกลุ่มที่สอน และสร้างให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะออกไปพูดแสดงความรู้สึกได้ พูดต่อหน้ากลุ่มผ่านไมโครโฟน ผู้บำบัดเห็นพัฒนาการของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ขึ้น สามารถบอกความรู้สึกของตัวเอง และให้กำลังใจผู้อื่นได้"

ผู้บริหารทางการแพทย์ พศหญิง อายุ 56 ปี

"คิดว่าชีวิตที่ผ่านมาของวัยรุ่นใช้คุ้มค่าแล้ว มาอยู่ที่นี่มีความรู้สึกอยากกลับบ้านเหมือนกัน พอได้เข้ากลุ่มนั้นกลุ่มนี้มีหน้าที่แต่ละหน้าที่ปฏิบัติกันไป รู้สึกว่าตัวเองเรียนรู้แต่ละขั้นๆ ไป รู้สึกเปลี่ยนความคิดของมันเป็นเองได้"

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 35 ปี

"ผมว่าพฤติกรรมผมเปลี่ยนไปมากครับ จากที่ไม่ค่อยยอมรับอะไรง่ายๆ แต่ตอนนี้ผมรับฟังเหตุผลของคนอื่น ยอมรับความเห็นความคิดเห็นของคนอื่น และยืดหยุ่นมากขึ้นครับ"

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 32 ปี

"สามารถปรับเปลี่ยนอะไรได้เยอะกว่าที่คิด พฤติกรรมก็สามารถเปลี่ยนได้...กับคนที่ไม่ยอมรับ...เขาก็สามารถปรับและยอมรับได้ครับ"

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 35 ปี

"ลูกปรับพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน มีเหตุผลมากขึ้น รู้จักถามว่าได้หรือเปล่า ปกติจะเอาให้ได้ รู้จักยืดหยุ่นไม่ได้ก็ไม่เป็นไร"

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 60 ปี

4.1.2.2 ข้อจำกัดของ FAST Model

การบำบัดรูปแบบ FAST Model มีส่วนดีหลายส่วน แต่จากการศึกษาพบว่า ยังคงมีสิ่งที่มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนมุมมองว่า FAST Model ควรพัฒนาใน 4 ประเด็น ดังนี้

(1) ด้านกระบวนการบำบัด พบว่า ขาดการจัดหรือคัดกรองผู้ป่วยเสพติด

เข้าตี๊กฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดน้อยเกินไป กลุ่มกิจกรรมบำบัดขาดเนื้อหาที่สำคัญ บางอย่าง เช่น การจัดการกับความโกรธ (Anger Management) และกลุ่มการให้ความรู้ในการเป็น พ่อ-แม่ (Parenting Group) การบำบัดมีแนวคิดที่ดี แต่บุคลากรผู้ปฏิบัติบางคนยังไม่เข้าใจ และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยเสพติดโดยใช้หลักการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ขาดการประเมินความต้องการด้านกิจกรรมทางเลือก และบุคลากรบางคนขาดความเข้าใจเรื่อง การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ประเด็นสำคัญคือในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนกำหนดขาดการให้ความรู้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังตัวอย่างคำกล่าว

"การประเมินความต้องการในเรื่องกิจกรรมทางเลือกอาจจะยังไม่ดีพอ ขาดการใช้แบบประเมิน ASI (Addiction Severity Index) เนื่องจากผู้บำบัดไม่รู้ศักยภาพของผู้ป่วย ไม่สามารถวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ถ้าเรารู้ศักยภาพของผู้ป่วย เราก็สามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้"

ผู้บริหารทางการแพทย์ เพศชาย อายุ 53 ปี

"การคัดกรองผู้ป่วยเข้า FAST Model ไม่มีการประเมิน บางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางจิต สุขภาพทางกายไม่พร้อมที่จะย้ายมา ก็ให้ผู้ป่วยย้าย...โดยให้เหตุผลเพียงแค่ว่าผู้ป่วยสมัครใจ แต่ยังไม่ขาดการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ว่าผู้ป่วยพร้อมหรือไม่ อย่างไร หากผู้ป่วยมีอาการบกพร่องทางพุทธิปัญญา (Cognitive Impairment) จะไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบ FAST Model ได้"

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

"ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการอยู่รับการบำบัด การให้รางวัลเป็นสิ่งหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่อง การจัดการกับความโกรธเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการฟื้นฟู"

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 48 ปี

(2) ความไม่เพียงพอของบุคลากร พบว่า ผู้บำบัดไม่เพียงพอกับภาระงานขาดการจัดการให้เกิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ขาดการสื่อสารด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างทีมผู้บำบัด ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ผู้บำบัดบางรายขาดทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group Therapy) ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ที่แท้จริงและไม่สามารถประยุกต์แนวคิดของกิจกรรมไปใช้กับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ รวมถึงการใช้เครื่องมือบ้าน (Tools of House) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปฏิบัติยังขาดความตระหนักในเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

“ทีมบำบัดไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย พี่ดูสิคนไข้ตึกหนึ่ง 50 – 60 คน มีพยาบาลประจำตึกอยู่ 5 คน หนูว่าจำนวนคนทำงานมันไม่ค่อยเหมาะสมกับภาระงาน บางช่วงนะ...มีนโยบายปราบปรามบางตึกมีคนไข้ 70 – 80 คน ก็ยังมีพยาบาลดูแลแค่ 5 คนเอง หนูว่ามันส่งผลต่อคุณภาพการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยนะ อย่างน้อยก็ดูแลไม่ทั่วถึงค่ะ”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 36 ปี

“มีช่วงหนึ่งที่ผู้บริหารบอกว่านักบำบัดทำได้ทุกอย่าง พยาบาลทำได้ทุกอย่าง ไม่รู้ว่ามีภูมิใจกับคำนี้หรือเปล่า...แต่ความรู้สึกของเรา...เรารู้ว่ามันเป็นภาระหนักของพี่ๆ ที่เดียวที่ผู้บริหารเข้าใจแบบนั้น เพราะว่าบางอย่างมันเป็นทักษะที่ต้องฝึก...แล้วเชื่อว่าพี่ๆ ที่เป็นนักบำบัดหลายๆ ท่านที่ทำหน้าที่นักบำบัดในพื้นที่ มีทักษะอะไรบางอย่างที่มันเพิ่มเติมหลังจากที่พี่ๆ เข้าไปแล้ว พี่สามารถรับรู้ได้เมื่อพี่อยู่นานขึ้นว่า...พี่ทำได้ดีขึ้น...แต่พอโยกที่มันก็มีปัญหาทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ความคลาดเคลื่อนตรงนี้นั้นมันเป็นช่องว่าง เพราะว่ามันทำให้การบำบัดมีปัญหา จะทำให้แนวคิดบางตัวมันบิดเบือนไป”

นักจิตวิทยา เพศหญิง อายุ 40 ปี

“การปรับโครงสร้างองค์กรส่งผลกระทบต่อพยาบาลที่จะดูแลคนไข้ เมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ก็ควรมีพยาบาลเพิ่มตาม...เพื่อจะได้มีคนดูแลเรื่องการบำบัดฟื้นฟู ไม่อย่างนั้นจะทำให้เกิดช่องว่างในการบำบัดได้”

พยาบาลวิชาชีพเพศหญิง อายุ 36 ปี

“ผมว่านะเมื่อก่อนที่เป็น TC ทีมบำบัดเข้มแข็งกว่านี้ มีการประชุมทีมบำบัดกันอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง ผมอยู่อาชีวะก็มีสิทธิประเมิน และรู้จักผู้ป่วย แต่เดี๋ยวนี้ถึงเหล่านี้ผมว่ามันหายไปนะครับ”

นักอาชีวบำบัด เพศชาย อายุ 40 ปี

“ ใน Group Therapy พยาบาลยังขาดทักษะในการทำ Group Therapy กับขาดความยืดหยุ่นในการจัดกลุ่มคนไข้ให้เหมาะสม เป็นบางคนที่ยังไม่ค่อยเข้าใจ และบางครั้งในกลุ่มงานอย่างเช่น อาชีวะบำบัดยังไม่ค่อยเข้าใจ ผีกออาชีพยังไม่ค่อยเข้าใจ ทำไมไม่ให้ผู้ป่วยออกมาเรียน ผู้ป่วยก็เรียนไม่ครบ เขาไม่เข้าใจว่าถ้าผู้ป่วยยังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ แล้วไปเรียนอาชีพก็จะมีประโยชน์”

“ผู้บำบัดไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ที่แท้จริง การดูแลคนไม่ใช่แค่มาดูแลแล้ว...ให้เขาทำ มันต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์อย่างมาก เพราะคนมีความผันแปร หลากหลายที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าใครจะเป็นอย่างไร ผู้บำบัดต้องเป็นมืออาชีพ มีความสามารถ บางคนที่ยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มอย่างแท้จริง กลุ่มกิจกรรมไม่จำเป็นต้องทำเหมือนกัน...เพราะปัญหาแต่ละวันไม่เหมือนกัน....ไม่มีใครเหมือนใคร แต่ผู้บำบัดควรรู้และเข้าใจหลักการจนสามารถประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยแต่ละรายได้”

ผู้บริหารทางการพยาบาล เพศหญิง อายุ 57 ปี

(3) ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูมากขึ้น

การบำบัดรูปแบบ FAST Model เน้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด แต่ที่ผ่านมาพบปัญหา คือ ช่วงเวลาในการเยี่ยมเป็นวัน – เวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับครอบครัวผู้ป่วยที่รับราชการ เช่นกัน หรือการติดต่อญาติทางโทรศัพท์ สถานบำบัดอนุญาตให้ผู้ป่วยติดต่อญาติได้เพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้งเท่านั้น ในขณะที่ผู้บำบัดเห็นว่า บางครั้งญาติติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ กลับนำความไม่สบายใจมาให้ผู้ป่วย เช่น เมื่อญาติโทรศัพท์มาพูดคุยกับผู้ป่วยมักพูดคุยปัญหาในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจนไม่สามารถอยู่รับการบำบัดครบตามกำหนดได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของ

“จากประสบการณ์ที่อยู่มา แม่ของผมนอนอยู่ไกลและรับราชการปกติวันญาติเยี่ยมจะเป็นวันพุธ...อยากให้เลื่อนหรือเพิ่มเป็นวันหยุดบ้าง...เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติที่เป็นข้าราชการ... ผมก็เข้าใจว่าที่นี่ก็คือหน่วยงานราชการ แต่เหมือนคนที่อยู่ไกล...ทั้งพ่อ-แม่รับราชการทั้งคู่อยากจะมาร่วมด้วย ถ้ามันเป็นวันทำการ...ทางญาติก็จะลำบาก”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 26 ปี

“สิ่งที่ไม่ค่อยประทับใจคือ การที่น้อง (คนไข้) ขอโทรศัพท์หาญาติ คือ 1 อาทิตย์ผู้ป่วยสามารถโทรหาญาติได้ 1 ครั้ง แต่ผมมองว่าถ้าเรามีเรื่องด่วนที่มีเรื่องจำเป็นจริงๆ เช่น เรื่องการเรียน เรื่องที่มันไม่สามารถเลื่อนวันออกไปได้ ถ้าพี่เจ้าหน้าที่ พี่พยาบาลปล่อยปะละเลยในจุดนี้ไปบ้าง...คิดว่ามันดีทุกอย่างแล้วครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 35 ปี

"ตอนนี้ แนวคิดของ family อาจคลาดเคลื่อนไป คือเราคิดว่า family คือ ครอบครัวของผู้ป่วย...แต่ที่จริง family ใน TC...มันคือการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว...เพราะเมื่อก่อนเราจะเรียก "ดีกผู้ป่วย" ว่า "บ้าน" เมื่อก่อนเด็กจะเรียกพยาบาลว่า "ป้า" หรือ "พี่" แต่เดี๋ยวนี้...เรียกพยาบาลว่า "หัวหน้า"...นี่ก็เป็นอารมณ์ที่จะต่างกันนิดหนึ่ง...ซึ่งส่งผลให้ความเป็นครอบครัวลดลง"

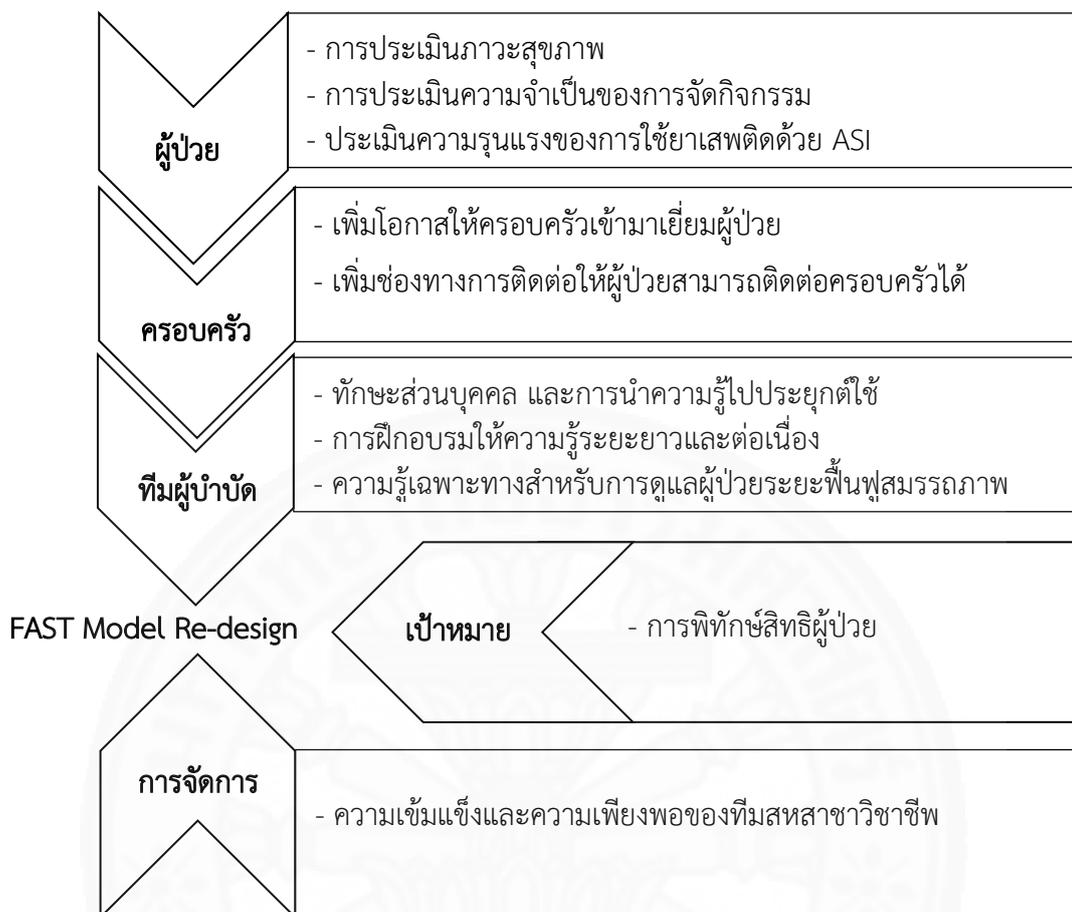
นักจิตวิทยา เพศหญิง อายุ 40 ปี

(4) ควรตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดระหว่างการบำบัดที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดไม่ครบกำหนด การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทาบกับกระบวนการบำบัด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด กิจกรรมบำบัดบางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย การบริหารเวลาในการจัดกิจกรรมไม่ชัดเจน ขาดความยืดหยุ่นในการจัดกิจกรรม ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูไม่สอดคล้องตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังตัวอย่างคำกล่าวของ

"การใช้เครื่องมือบ้านเป็นข้อดี แต่กระแสสังคมโลกปัจจุบันมีการชูธงเรื่องของการประกาศสิทธิมนุษยชน ตรงนี้ต้องตามให้ทันด้วย...บางอย่างอาจจะเป็นเรื่องของการลงโทษ บางอย่างอาจจะเป็นการให้รางวัล ต้องดูว่าปัจจุบันนี้เหมาะสมไหม บางคนคิดว่าคนไข้เขาไปนั่ง Hot Chair หรือนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด เขาอาจถูกมองว่าแปลกแยกจากคนอื่น สิ่งนี้แหละ...เคารพคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยหรือเปล่า? อาจจะมีการปรับเปลี่ยนและมองดูว่ามันควรจะเป็นอย่างไร"

ผู้บริหารทางการแพทย์ เพศชาย วัย 53 ปี

4.1.2.3 สรุป จากการศึกษา ผู้วิจัยสรุปข้อค้นพบซึ่งนับเป็นมุมมองของทีมผู้บำบัดผู้ป่วยและญาติที่ต้องการสื่อให้ผู้วิจัยรับรู้ เพื่อนำมาเป็นประเด็นในการพัฒนา และปรับเปลี่ยนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ให้สอดคล้องกับเสียงสะท้อน ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 การพัฒนารูปแบบ

4.1.3 อภิปรายผลการศึกษาในระยะที่ 1

4.1.3.1 ข้อดีของ FAST Model ในมุมมองผู้บำบัด ผู้ป่วยเสพติด และญาติ มี 2 ประเด็น คือ

(1) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีการทำงานเป็นทีม (Team Work) โดยผู้บำบัดทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการเสริมพลังให้กับผู้ป่วย ด้วยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) สอดคล้องกับแนวคิดของ DAYTOP International (2014) ที่กล่าวว่า เจ้าหน้าที่ที่ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยเสพติด ควรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ครู เพราะผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ข้อค้นพบยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ Kendler (2012) ที่กล่าวว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดต้องอาศัยทีมผู้บำบัดที่สามารถดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อคอยสังเกตและควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำ

(2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นการ

บำบัดที่มีกระบวนการเรียนรู้ (Process of Learning) ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม สร้างวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ให้ผู้ป่วย โดยยึดหลักการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) มีระบบการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ เสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ครอบคลุมเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ไม่ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ มีทักษะทางสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ในส่วนนี้ผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลตรงกันว่า บุคลากรมีลักษณะเป็น “คุณเอื้อและคุณอำนวย” มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สอดคล้องกับการแนวคิดของ Parfas (2013) ที่กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยเสพติดโดยใช้แนวคิดชุมชนบำบัดจะให้ผลการบำบัดที่ดีเปรียบเสมือนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดความเครียดหลังได้รับการทารุณกรรมและมีแผลทางใจ (Post-Traumatic Stress Disorders: PTSD) ซึ่งการบำบัดผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีหลักการสำคัญ 2 ประการคือ 1) ความปลอดภัย (Safety) กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ผู้ดูแลควรมีลักษณะสำคัญคือ จริงใจ เมตตา กรุณา ยืดหยุ่นและชัดเจน 2) มีสัมพันธภาพเชิงบวก (Positive Relationship) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า หากผู้ดูแลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเป็นกันเองผู้ป่วยมักให้ความร่วมมือในการบำบัดและส่งผลดีต่อการบำบัดด้วย ทั้งนี้ผู้บำบัดควรเพิ่มการสอนเทคนิคจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง (Emotional Regulation and Impulse Management) ให้ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อเกิดภาวะเครียด ด้านกระบวนการบำบัด ผู้บำบัดให้ข้อมูลว่า FAST Model เป็นรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดของประเทศ มีกระบวนการดูแลที่มีรูปแบบเฉพาะ มีหลักการ มีแนวทางที่ชัดเจน มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ใช้เทคนิคการสอนแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับแนวคิดของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2556) ที่กล่าวว่า แผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบการบำบัดต้องเป็นรูปแบบเฉพาะ เรียบง่าย ชัดเจน ยืดหยุ่น ใช้ได้ในสถานการณ์จริง ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง และต้องวัดผลความก้าวหน้าของการบำบัดได้ สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (2546) ที่กล่าวว่า รูปแบบการบำบัดนี้เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัดที่เข้มข้น โดยใช้แนวคิดชุมชนบำบัดเป็นฐานหลักและมีครอบครัวเป็นแกนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น

ในส่วนของผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลว่าการบำบัดแบบ FAST Model มีรูปแบบและกระบวนการบำบัดที่ดี ใช้เวลาในการบำบัดเพียง 4 เดือน แต่สามารถปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ใช้หลักการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) สอดคล้องกับการศึกษาของวิมล ลักษณะภิกขชัช และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบำบัด

รูปแบบนี้คิดเป็นร้อยละ 80 ขณะที่มีการวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการบำบัดฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ราตรี หุ่นดี และคณะ, 2549; ศิลัท เจริญภูมิ, 2547; บุษผา บุญญามณีและคณะ, 2550)

ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยมีลักษณะเป็นผู้นำ ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และทัศนคติได้ดี มีเหตุผล มีทักษะทางสังคม ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่แตกต่างจากการค้นพบของ Perfes (2015) ที่เสนอว่า ผู้ป่วยเสพติดที่ผ่านการบำบัดในรูปแบบชุมชนบำบัดจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว รู้และเข้าใจตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง และรู้ว่าจะทำชีวิตอย่างไรให้ห่างไกลจากยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยเสพติดซึ่งผ่านการบำบัดแบบ FAST Model สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติ (มีงานทำ/ศึกษาต่อ) ร้อยละ 75 (ศิลัท เจริญภูมิ, 2547)

4.1.3.2 ข้อจำกัดของ FAST Model ในมุมมองของผู้บำบัด ผู้ป่วยเสพติด และญาติแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ

(1) ด้านกระบวนการบำบัด พบว่า ผู้บำบัดให้ข้อมูลว่า FAST Model ยังขาดการคัดกรองผู้ป่วยเสพติดเข้าติ๊กฟีนฟูสมรรถภาพ กิจกรรมบำบัดยังขาดเนื้อหาสำคัญบางอย่าง เช่น การจัดการกับความโกรธ (Anger Management) กลุ่มการให้ความรู้การเป็นพ่อ – แม่ (Parenting Group) และขาดระบบการประเมินความต้องการด้านกิจกรรมทางเลือก รวมถึงในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนกำหนด FAST Model ยังขาดการให้ความรู้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่า ปัญหา อุปสรรคในการบำบัดรูปแบบ FAST Model คือขาดระบบการคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ DAYTOP International (Perfas, 2013) ที่พบว่า กระบวนการบำบัดฟีนฟูที่มีประสิทธิภาพเริ่มตั้งแต่การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการบำบัด (Screening) มีแผนการบำบัดฟีนฟูรายบุคคล (Individual Treatment Plan) มีกิจกรรมการบำบัดที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย มีระยะเวลาการบำบัดที่เหมาะสม และมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) พร้อมทั้งมีระบบการติดตามที่ดี ทั้งนี้ กระบวนการบำบัดต้องคำนึงถึงผู้ป่วย โดยควรดูแลทั้งด้านกาย – จิต – สังคม (Psycho – Bio – Social) ด้วย

ในมุมมองของผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลว่า ในด้านกระบวนการบำบัด ยังขาดการสื่อสาร การปฐมนิเทศ และการประชาสัมพันธ์ในส่วนที่สำคัญ กิจกรรมบางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย มีช่องว่างในประเด็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การบริหารเวลาไม่ชัดเจน ขาดความยืดหยุ่นในการจัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์และการติดต่อญาติ ระยะเวลาในการบำบัดไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติเห็นว่าควรปรับปรุงระบบการบำบัด เพื่อส่งเสริม

ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อตัวผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Perfas (2015) ที่กล่าวว่า การปฐมนิเทศ (Orientation) นับเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการบำบัดตามแนวคิดชุมชนบำบัด ซึ่งมีแนวปฏิบัติว่าผู้ป่วยแรกจะต้องผ่านการปฐมนิเทศ และเรียนรู้แนวคิดของชุมชนบำบัด ระยะเวลาการบำบัด ธรรมชาติของการเสพติด และตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้กลับไปเสพติดซ้ำ ระยะเวลาปฐมนิเทศนี้ผู้บำบัดจะมีโอกาสประเมินอาการทางคลินิก และช่วยให้ผู้ป่วยใหม่สามารถปรับตัวเข้ากับบริบทของการบำบัดได้

(2) **ด้านบุคลากร** ผู้บำบัดให้ข้อมูลว่า ทีมผู้บำบัดไม่เพียงพอกับภาระงาน ขาดการสื่อสารด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างทีมผู้บำบัด ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ปฏิบัติบางคนขาดทักษะ และความรู้ในหลักการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ขาดความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เช่น การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด การใช้เครื่องมือบ้าน และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่าปัญหา – อุปสรรคในการบำบัดแบบ FAST Model ยังขาดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเสียงสะท้อนนี้ทีมผู้บำบัดเห็นว่าหากปรับเปลี่ยนจะสามารถเพิ่มคุณภาพของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดได้สอดคล้องกับแนวคิดของ Parfas (2013) ที่กล่าวว่า ทีมผู้บำบัดผู้ป่วยเสพติด ต้องประกอบด้วย ผู้บำบัดที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เคยเป็นผู้ป่วยเสพติด และผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว (ซึ่งในแวดวงผู้ดูแลผู้ป่วยเสพติดเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า Ex-Addict Staff) ควรมีจำนวนที่เหมาะสม สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ทีมผู้บำบัดต้องผ่านการเรียนรู้แนวคิดพื้นฐาน และวิธีดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด พร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีและสามารถเติมเต็มให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงหน้าที่รับผิดชอบของตนเองโดยไม่ก้าวท้าว หรือละเมิดสิทธิผู้อื่นด้วย สรุปสิ่งที่ควรเติมเต็มเพื่อการพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติด ยาบ้า คือ

1. เพิ่มการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติด และเพิ่มการประเมินความจำเป็นในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดแต่ละราย
2. เพิ่มโอกาสให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันและเวลาที่ครอบครัวสะดวก รวมถึงเพิ่มช่องทางและโอกาสในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว
3. ในส่วนของทีมผู้บำบัดควรเพิ่มการฝึกอบรม ทักษะความรู้ด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดให้แก่บุคลากรเป็นระยะและต่อเนื่อง
4. ด้านการบริหารจัดการผู้บริหารควรเล็งเห็นถึงความเพียงพอและความเข้มแข็งทางด้านวิชาการของทีมผู้บำบัดและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ในทุกส่วนของการพัฒนาต้องคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเสพติดและญาติด้วย

4.2 ผลการวิจัยในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.2.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย เสพติดยาบ้า และญาติผู้ป่วยเสพติด ตามเกณฑ์กำหนด จำนวนรวม 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 68.7 เพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 อายุเฉลี่ย 39.2 ± 11.7 ปีอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอนุปริญญาหรือเทียบเท่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร (ระยะที่ 2)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N = 48) | ร้อยละ |
|---|----------------|--------|
| กลุ่มอาสาสมัครการวิจัย | | |
| ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 20 | 41.7 |
| ญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | 13 | 27.1 |
| พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติ | 10 | 20.8 |
| ทีมสหสาขาวิชาชีพ (นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักโภชนากร ครูการศึกษาตามอัธยาศัย) | 5 | 10.4 |
| เพศ | | |
| หญิง | 33 | 68.7 |
| ชาย | 15 | 31.3 |
| อายุ | | |
| ≤21 ปี | 2 | 4.2 |
| 21 – 30 ปี | 15 | 31.2 |
| 31 – 40 ปี | 8 | 16.7 |
| 41 – 50 ปี | 13 | 27.1 |
| 51 – 60 ปี | 10 | 20.8 |
| อายุเฉลี่ย 39.2 ± 11.7 , Min = 20 ปี, Max = 60 ปี | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 24 | 50.0 |
| คู่ | 15 | 31.2 |
| หย่าร้าง | 8 | 16.7 |
| หม้าย | 1 | 2.1 |

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร (ระยะที่ 2) (ต่อ)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N = 48) | ร้อยละ |
|------------------------|----------------|--------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 6 | 12.5 |
| มัธยมศึกษา | 12 | 25.0 |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 12 | 25.0 |
| ปริญญาตรี | 10 | 20.8 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 8 | 16.7 |
| อาชีพ | | |
| รับจ้าง | 16 | 33.3 |
| รับราชการ | 14 | 29.2 |
| ว่างงาน | 13 | 27.1 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 5 | 10.4 |

4.2.2 ผลการศึกษาในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้พัฒนา นำเสนอใน 5 ด้าน ดังนี้

4.2.2.1 ด้านการเตรียมความพร้อม ก่อนส่งผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ดังนี้

(1) ควรให้ความรู้ด้วยการปฐมนิเทศ แนะนำเจ้าหน้าที่ สมาชิก รูปแบบการบำบัดแบบ FAST Model ว่าเป็นอย่างไร วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัด บทบาทหน้าที่ และสิทธิประโยชน์ของสมาชิกใหม่ เช่น การลาเยี่ยมบ้าน กฎ 4 ข้อใหญ่ของบ้าน เป็นต้น ดังคำกล่าว

“การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าฟื้นฟู ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับ FAST model ว่ามันคืออะไร”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

“สมาชิกที่เข้ามาอยู่ฟื้นฟูในตึกต่างๆ ควรเพิ่มการต้อนรับสมาชิกใหม่ แนะนำเจ้าหน้าที่ และพี่พยาบาลว่าชื่ออะไร แนะนำเรื่องกฎระเบียบ 4 ข้อใหญ่ เรื่องการลาเยี่ยมบ้าน การนำของเข้าตึก ทำความเข้าใจกลุ่มต่างๆ ว่ามีความหมายอย่างไร มีวัตถุประสงค์อะไร จะได้เข้าใจและใช้ชีวิตได้ง่ายขึ้น”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

(2) การมีเพื่อนหรือรุ่นพี่คอยดูแลสมาชิกใหม่ ควรเพิ่มเวลาดูแลจาก 7 วัน เป็น 10 วัน เพื่อสมาชิกใหม่จะได้มีที่ปรึกษา ทั้งนี้พี่หรือเพื่อนที่ให้การดูแลต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือด้วย ดังคำกล่าว

“ควรให้พยาบาลเป็นผู้ปฐมนิเทศบอกกฎระเบียบภายในบ้านก่อน ตั้งแต่วันแรกที่ย้ายเข้าบ้าน”

“อยากให้หาพี่เลี้ยงที่เอาใจใส่ดูแล รับผิดชอบน้องเลี้ยงได้ และยืดเวลาการดูแลจาก 7 วัน เป็น 10 วัน น้องจะได้มีเพื่อนคู่คิด”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

(3) ควรเพิ่มระบบการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาแบบ FAST Model เพื่อประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังคำกล่าว

“เวลามีผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟู มักเกิดปัญหาการดูแล หากจะลดปัญหานี้ ควรเพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจนไม่ควรนำผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจำๆ เข้ามาบำบัดในส่วนนี้”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

“เรื่องของการคัดกรองผู้ป่วยทางกลุ่มเน้นประเด็นการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช เพราะว่าถ้ามีจิตเวชหลงเข้าไปใน FAST Model จะเข้าไปรบกวนคนไข้กลุ่มปกติ”

“ในเรื่องการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดหรือการช่วยเหลือ โดยใช้เครื่องมือบ้าน คนไข้ปกติก็จะเปรียบเทียบกับมี 2 มาตรฐาน เวลาคนไข้จิตเวชไปขโมยของคนไข้รายอื่นก็จะไม่ถูกลงโทษ การทำกลุ่ม House Meeting ก็ควบคุมค่อนข้างลำบาก”

“ผู้ปฏิบัติงานขอเสนอว่าก่อนจะย้ายผู้ป่วยจากบำบัดยาควรมีมาตรฐานในการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยอาจจะมีแบบประเมินหรืออะไรก็ได้ให้มีมาตรฐานที่ชัดเจน แล้วคัดผู้ป่วยจิตเวช ออกโดยแยกเป็นตึกเฉพาะ ขอให้ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ สุขภาพ – จิตเวช เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยคะ”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 43 ปี

4.2.2.2 ด้านระยะเวลาในการบำบัดรักษา อาจแบ่งการบำบัดเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มที่ 1 ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาน้อยกว่า 4 เดือน โดยประเมินจากผู้ป่วยที่มีการเรียนรู้และปรับตัวได้ดี รวมถึงความจำเป็นของครอบครัว ดังคำกล่าว

“จากประสบการณ์การทำงานพบว่า ผู้ป่วยบางรายอยู่รับการรักษาไม่ครบ 4 เดือนก็สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ แต่เป็นเพราะผู้ป่วยตั้งใจ ครอบครัวสนับสนุน และปัญหาของผู้ป่วยไม่ซับซ้อน”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

“ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาน้อยกว่า 4 เดือน ควรเป็นผู้ที่มีการเรียนรู้และปรับตัวได้เร็ว รวมถึงควรพิจารณาเรื่องของภาระครอบครัวว่าสมาชิกคนนั้นต้องออกไปดูแลรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร ถ้าจำเป็นควรให้ออกไปดูแลครอบครัวก่อนครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

“อยู่บำบัดน้อยกว่า 4 เดือน แค่เพียง 2 - 3 เดือนน่าจะเปลี่ยนแปลงตัวเองได้แล้ว ปรับตัวได้แล้ว เปลี่ยนพฤติกรรมได้แล้ว การที่อยู่ 4 เดือนมันจะทำให้เสียเวลา และเสียโอกาสบางอย่าง...เขาจะต้องทำงาน...จะเสียหน้าที่ตรงนี้ไป”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

(2) กลุ่มที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 4 เดือน โดยประเมินจากผู้ป่วยที่มีการพัฒนาตัวเองดี เจ้าหน้าที่มองเห็นการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติที่ดี ไม่มีภาระครอบครัว ดังคำกล่าว

“ในส่วนของหัวหน้าตึกได้พูดคุยกันแล้วคิดว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระยะฟื้นฟูฯ 4 เดือนก็โอเคนะคะ คือว่า ระยะเวลา 4 เดือน ใน เดือนแรกผู้ป่วยจะได้ในเรื่องการปรับตัว เดือนที่ 2 ได้ในเรื่องการดูแลตนเอง ในเดือนที่ 3 ได้เรียนรู้การดูแลคนอื่น เดือนที่ 4 เป็นการฝึกให้ผู้ป่วย ใช้กิจกรรมทางสังคมช่วยเหลือคนอื่นบ้าง”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

“ตัวเองเป็นน้องสาว ผู้ปกครองบางท่านให้ความคิดเห็นว่า 4 เดือนเหมาะสมแล้ว ญาติเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น ก็พอใจและเชื่อใจคะ”

ญาติผู้ป่วยเสพติด เพศหญิง อายุ 34 ปี

(3) กลุ่มที่ 3 ใช้ระยะเวลาการบำบัดมากกว่า 4 เดือน โดยประเมินจากผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ค่อนข้างยาก ใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานาน ผู้ที่มีอาการทางจิต และ/หรือผู้ที่ไม่มีภาระครอบครัว สัมผัสใจอยู่บำบัด และคิดว่าเมื่อตนเองอยู่บำบัดเกิน 4 เดือนจะสามารถปรับตัว ดังคำกล่าว

“ระยะเวลาการบำบัด 4 เดือน ไม่เหมาะสมอยากให้นานกว่านี้ เพราะตัวผู้ปกครองเอง อาจจะยังไม่มั่นใจในตัวลูกๆ เพราะข้างบ้านเองก็ขายกแล้วลูกกลับไปติดอีก หรือออกไปไม่รู้จะทำอะไร ไม่มีงานทำ ก็อยากให้ลูกอยู่ในนี้ต่อ เพราะรู้สึกความปลอดภัยทั้งตัวพ่อแม่ และตัวลูกเอง ลูกไม่ติดยา แม่ก็สบายใจ”

ญาติผู้ป่วยเสพติด เพศหญิง อายุ 34 ปี

“ควรใช้เวลาในการบำบัด 6 เดือน จะได้มีการพัฒนาสมองให้ดีขึ้น เช่น คนที่ไม่เอาอะไรเลยใช้เวลาในการบำบัดมากกว่าเพื่อน”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

4.2.2.3 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เรื่องการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย พบใน 2 กลุ่มในบางหอผู้ป่วย คือ

(1) กลุ่มการปรับความเข้าใจ กลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ ข้อดี คือการพูดในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบให้คนอื่นรับฟัง ข้อเสียคือ เพื่อนผู้ป่วยบางคนรู้สึกไม่ดีที่ถูกตำหนิด้วยการใช้พลังเสียง ส่งผลให้ผู้ที่ถูกตำหนิรู้สึกอาย เสียหน้า และโกรธ ดังคำกล่าว

“กิจกรรมที่ไม่สอดคล้อง คือ มองได้ 2 ด้าน คนที่มองว่าดี กับกลุ่มคนที่มองว่าไม่ดี อย่างคนที่ใช้เสียงตะโกนในกลุ่มคนที่มองว่าไม่ดี เหมือนกับว่าทำให้คนใช้นั้นจิตตก กังวล”

“มองว่าการที่จะเข้ากลุ่มนี้ไม่ชอบเลย ทำให้เขาเสียความรู้สึก กลุ่มที่มองว่าดี มองว่าจะเป็นการกระตุ้นเตือนให้กับคนเกรงกลัว และไม่ยอมทำอย่างนั้นอีก ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรงนั้นได้”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

“กลุ่มการปรับความเข้าใจ มีการระบายความรู้สึก ข้อดีของกลุ่มนี้คือการพูดในสิ่งที่เราชอบหรือไม่ชอบให้สมาชิกได้รับรู้รับฟัง อาจจะเป็นเรื่องเตือนใจให้กับสมาชิก ข้อเสียอาจทำให้สมาชิกรู้สึกไม่ดี คิดว่า...ทำไมต้องมาว่าด้วย ทำไมต้องมาด่า และใช้เสียงโวยวายด้วย”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

(2) กลุ่มประชุมทั้งบ้าน (House Meeting) เป็นกลุ่มให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ข้อดีคือ ผู้ป่วยในบ้านทุกคนได้เรียนรู้ว่าสิ่งใดที่ควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ ข้อเสียคือ ผู้ป่วยบางคนรู้แล้วแต่ต้องฟังซ้ำๆ รู้สึกว่าเสียเวลา ผู้ป่วยบางคนยังทำงานอื่นค้างอยู่ต้องละงานที่ทำเพื่อมาเข้าประชุมซึ่งทำให้รู้สึกเสียเวลาส่วนตัว

“กลุ่ม House Meeting กลุ่มนี้เรียกง่ายๆ ว่าเป็นกลุ่มให้คำแนะนำกับสมาชิก ข้อเสียก็คือ เสียเวลาที่ต้องมาให้คำแนะนำเรื่องบาง...เรื่องที่ไร้สาระ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

4.2.2.4 ด้านการบำบัดแบบ FAST Model ผู้วิจัยขอนำเสนอตามประเด็น คือ

(1) ครอบครัว: Family ควรเพิ่มบรรยากาศการเป็นครอบครัวภายในหอผู้ป่วย เพิ่มกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดมากขึ้น ดังคำกล่าว

“การแก้ไขปัญหาในส่วน Family ที่เราคุยกันในทีมในกลุ่มเรามองว่าตัว F นี้มี 3 องค์ประกอบเหมือนเดิม แต่ควรเพิ่มการสร้างระบบครอบครัวในการใช้สังคมจำลอง กล่าวคือในปัจจุบันลักษณะของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นวัยรุ่นมากขึ้น แล้วระยะเวลาการเสพติดไม่นาน และรุนแรงเท่าสมัยก่อน เพราะฉะนั้นครอบครัวก็ยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดได้”

“ในขณะที่เดียวกันการสร้างบรรยากาศที่เป็นครอบครัวให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อยู่รวมกันในตึกก็คือ การสร้างระบบครอบครัว โครงสร้างสังคมจำลองขึ้น สร้างบรรยากาศในตึกให้เป็นแบบครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว ในการอยู่ร่วมกัน นี่คือ... ประเด็นสำคัญ”

นักสังคมสงเคราะห์ เพศหญิง อายุ 38 ปี

“กิจกรรมวันครอบครัว...ครอบครัวมาเยี่ยมค่อนข้างที่จะเสียเวลา เรื่องการทำงานและต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง แต่มีเวลาในการเยี่ยมน้อย...บางคนบ้านอยู่ต่างจังหวัด สมาชิกจึงเสนอขอเพิ่มเวลาในการเยี่ยมให้มากกว่านี้”

“ควรเพิ่มกิจกรรมให้ครอบครัวขณะมาเยี่ยม เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว”

“เวลาในการลากลับเยี่ยมบ้าน สมาชิกเสนอว่าควรเพิ่มระยะเวลาในการลาเยี่ยมบ้านให้มากกว่าเดิมเป็น 3 – 4 วัน เพื่อกลับไปสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

“ระยะเวลาในการเยี่ยมในส่วนของคุณแม่ คิดว่าถ้าผู้ปกครองที่อยู่ไกลแล้วเดินทางมาเยี่ยมให้เวลาเยี่ยมแค่ครึ่งชั่วโมง เมื่อเทียบกับการเดินมา 3 ชั่วโมง ก็คิดว่าน้อยเกินไป คุณแม่อยากให้เพิ่มเวลาขึ้นอีกนิดหน่อยจะได้หรือเปล่านั้น”

“เรื่องทานข้าวร่วมกับครอบครัวของแต่ละตึก เช่น ตึกโอปอ อยากได้วันเสาร์ – อาทิตย์บ้าง เพราะวันธรรมดาต้องทำงาน”

“อยากร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วย เพราะว่าวันธรรมดา...พ่อ – แม่ส่วนใหญ่มาไม่ได้ เพราะทุกคนต้องทำงาน ถ้าเป็นเสาร์ – อาทิตย์ก็จะได้มา”

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 52 ปี

(2) กิจกรรมทางเลือก: Alternative Treatment ควรมีกิจกรรมที่หลากหลาย
ให้ผู้ป่วยเลือกเรียนตามความสนใจ จะได้นำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังคำกล่าว

“กิจกรรมทางเลือกเราก็มีจำนวนชมรมไม่มาก เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ แต่ชมรมเราเน้น
เรื่องหนึ่งคือ เน้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการทำงานและเป็นการต่อยอดค้นหาตัวเองแล้วไปต่อ
ยอดความรู้ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ แต่ก็มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ไม่สามารถ
ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมดได้ เราก็จะต้องจัดสรรให้ เราจัดตามความ
เหมาะสมแล้วหมุนเวียนกันไป”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

“กิจกรรมทางเลือก ควรปรับให้ครูการศึกษานอกโรงเรียนเป็นผู้รับผิดชอบจัดกิจกรรม
โดยประสานกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกให้เข้ามาช่วยสอน และจัดทำตารางการสอน
เป็นรายเดือน เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย และควรเพิ่มกิจกรรมทางเลือกขึ้น”

นักสังคมสงเคราะห์ เพศหญิง อายุ 38 ปี

“ถ้ามีหลักสูตรการเตรียมความพร้อมเรื่องอาชีพ...ทราบว่าที่นี้ก็มีการสอนทำอะไรหลายๆ
อย่าง เช่น เย็บปักถักร้อย ถักถักถัก ถักถักถัก ถักถักถัก ถักถักถัก ถักถักถัก ถักถักถัก ถักถักถัก ถักถักถัก
ลูกหลานหรือผู้ป่วยคนอื่นๆ ด้วย...ก็ยินดี เพราะพ่อ – แม่หลายคนมีความรู้ มีประสบการณ์ ถ้า
จะเชิญมาสอนเกี่ยวกับความถนัดของตัวเองก็พร้อม ผู้ปกครองอยากมีส่วนร่วมค่ะ”

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 52 ปี

“กิจกรรมทางเลือก เช่น การเข้าชมรม หรือการออกไปเรียนรู้ต่างศูนย์ มีสมาชิกอยู่ใน
กลุ่มเสนอขึ้นมาว่า จริง ๆ แล้วการที่เข้าชมรม เขาอาจจะไม่ชอบ เช่น ชมรมเย็บปักถักร้อย
น้องไม่ยอมไปเรียนรู้แต่ถูกกำหนดให้เข้าชมรมนี้ หรืออย่างเช่น น้องถูกกำหนดให้เข้าชมรม
ช่างไม้ แต่จริงๆ แล้วน้องอยากไปเรียนงานเย็บปักถักร้อย คือ น้องก็จะเสียโอกาส”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

(3) ช่วยเพื่อช่วยตนเอง: Self Help ควรมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยเกิด
การเรียนรู้จากต้นแบบ ดังคำกล่าวของ

“ทางทีมมองว่าการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในผู้ป่วยยาเสพติดมักเชื่อในตัวแบบที่เขาเห็น
นั่นคือ Ex- Staff* ถ้าเราสร้างกลุ่มที่เรียกว่า Younger Member Group ขึ้นมาได้โดยจัดกลุ่ม
ให้ผู้ป่วยพบกัน จะได้พูดคุยจะทำให้เกิดการช่วยเหลือ เรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

นักสังคมสงเคราะห์ เพศหญิง อายุ 38 ปี

(*Ex- Staff คือผู้ช่วยเหลือคนที่เคยเป็นผู้ป่วยเสพติด และผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว)

(4) ชุมชนบำบัด: Therapeutics Community ควรมีการทบทวนความรู้เรื่องชุมชนบำบัดให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ ดังคำกล่าวของ

“ชุมชนบำบัดก็ควรจะเน้นในเรื่องของการอบรมที่มีความเข้มข้นทั้งในเรื่องของทฤษฎีและการปฏิบัติ...อาจจะต้องไปดูงานในสถานที่ที่ค่อนข้างจะมีความชัดเจนในเรื่องของชุมชนบำบัดเพื่อที่เราจะได้แม่นยำในส่วนของการฟื้นฟูผู้ป่วย...เพื่อจะได้นำไปใช้กับคนไข้ต่อไป”

นักสังคมสงเคราะห์ เพศหญิง อายุ 38 ปี

“บุคลากรขาดทักษะความเข้าใจในเรื่องของชุมชนบำบัด ควรเพิ่มให้ไปอบรม ศึกษาดูงาน แต่ไม่ต้องไปถึงต่างประเทศ...อาจจะไปต่างสถานที่... ให้ได้เปิดโลกทัศน์ว่าที่อื่นเขาทำกันอย่างไร เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับใน FAST ของเรา”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 43 ปี

4.2.2.5 ประเด็นการบริหารจัดการอื่นๆ ควรมีการพัฒนาในหลายๆ ด้าน อาทิ

(1) ตารางการดำเนินกิจกรรม ในแต่ละวันค่อนข้างกระชั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาส่วนตัว ทุกกิจกรรมดำเนินการตามเวลาที่กำหนด ดังคำกล่าวของ

“ตารางกิจกรรมแต่ละวัน fit ตามเวลาเป๊ะ บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด เนื่องจากไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว กลุ่มผมเสนอว่าน่าจะมีวันหยุดพักผ่อนบ้าง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วันครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

(2) การเยี่ยมญาติ ทั้งใน สรร. และการลากลับเยี่ยมบ้าน ควรเพิ่มเวลาให้ญาติเข้าเยี่ยมภายในหอผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการติดต่อญาติ การฝากของเยี่ยม ดังคำกล่าวของ

“ญาติเยี่ยม 1 ครั้ง ควรให้เวลาญาติอยู่กับผู้ป่วยได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และสามารถให้ญาติมาเยี่ยมและรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยในวันเสาร์ – อาทิตย์ได้”

“การซื้อของเยี่ยมขอให้ญาติสามารถฝากของเยี่ยมหลังจากเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากบางครั้งญาติไม่ทราบว่าผู้ป่วยขาดของใช้อะไรก่อนการเยี่ยม”

“กรณีที่ผู้ป่วยได้ลาเยี่ยมบ้านควรเพิ่มจำนวนวันที่กลับเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3 – 4 วันแล้วแต่กรณี เนื่องจากบ้านผู้ป่วยบางคนอยู่ไกล เสียเวลาเดินทางไป – กลับนานกว่า 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลับบ้านยังไม่มีเวลาปรับตัว เพื่อสานสัมพันธ์กับครอบครัวก็ต้องเดินทางกลับสถานบำบัดแล้ว ซึ่งไม่คุ้มกับค่าเดินทาง และเสียโอกาสในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

“การโทรศัพท์ติดต่อญาติขอเพิ่มจำนวนครั้งในการติดต่อญาติจากสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็น 2 – 3 ครั้งแล้วแต่ความจำเป็นนะครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

“ควรเพิ่มช่องทางให้ญาติสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้สะดวกและเห็นหน้าผู้ป่วยด้วยการใช้เทคโนโลยี เช่น Face Time, Line และ VDO Call เป็นต้น”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 43 ปี

(3) ควรให้รางวัลผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวได้ดี ร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีพัฒนาการที่ดี ของรางวัลเป็นอะไรก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งของที่มีราคา ดังคำกล่าวของ

“น่าจะมีการให้รางวัลกับผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี โดยมีการประเมินผลทุกเดือน ให้รางวัลกับสมาชิกที่ทำตัวดี เป็นแบบอย่างที่ดี รางวัลเป็นอะไรก็ได้...มันเป็นเรื่องน่าภูมิใจนะครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

(4) ควรเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและแนวคิดทฤษฎีใหม่ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ดังคำกล่าวของ

“ควรนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่าสามารถลดระยะเวลาการบำบัดในระยะนี้ได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น”

“ควรเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้บำบัดในเรื่องวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมักบ่นว่าห่อผู้ป่วยจัดกิจกรรมซ้ำซาก...ผู้บำบัดควรถ่ายทอดแนวคิดให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ประสบการณ์ในการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับแตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดมากขึ้น ผู้ป่วยจะความรู้ และทักษะที่ค่อยๆ สะสม จนเมื่อประสบกับปัญหาในสถานการณ์จริง ผู้ป่วยจะสามารถนำความรู้และทักษะที่สั่งสมมา...ใช้ได้อย่างทันที และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

“ควรมีคู่มือการทำกิจกรรมที่เป็นมาตรฐาน มีสื่อการสอนที่ครบครัน เช่น วิทยุ คณิต คอมพิวเตอร์ โปรเจคเตอร์ เครื่องเสียงที่เป็นมาตรฐาน และ Wi-Fi เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยสอน และสืบค้นความรู้ใหม่ๆ”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 43 ปี

“ควรเพิ่มกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่รับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนด เพราะความไม่พร้อมหลายๆ ส่วนทั้งญาติ และผู้ป่วย จากข้อมูลพื้นฐานของแต่ละหอผู้ป่วย พบว่า ในเดือนแรกของการบำบัดผู้ป่วยมักปรับตัวไม่ค่อยได้ และจะหลุดออกจากระบบการรักษา หากในแต่ละหอผู้ป่วยเพิ่มกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจช่วง 1 เดือนแรกจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ แล้วก้าวเข้าสู่เดือนที่ 2 และ 3 ได้มากขึ้น”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 49 ปี

(5) ควรเพิ่มการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยจัดให้มีการประชุมเจ้าหน้าที่ (Staff Meeting) ในหอผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังคำกล่าวของ

“ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในกรณีที่จะต้องพิจารณาเลื่อนลำดับผู้ป่วยจากสมาชิกให้เป็นหัวหน้างานควรเพิ่มการประชุมเจ้าหน้าที่เป็นกรณีพิเศษ เพื่อทีมสหสาขาวิชาชีพจะได้มีส่วนร่วมในการพิจารณา และช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้ทันต่อสถานการณ์ รวมถึงในกรณีที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้บำบัดด้วย”

นักสังคมสงเคราะห์ เพศหญิง อายุ 38 ปี

4.2.3 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนารูปแบบการบำบัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และลดระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพลงเหลือ 3 เดือน โดยใช้ชื่อของการบำบัดรูปแบบนี้ว่า CHF Model มีขั้นตอนการบำบัด ดังนี้

4.2.3.1 ขั้นตอนการบำบัดด้วย CHF Model

CHF Model หมายถึง รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยการระดมสมอง มีหลักการสำคัญ 3 ส่วน คือ Case Management, Holistic Rehabilitation และ Family Reward ตามรายละเอียดต่อไปนี้

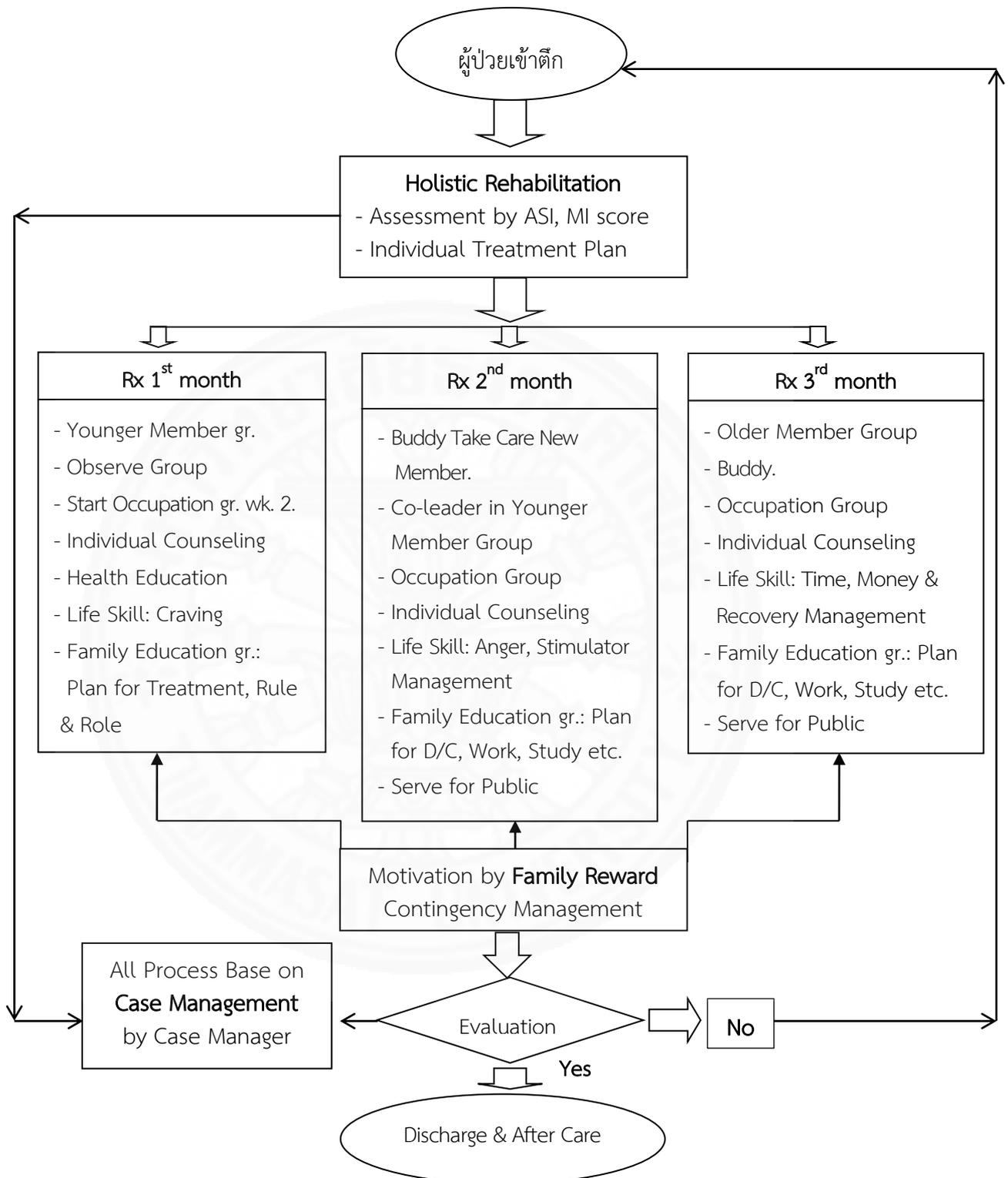
(1) C = Case Management การจัดการรายกรณี เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแบบต่อเนื่องใช้เทคนิค Case Management โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) 1 คนดูแลผู้ป่วย 5 - 8 คน การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการประเมินสถานะสุขภาพ วางแผนการดูแล ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดและติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(2) **H = Holistic Rehabilitation** เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เสพติดยาบ้าแบบองค์รวม ด้วยการใช้การประเมิน การวิเคราะห์ผล และการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้เทคนิคการประเมินผู้ป่วยเสพติดด้วยการสัมภาษณ์ ตามแบบประเมิน ASI เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสพติด และปัญหาของผู้ป่วยตามแบบ ประเมิน ASI หลังการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้จัดการรายกรณีจะวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เสพติดเป็นรายบุคคล (Individual Treatment Plan) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และดำเนิน กิจกรรมการบำบัด เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางกาย จิต และสังคมให้แก่ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า อ้างอิงตาม ตารางที่ 3.1 บทที่ 3

(3) **F = Family Reward** เป็นการให้รางวัลผู้ป่วย โดยรางวัลที่ผู้ป่วยจะได้รับ เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นญาติผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูฯ ด้วยหลักการของการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) เพื่อเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการให้รางวัล โดย ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยน โดยพฤติกรรม นั้นต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลพฤติกรรมตามระยะเวลาที่ กำหนด และกำหนดของรางวัลตามเป้าหมาย ซึ่งในงานวิจัยนี้ เน้นการให้รางวัลเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ ผู้ป่วย และญาติได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น สานสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ เป็นกิจกรรมที่จัดเพิ่ม จากกิจกรรมด้านครอบครัวในการบำบัดแบบ FAST Model

ผู้วิจัยสรุปเป็นแผนภาพการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ตามภาพที่ 4.2

ดังนี้



ภาพที่ 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า: CHF model

หมายเหตุ กิจกรรมการบำบัดใน CHF Model เป็นกิจกรรมเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่มีในการบำบัดแบบ FAST Model

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบองค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) กับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model)

| FAST Model | CHF Model |
|--|---|
| ระยะเวลาการบำบัด | |
| 4 เดือน | 3 เดือน |
| องค์ประกอบของกิจกรรมการบำบัด | |
| 1. ครอบครัว (Family) | 1. การจัดการรายกรณี (Case Management) |
| 1.1 การให้ความรู้ครอบครัว | - ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) |
| 1.2 การให้คำปรึกษาครอบครัว | เป็นผู้จัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังการ |
| 1.3 ครอบครัวบำบัด | ประเมินด้วย ASI และ MI Score วางแผน |
| | การดูแลตาม Individual Treatment Plan |
| 2. กิจกรรมทางเลือก (Alternative Activity) | 2. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม |
| 2.1 ชมรมที่ฉันสนใจ | (Holistic Rehabilitation) จัดกิจกรรมบำบัด |
| 2.2 กิจกรรมที่ฉันชอบ | - กลุ่มสมาชิกใหม่ - เก้า/กิจกรรมเพื่อนคู่คิด |
| 3. การช่วยเพื่อช่วยตนเอง (Self Help) | - กลุ่มสุขศึกษา: ความอยากยา ฯลฯ |
| 3.1 กลุ่มทักษะชีวิต | - กลุ่มฝึกอาชีพ: ตัดผม ทำอาหาร ฯลฯ |
| 3.2 การฝึกระเบียบวินัย | - กลุ่มทักษะชีวิต: การจัดการกับเวลา ฯลฯ |
| 4. ชุมชนบำบัด (Therapeutics Community) | 3. การให้รางวัล (Family Reward) |
| 4.1 กลุ่มกิจกรรมบำบัด | - ด้วยแนวความคิดการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ |
| 4.2 งานบำบัด | (Contingency Management) ให้รางวัล |
| 4.3 การใช้เครื่องมือบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | เมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามที่ตกลงไว้ เช่น เพิ่มเวลาการโทรศัพท์ติดต่อญาติ เป็นต้น |
| 4.1 กลุ่มกิจกรรมบำบัด | |

4.2.4 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้จากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาพัฒนาเป็นรูปแบบ “การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า” (CHF Model) โดยประยุกต์ใช้หลักการและแนวคิดสำคัญ 3 ส่วน คือ Case Management, Holistic Rehabilitation และ Family Reward ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. C = Case Management คือ การจัดการรายกรณี เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแบบต่อเนื่องใช้เทคนิค Case management โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) 1 คนดูแลผู้ป่วย 5 – 8 คน ซึ่งแนวคิดนี้เป็นกระบวนการดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยเสพติดสามารถดูแลตนเองได้

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโคเฮน (Cohen, 2005 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) ที่กล่าวว่า งานด้านการดูแลสุขภาพจิตและบริการทางสังคมควรนำหลักการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการพัฒนางานโดยมีหลักสำคัญ คือ เน้นให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่าย – จ่ายที่เหมาะสม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับแนวคิดของ The Colombo Plan (2012) ที่กล่าวว่า การจัดการรายกรณี มีจุดเน้นด้านบริหารจัดการให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับทรัพยากรจากภายนอก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเสพติดประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษา โดยผู้จัดการรายกรณีมีหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนตามปัญหาที่พบ เชื่อมโยงเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือ กำกับดูแล ติดตาม และให้การสนับสนุนสอดคล้องกับแนวคิดของ Perfas (2015) ที่กล่าวว่า ผู้บำบัดที่ดูแลผู้ป่วยเสพติด ไม่เพียงแต่มีความมุ่งมั่นในการดำเนินกิจกรรมบำบัดเท่านั้นขณะเดียวกัน ผู้บำบัดต้องใส่ใจในพฤติกรรม บทบาท หน้าที่ และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการด้วย ในส่วนนี้เองผู้บำบัดจึงเปรียบเสมือนวาทยกร (Conductor) หรือผู้ควบคุมวงดนตรีที่ทำหน้าที่ฟังเสียงดนตรีคอยควบคุมและกำกับให้ผู้เล่นดนตรีทุกคนทั้งวงออเคสตราสามารถเล่นดนตรีจนเกิดเสียงเพลงอันไพเราะได้ ซึ่งหน้าที่ของวาทยกรนี้เปรียบได้กับการดูแลผู้ป่วยเสพติดด้วยแนวคิดการจัดการรายกรณี

2. H = Holistic Rehabilitation เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด ยาบ้าแบบองค์รวม ด้วยการให้การประเมิน การวิเคราะห์ผล และการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเสพติดด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน ASI (Addiction Severity Index) เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสพติดและปัญหาของผู้ป่วยตามแบบประเมินรวม 7 ด้าน ร่วมกับการประเมินแรงจูงใจ โดยใช้แบบประเมินไม้บรรทัดวัดใจ (MI Score) เพื่อวิเคราะห์ผลและคัดแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ บำบัดนาน 1 เดือนเมื่อระดับคะแนน ASI ระดับน้อย บำบัดนาน 2 เดือน เมื่อระดับคะแนน ASI ระดับปานกลาง และบำบัดนาน 3 เดือน เมื่อระดับคะแนน ASI ระดับรุนแรง จากการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้จัดการรายกรณีประเมินผู้ป่วยกลุ่มศึกษาแล้ว พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงต้องเข้ารับการบำบัดนาน 3 เดือน

หลังการวิเคราะห์ผลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้จัดกิจกรรมบำบัด และการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเป็นรายบุคคล (Individual Treatment Plan) โดยการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ The Colombo Plan (2012) ที่อ้างถึงมติในการประชุม U.S. National Quality Forum 2007 ว่าด้วยมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติด ซึ่งเป็นข้อตกลงที่เกิดจากข้อเสนอแนะจาก 400 องค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่กล่าวว่า มาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติด จำเป็นต้องมีการ

ประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีระบบ พร้อมทั้งมีการวินิจฉัยและประเมินสภาพร่างกาย – จิตใจเป็นรายบุคคล เมื่อพบว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยเสพติด ทั้งนี้เมื่อประเมินคัดกรองได้แล้วควรได้รับการวางแผนการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดสภาพจิตใจ โดยใช้กระบวนการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิด และพฤติกรรม (CBT) และการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) การบำบัดครอบครัว เป็นต้น

การดูแลให้การบำบัดควรมีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะสั้น และระยะยาว ด้วยการกำกับดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัดที่กล่าวว่า ระยะการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามรูปแบบนี้มี 5 ขั้นตอน กล่าวคือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ขั้นตอนและแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูฯ 2) เข้าสู่ขั้นการบำบัด เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับสภาพให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของชุมชนบำบัด โดยใช้การบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ 3) คือ ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะชีวิต บทบาทหน้าที่ของตนเอง เพื่อช่วยให้ไม่กลับไปใช้ยาเสพติด 4) เป็นระยะจำหน่ายกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเสพติดใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกสถานบำบัด ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมจริง ทดลองทำงานร่วมกับคนอื่น เรียนรู้อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่มีต่อตนเอง โดยมีกลุ่มสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งจนสามารถอยู่ในสังคมได้ และสุดท้าย คือ ระยะติดตามหลังการบำบัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมบำบัด เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ (Perfas, 2015)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการบำบัดที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยใน ระยะที่ 1 และ 2 เช่น กลุ่มสมาชิกใหม่ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกใหม่ สมาชิกเก่า และผู้บำบัด กิจกรรมเพื่อนคู่คิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่มาก่อนแสดงบทบาทความเป็นพี่ที่คอยดูแลน้อง ให้คำปรึกษาในส่วนที่ผู้ป่วยใหม่ไม่เข้าใจ กลุ่มสุขศึกษาให้ความรู้เรื่อง ความอยากยาเสพติดคืออะไร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าใจอาการ อาการแสดงของการอยากยาและจัดการกับอาการอยากยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ด้านทักษะชีวิตการศึกษาครั้งนี้จัดกิจกรรมบำบัดเพิ่มในส่วนที่การบำบัดแบบ FAST Model ไม่มี เช่น การจัดการกับอารมณ์โกรธ จากคำกล่าวของ Perfas (2013) ที่กล่าวว่า จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดมานานกว่า 35 ปี พบว่า อารมณ์ที่รุนแรงและเป็นสาเหตุของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยคือ อารมณ์โกรธ ทั้งนี้งานวิจัยนี้ยังเพิ่มกิจกรรมบำบัดในเรื่อง การบริหารจัดการเวลา การเงิน และการดำเนินชีวิตให้สมดุลเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำด้วย ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ป่วยชาย เสพติดยาบ้า อายุ 36 ปี ที่กล่าวว่า

“ถ้าผมใช้ชีวิตเป็น ใช้เวลา ใช้เงินเป็น ผมจะไม่ต้องมาเสียใจ เสียโอกาสอยู่อย่างนี้”

3. F = Family Reward เป็นการเสริมแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลผู้ป่วย โดยรางวัลที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นสิ่งที่กระตุ้นญาติของผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด ด้วยหลักการบำบัดด้วยการให้สิ่งจูงใจ (CM) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน โดยพฤติกรรมนั้นๆ ต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลพฤติกรรมที่จะให้ปรับเปลี่ยนตามระยะเวลาที่กำหนด และกำหนดของรางวัลตามเป้าหมาย ซึ่งในงานวิจัยนี้ เน้นการได้รับรางวัลเพื่อเป็นส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดกันขึ้น สานสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของ Petry (2002) และ Perfas (2014) ที่กล่าวถึงหลักคิดของ CM ว่าคือการเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้รางวัล ด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมนั้นๆ ต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ ซึ่งรางวัลนั้นนับเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ และมีคุณค่าทางจิตใจ เป็นเทคนิคที่นิยมใช้ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ติดยาเสพติด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้รางวัลผู้ป่วย อาทิ การเพิ่มเวลาการคุยโทรศัพท์กับญาติ การได้รับค่าขึ้นชมหน้าห้องกิจกรรม และการให้ของรางวัลที่เป็นสิ่งของที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น สบู่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน และเสื้อตราสัญลักษณ์วันพ่อ เป็นต้น ผู้ป่วยชาย เสพติดยาบ้า อายุ 32 ปี ให้ข้อสัญญากับผู้จัดการรายกรณีว่าตนเองจะให้ความร่วมมือในการบำบัด และจะอยู่รับการบำบัดจนครบ 3 เดือน สิ่ง que ผู้ป่วยรายนี้ต้องการ คือ เสื้อตราสัญลักษณ์วันพ่อ เมื่อวันที่ผู้ป่วยรายนี้ครบกำหนดกลับบ้าน ในวันที่ 21 ธันวาคม 2558 ผู้ป่วยรายนี้ได้รับเสื้อเป็นของรางวัล ผู้ป่วยขออนุญาตสวมเสื้อตัวนี้กลับบ้านและกล่าวว่า

“ขอบคุณพี่มากครับ ผมจะใส่เสื้อไปอวดพ่อว่าตลอดเวลา 3 เดือนที่ผมอยู่ที่นี้ ผมทำดีมาตลอด ผมได้เสื้อตัวนี้เป็นรางวัลครับ ภูมิใจนะพี่”

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับลดระยะเวลาการบำบัดลงเหลือเพียง 3 เดือน ตามข้อเสนอแนะในการศึกษาระยะที่ 1 – 2 เนื่องจากผู้วิจัยต้องการปรับระบบบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลใช้เวลาอย่างน้อย 3 เดือนก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา เป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

4.3 ผลการวิจัยระยะที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์ – หลังมีระยะเวลาการติดตาม 1 และ 3 เดือน โดยผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) แบ่งผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม
 1. ผู้ป่วยเสพติดกลุ่มศึกษา และผู้ป่วยเสพติดกลุ่มควบคุม
 2. ญาติผู้ป่วยเสพติดกลุ่มศึกษา และญาติผู้ป่วยเสพติดกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อผู้ป่วย ในเรื่อง ความเครียด และคุณภาพชีวิต การอยู่รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ และการไม่เสพติดซ้ำ
 - ส่วนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อ ครอบครัวผู้ป่วยเสพติด ในเรื่อง การทำหน้าที่ในครอบครัว ทศนคติของญาติต่อผู้ป่วย ดัชนีความสุขในชีวิต
 - ส่วนที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องข้อดี ข้อจำกัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ป่วยเสพติด

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มศึกษา (N=12) | | กลุ่มควบคุม (N=12) | | รวม (N=24) | | p - value |
|---|-------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เพศ | | | | | | | |
| ชาย | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 | 24 | 100.0 | |
| อายุ | | | | | | | 0.24 ⁽¹⁾ |
| 20 – 30 ปี | 8 | 66.7 | 6 | 50.0 | 14 | 58.3 | |
| 31 – 40 ปี | 4 | 33.3 | 6 | 50.0 | 10 | 41.7 | |
| อายุเฉลี่ย \pm SD | 28.3 \pm 6.2 | | 31.3 \pm 6.4 | | | | |
| อายุต่ำสุด, สูงสุด | 20, 39 | | 22, 40 | | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | | 0.12 ⁽²⁾ |
| โสด | 11 | 91.7 | 6 | 50.0 | 17 | 70.8 | |
| สมรส | 1 | 8.3 | 6 | 50.0 | 7 | 29.2 | |
| การศึกษา | | | | | | | 0.37 ⁽²⁾ |
| ภาคบังคับ | 9 | 75.0 | 8 | 66.7 | 17 | 70.8 | |
| สูงกว่าภาคบังคับ | 3 | 25.0 | 4 | 33.3 | 7 | 29.2 | |
| อาชีพ | | | | | | | 0.32 ⁽²⁾ |
| รับจ้างเอกชน/ราชการ | 7 | 58.3 | 5 | 41.7 | 12 | 50.0 | |
| อาชีพส่วนตัว | 5 | 41.7 | 7 | 58.3 | 12 | 50.0 | |
| ยาเสพติดที่ใช้ | | | | | | | 0.18 ⁽²⁾ |
| ยาบ้า | 9 | 75.0 | 10 | 83.3 | 19 | 79.2 | |
| ไอซ์ | 3 | 25.0 | 2 | 16.7 | 5 | 20.8 | |
| วิธีการเสพ | | | | | | | 0.34 ⁽²⁾ |
| สูบ | 12 | 100.0 | 11 | 91.7 | 23 | 95.8 | |
| ฉีด | - | - | 1 | 8.3 | 1 | 4.2 | |
| ระยะเวลาใช้ยาเสพติด | | | | | | | 0.49 ⁽¹⁾ |
| < 1 ปี – 3 ปี | 1 | 8.3 | 2 | 16.7 | 3 | 12.5 | |
| 4 – 6 ปี | 3 | 25.0 | 3 | 25.0 | 6 | 25.0 | |
| 7 – 10 ปี | 5 | 41.7 | 6 | 50.0 | 11 | 45.8 | |
| > 10 ปี | 3 | 25.0 | 1 | 8.3 | 4 | 16.7 | |
| ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดเฉลี่ย \pm S.D. | 8.8 \pm 6.1 | | 7.3 \pm 4.1 | | | | |
| ต่ำสุด, สูงสุด | 2 เดือน, 20 ปี | | 3, 18 ปี | | | | |

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มศึกษา (N=12) | | กลุ่มควบคุม (N=12) | | รวม (N=24) | | P - value |
|--------------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เข้ารับการบำบัดครั้งที่ | | | | | | | 0.35 ⁽¹⁾ |
| 1 ครั้ง | 7 | 58.3 | 10 | 83.3 | 17 | 70.8 | |
| 2 ครั้ง | 2 | 16.7 | 1 | 8.3 | 3 | 12.5 | |
| ≥ 3 ครั้ง | 3 | 25.0 | 1 | 8.3 | 4 | 16.7 | |
| น้อยที่สุด, สูงสุด | 1, 5 | | 1, 5 | | | | |
| ทำนอาศัยอยู่กับ | | | | | | | 0.24 ⁽²⁾ |
| บิดา – มารดา | 10 | 83.3 | 6 | 50.0 | 16 | 66.7 | |
| เครือญาติ | 2 | 16.7 | 4 | 8.3 | 6 | 25.0 | |
| สามี ภรรยา | - | - | 2 | 16.7 | 2 | 8.3 | |
| บุคคลที่ผู้ป่วยไวใจที่สุด 3 ลำดับแรก | | | | | | | NA |
| มารดา | 10 | 83.3 | 7 | 58.3 | 17 | 70.8 | |
| พี่น้อง | 8 | 66.7 | 9 | 75.0 | 17 | 70.8 | |
| บิดา | 7 | 58.3 | 7 | 58.3 | 14 | 58.3 | |
| รูปแบบของครอบครัว | | | | | | | 0.23 ⁽²⁾ |
| ครอบครัวเดี่ยว | 5 | 41.7 | 8 | 66.7 | 13 | 54.2 | |
| ครอบครัวขยาย | 5 | 41.7 | 1 | 8.3 | 6 | 25.0 | |
| ครอบครัวรูปแบบอื่นๆ | 2 | 16.6 | 3 | 25.0 | 5 | 20.8 | |
| ครอบครัวที่เป็นที่มี | 1 | 50.0 | 2 | 66.7 | 3 | 60.0 | |
| ความสัมพันธ์ทาง | | | | | | | |
| สายโลหิต | | | | | | | |
| ครอบครัวที่ผู้ป่วยมา | 1 | 50.0 | 1 | 33.3 | 2 | 40.0 | |
| อยู่กับผู้อุปการะ | | | | | | | |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว | | | | | | | 0.15 ⁽¹⁾ |
| 2 – 3 คน | 2 | 16.7 | 7 | 58.3 | 9 | 37.5 | |
| 4 – 6 คน | 8 | 66.6 | 4 | 33.4 | 12 | 50.0 | |
| ≥ 7 คน | 2 | 16.7 | 1 | 8.3 | 3 | 12.5 | |
| จำนวนสมาชิกเฉลี่ย ± SD | 4 ± 1.62 | | 3 ± 2.43 | | | | |
| ต่ำสุด, สูงสุด | 2, 8 | | 1, 10 | | | | |

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มศึกษา (N=12) | | กลุ่มควบคุม (N=12) | | รวม (N=24) | | P - value |
|---------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว | | | | | | | 0.23 ⁽³⁾ |
| ≤ 20,000 บาท | 7 | 58.3 | 4 | 33.3 | 11 | 45.8 | |
| 20,001 – 30,000 บาท | 1 | 8.3 | 2 | 16.7 | 3 | 12.5 | |
| ≥ 30,001 บาท | 4 | 33.3 | 6 | 50.0 | 10 | 41.7 | |
| รายได้เฉลี่ย ± S.D. | 20,000 ± 81,042.1 | | 34,000 ± 68,258.4 | | | | |
| รายได้ต่ำสุด, สูงสุด | 10,000, 300,000 | | 10,000, 250,000 | | | | |
| เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 | 24 | 100.0 | 0.22 ⁽⁴⁾ |

⁽¹⁾ = Independence T-Test, ⁽²⁾ = Chi-Square Test, ⁽³⁾ = Mann-Whitney Test, ⁽⁴⁾ = Fisher's Exact Test
 NA = ไม่สามารถใช้สถิติได้ เนื่องจากข้อจำกัดของวิธีทดสอบทางสถิติ

จากตารางที่ 4.4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเสพติด เพศชาย กลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 28.3 ± 6.2 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 31.3 ± 6.4 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด จบการศึกษาภาคบังคับ ประกอบอาชีพรับจ้างเอกชน/ราชการเท่ากับอาชีพส่วนตัว เสพติดยาบ้ามากกว่ายาไอซ์ ด้วยวิธีการสูบ เสพติดมานาน 7 – 10 ปี เข้ามารับการรักษเป็นครั้งแรก พักอาศัยอยู่กับบิดา – มารดา บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด คือ มารดา และพี่ – น้อง เป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มศึกษา (N=12) | | กลุ่มควบคุม (N=12) | | รวม (N=24) | | p - value |
|-----------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เพศ | | | | | | | 0.32 ⁽⁴⁾ |
| หญิง | 8 | 66.7 | 10 | 83.3 | 18 | 75.0 | |
| ชาย | 4 | 33.3 | 2 | 16.7 | 6 | 25.0 | |
| อายุ | | | | | | | 0.15 ⁽¹⁾ |
| ≤ 40 ปี | 1 | 8.3 | 2 | 16.7 | 3 | 12.5 | |
| 41 – 50 ปี | 3 | 25.0 | 4 | 33.4 | 7 | 29.1 | |
| 51 – 60 ปี | 5 | 41.7 | 5 | 41.7 | 10 | 41.7 | |
| ≥ 60 ปีขึ้นไป | 3 | 25.0 | 1 | 8.3 | 4 | 16.7 | |
| อายุเฉลี่ย ± SD | 54.0 ± 8.2 | | 48.2 ± 10.1 | | | | |
| อายุต่ำสุด, สูงสุด | 36, 66 | | 28, 61 | | | | |
| การศึกษา | | | | | | | 0.37 ⁽²⁾ |
| ภาคบังคับ | 8 | 66.7 | 5 | 41.7 | 13 | 54.2 | |
| สูงกว่าภาคบังคับ | 4 | 33.3 | 7 | 58.3 | 11 | 45.8 | |
| อาชีพ | | | | | | | 0.36 ⁽²⁾ |
| ธุรกิจส่วนตัว | 7 | 58.3 | 6 | 50.0 | 13 | 54.2 | |
| รับจ้างเอกชน/ราชการ | 5 | 41.7 | 6 | 50.0 | 11 | 45.8 | |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว | | | | | | | 0.16 ⁽³⁾ |
| ≤ 20,000 บาท | 7 | 25.0 | 5 | 25.0 | 6 | 25.0 | |
| 20,001 – 30,000 บาท | 3 | 25.0 | 1 | 8.3 | 4 | 16.7 | |
| ≥ 30,001 บาท | 3 | 8.3 | 6 | 8.3 | 2 | 8.3 | |
| รายได้เฉลี่ย ± S.D. | 22,500 ± 20,943.8 | | 45,500 ± 42,132.9 | | | | |
| ต่ำสุด, สูงสุด | 7,500, 270,000 | | 7,000, 140,000 | | | | |
| เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว | | | | | | | 0.58 ⁽⁴⁾ |
| ไม่เหลือเก็บ | 4 | 50.0 | 5 | 55.6 | 9 | 52.9 | |
| เหลือเก็บ | 4 | 50.0 | 4 | 44.4 | 8 | 47.1 | |
| ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว | 4 | 33.3 | 3 | 25.0 | 7 | 29.1 | |

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มศึกษา (N=12) | | กลุ่มควบคุม (N=12) | | รวม (N=24) | | p - value |
|--|-------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| บุคคลที่ท่านคิดว่าผู้ป่วย ไว้วางใจสามารถพูดคุยหรือ ขอรับคำปรึกษาในครอบครัว (3 ลำดับแรก) | | | | | | | NA |
| มารดา | 11 | 91.7 | 8 | 66.7 | 19 | 79.2 | |
| บิดา | 8 | 66.7 | 6 | 50.0 | 14 | 58.3 | |
| พี่น้อง | 4 | 33.3 | 7 | 58.3 | 11 | 45.8 | |
| ความสัมพันธ์ในครอบครัว | | | | | | | 0.45 ⁽²⁾ |
| รักใคร่ ผูกพัน | 6 | 50.0 | 9 | 75.0 | 15 | 60.0 | |
| ทะเลาะเป็นบางครั้ง แต่รักใคร่กันดี | 4 | 33.3 | 2 | 16.7 | 6 | 25.0 | |
| ทะเลาะกันบ่อยครั้ง | 2 | 16.7 | 1 | 8.3 | 3 | 12.5 | |

⁽¹⁾ = Independence T-Test, ⁽²⁾ = Chi-Square Test, ⁽³⁾ = Mann-Whitney Test, ⁽⁴⁾ = Fisher's Exact Test

NA = ไม่สามารถใช้สถิติได้ เนื่องจากข้อจำกัดของวิธีทดสอบทางสถิติ

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา 54.0 ± 8.2 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 48.2 ± 10.1 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด คือ มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่ผูกพันกันดี จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อผู้ป่วยในเรื่อง ความเครียด คุณภาพชีวิต การบำบัดครบตามเกณฑ์ และการไม่เสพติดซ้ำ

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ก่อน – หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน

| ตัวแปร | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | P-value ¹ | ติดตาม 1 เดือน | P-Value ² |
|----------------------|------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | | $\bar{X} \pm SD$ | |
| กลุ่มศึกษา (N = 12) | | | | | |
| ความเครียด | 12.1 ± 4.1 | 7.4 ± 2.0 | 0.00* | 5.8 ± 3.9 | 0.11 |
| คุณภาพชีวิต | 85.4 ± 7.8 | 107.4 ± 2.9 | 0.00* | 103.0 ± 8.6 | 0.11 |
| กลุ่มควบคุม (N = 12) | | | | | |
| ความเครียด | 13.3 ± 7.7 | 12.2 ± 4.8 | 0.64 | 11.8 ± 9.1 | 0.90 |
| คุณภาพชีวิต | 91.7 ± 14.0 | 97.3 ± 14.2 | 0.08 | 100.8 ± 17.8 | 0.24 |

หมายเหตุ P-value¹ จาก Pried T-Test = เปรียบเทียบก่อน – หลังการทดลอง

P-value² จาก Pried T-Test = เปรียบเทียบหลังการทดลอง – ติดตามหลังรักษา 1 เดือน

จากตารางที่ 4.6 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด คุณภาพชีวิตก่อน – หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือนมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ พบว่า แม้ว่าความเครียดและคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง กับเมื่อติดตามหลังการรักษา 1 เดือนจะมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในเชิงความรู้สึกและประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียดหรือผลที่ได้ในเชิงประจักษ์รายบุคคล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้จาก CHF Model สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น มีความเครียดลดน้อยลง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ตลอดเวลา 3 เดือนที่อยู่ที่นี่ มีเครียดบ้างครับ แต่ผมว่าเครียดน้อยกว่าอยู่บ้านนะ อยู่ที่นี่พอรู้สึกเครียดก็คุยกับเพื่อน Buddy ปรึกษาได้ทุกอย่างจริง พี่พยาบาลก็โอเคนะ ยังได้ออกไปฝึกอาชีพยังชอบครับ...ไม่เซ็ง...ไม่เบื่อ”

ผู้ป่วยเพศชาย เสพติดยาบ้า อายุ 32 ปี ณ วันจำหน่ายกลับบ้าน

“ผมบอกเลยว่าอยู่ที่นี่ รู้สึกปลอดภัย ไม่ต้องกลัวถูกตำรวจจับ กินอิ่ม นอนหลับ สบายใจ มีคนดูแล ทุกข์สุขคุยกันได้ครับ”

ผู้ป่วยเพศชาย เสพติดยาบ้า อายุ 26 ปี ณ วันจำหน่ายกลับบ้าน

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองทันที และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน

| ตัวแปร | กลุ่มศึกษา (N = 12) | กลุ่มควบคุม (N = 12) | P-value ¹ |
|-------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| หลังการทดลองทันที | | | |
| ความเครียด | 7.4 ± 2.0 | 12.2 ± 4.8 | 0.00* |
| คุณภาพชีวิต | 107.4 ± 2.9 | 97.3 ± 14.2 | 0.02* |
| ติดตามหลังรักษา 1 เดือน | | | |
| ความเครียด | 5.8 ± 3.9 | 11.8 ± 9.1 | 0.06 |
| คุณภาพชีวิต | 103 ± 8.6 | 100.8 ± 17.8 | 0.68 |

หมายเหตุ P-value¹ จาก Independent T-Test = เปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มศึกษา – กลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 4.7 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.00 และ 0.02 ตามลำดับ แต่เมื่อติดตาม 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อติดตามผู้ป่วยที่อยู่รับการบำบัดครบ 3 เดือน ข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยพบว่า ความเครียดในบางครั้งยังคงมีอยู่ แต่เมื่ออยู่บำบัดจนครบกลับถูกขจัดหายไปอย่างสิ้นเชิง พร้อมทั้งได้เรียนรู้ความเป็นตัวตนของตนได้ดีขึ้น มีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อสถานบำบัดและยอมรับว่าที่นี่มีความอบอุ่นเสมือนบ้านของตนเองที่มีความปลอดภัยและรักคนอื่นได้มากขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ขอบคุณพี่ที่ดูแลหนูตลอด หนูอยู่ที่นี้บางครั้งก็เครียดนะพี่ แต่พอถึงวันนี้หนูหายเครียดแหละ หนูว่า...หนูได้อะไรจากที่นี่เยอะนะ อย่างน้อยก็รู้จักตัวเองมากขึ้น คิดถึงคนอื่นมากขึ้น”

ผู้ป่วยเพศชาย (ประเภทสอง) เสพติดยาบ้า อายุ 22 ปี ณ วันจำหน่ายกลับบ้าน

“ผมว่าที่นี่บรรยากาศดีนะเหมือนบ้าน ให้ความอบอุ่น อยู่แล้วรู้สึกปลอดภัย ที่นี่สอนให้ผมฟังความคิดเห็นของคนอื่น ไม่เอาแต่ใจ ไม่โกรธ ที่สำคัญ ถ้าโกรธแล้วทำไงให้เราเข้าใจ...จะได้หายโกรธเร็วขึ้น”

ผู้ป่วยเพศชาย เสพติดยาบ้า อายุ 28 ปี ณ วันจำหน่ายกลับบ้าน

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ เมื่อจำหน่ายออกจากสถานบำบัด และ ผลการตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อติดตามหลังรักษา 1 และ 3 เดือน

| กลุ่ม | อัตราการบำบัด (จำนวน/ร้อยละ) | | ผลการตรวจปัสสาวะ (จำนวน/ร้อยละ) | | | |
|-----------------|------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------|----------------|-----------|
| | ครบเกณฑ์ | ไม่ครบเกณฑ์ | ติดตาม 1 เดือน | | ติดตาม 3 เดือน | |
| | | | บวก | ลบ | บวก | ลบ |
| ศึกษา (N = 12) | 12 (100.0) | - | 2 (16.7) | 10 (83.3) | 2 (16.7) | 10 (83.3) |
| ควบคุม (N = 12) | 10 (83.3) | 2 (16.7) | 5 (41.7) | 7 (58.3) | 5 (41.7) | 7 (58.3) |

จากตารางที่ 4.8 พบว่าอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มศึกษาอยู่รับการบำบัดครบตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 100.0 และเมื่อติดตามรักษา 1 และ 3 เดือน พบว่า กลุ่มศึกษามีผลปัสสาวะเป็นลบคิดเป็นร้อยละ 83.3 ทั้งสองช่วงเวลา (กลุ่มศึกษาไม่เสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.3 ทั้งสองช่วงเวลา)

การตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม สะท้อนให้เห็นถึงการกลับไปเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยสามารถนำประสบการณ์ที่ได้จากการอบรม และทำกิจกรรมพัฒนาทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น การสร้างพลังความเข้มแข็งและการต่อกรกับความต้องการของสมอง มีความภูมิใจในตนเอง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมดุล พร้อมกับแสดงความขอบคุณสถาบันธัญญารักษ์ และทีมผู้บำบัดที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ซึ่งการสะท้อนผลที่ได้ในครั้งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นจากคำพูดของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่รวมถึงสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย ดังนี้

“สิ่งที่พี่พยาบาลสอน ผมเอามาใช้หมดเลย เพื่อนเก่าๆ มันมาวนเวียนหาผมตลอด ผมได้ใช้ทักษะการปฏิเสธ กับทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นครบเลยที่ พ่อผมเค้าลองใจ... แต่ผมรู้ว่าพ่อผมอยู่ ผมต้องเข้มแข็งครับเพื่ออนาคต”

ผู้ป่วยเพศชาย เสพติดยาบ้า อายุ 25 ปี ณ วันที่ติดตามหลังรักษา 1 เดือน

“ดีใจนะที่ผมทำได้ ตอนแรกผมคิดว่า 3 เดือน นานมาก แต่พออยู่ๆ ไป ค่อยๆ ปรับตัว ค่อยๆ เรียนรู้จากพี่พยาบาล จากเพื่อนๆ ที่ทำผิดบ้าง ถูกบ้าง ก็ได้ประสบการณ์ดีครับ”

ผู้ป่วยเพศชาย เสพติดยาบ้า อายุ 25 ปี ณ วันจำหน่ายกลับบ้าน

“ผมสัญญากับตัวเองไว้แล้ว ชีวิตผมเปลี่ยนได้ด้วยตัวเอง ขอขอบคุณที่สอนให้ผมรู้ว่าการใช้ชีวิตอย่างสมดุลเป็นยังไง อาม่าฝากขอบคุณมาด้วยครับ...”

ผู้ป่วยเพศชาย เสพติดยาบ้า อายุ 32 ปี ณ วันที่ติดตามหลังรักษา 1 เดือน

“ขอบคุณสถาบันฯ ที่ช่วยให้ผมได้ลูกชายกลับมา เค้าเป็นนักบอกลรบถ้าเลยกายไม่ได้หมด
อนาคตแน่ ตอนนี้เค้าเปลี่ยนไปเชื่อฟัง พ่อ – แม่มากขึ้น ทำตัวดีครับ”

คุณพ่อของผู้ป่วยเสพติดยาบ้า อายุ 59 ปี ณ วันที่ติดตามหลังรักษา 3 เดือน

ส่วนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อ
ครอบครัวผู้ป่วยเสพติด ในเรื่องการทำหน้าที่ในครอบครัว ทักษะคติของญาติต่อผู้ป่วย
และดัชนีความสุขในชีวิต

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ทักษะคติของญาติต่อผู้ป่วย และ
ความสุขในชีวิตของญาติ ภายในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ก่อน – หลังการทดลอง
และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน

| ตัวแปร | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | P- value ¹ | ติดตาม 1 เดือน | P- Value ² |
|----------------------|------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | | $\bar{X} \pm SD$ | |
| กลุ่มศึกษา (N = 12) | | | | | |
| การทำหน้าที่ | 106.5 ± 12.7 | 121.5 ± 9.2 | 0.01* | 122.9 ± 11.5 | 0.72 |
| ทักษะคติ | 3.4 ± 0.4 | 3.6 ± 0.3 | 0.17 | 3.6 ± 0.2 | 0.71 |
| ดัชนีความสุข | 30.3 ± 2.8 | 41.3 ± 1.7 | 0.23 | 39.0 ± 4.5 | 0.14 |
| กลุ่มควบคุม (N = 12) | | | | | |
| การทำหน้าที่ | 107.3 ± 13.2 | 114.9 ± 33.5 | 0.41 | 106.9 ± 14.0 | 0.39 |
| ทักษะคติ | 3.6 ± 0.4 | 3.4 ± 0.3 | 0.19 | 3.4 ± 0.5 | 0.92 |
| ดัชนีความสุข | 32.8 ± 5.4 | 32.8 ± 4.2 | 0.94 | 31.9 ± 5.2 | 0.54 |

หมายเหตุ P-value¹ จาก Pried T-Test = เปรียบเทียบก่อน – หลังการทดลอง

P-value² จาก Pried T-Test = เปรียบเทียบหลังการทดลอง – ติดตามหลังรักษา 1 เดือน

จากตารางที่ 4.9 พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของกลุ่ม
ศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน พบว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ในด้านทักษะคติของญาติต่อตัวผู้ป่วย และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติ กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยไม่
แตกต่างกันทั้งก่อน – หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน

ส่วนในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ทักษะคติของญาติต่อผู้ป่วย
และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติ ก่อน – หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือนมี
ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกในวันที่ครอบครัวมารับลูกกลับบ้าน พบข้อมูลเชิงคุณภาพที่น่าสนใจ แม้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ทักษะคติของครอบครัวต่อผู้ป่วย และความสุขในชีวิตของครอบครัว ก่อน - หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือนของญาติผู้ป่วยกลุ่มศึกษา จะมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่จากคำพูดที่แสดงให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก รวมถึงการแสดงออกของบิดา - มารดาของผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมใน CHF Model มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักรู้ถึงความสำคัญของคำว่า “ครอบครัว” ที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความเข้าใจ และความสุขที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ดีใจมากเลยคะที่ลูกยอมอยู่บำบัดจนครบ แม่ก็พยายามมาหาลูกบ่อยๆ นะ มาทีก็ได้ความรู้เรื่องนั้นเรื่องนี้ จนแม่เข้าใจลูกมากขึ้น จากเมื่อก่อนแม่รักลูกอยากให้ลูกเป็นอย่างที่แม่ว่าดี แต่ไม่ได้นึกว่า แ่ลูกไม่ติดยา และดูแลตัวเองได้ ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน แม่ก็ว่าดีแล้วนะ”

คุณแม่ของผู้ป่วยเสพติด อายุ 49 ปี

“ตอนแรกว่าจะไม่มารับมันกลับ จะให้มันกลับไปเอง แต่นึกขึ้นได้ว่าหมอย้ำให้มารับลูกกลับบ้าน ลูกจะได้มีกำลังใจ ฉันทก็ทำนะ...เพราะรักลูก อยากเห็นลูกเลิกยาได้สักที”

คุณแม่ของผู้ป่วยเสพติด อายุ 64 ปี

“เพราะเค้าเป็นลูก ถึงจะยากตีมีจน ติดยา พ่อก็พร้อมจะให้อภัยเค้าอยู่แล้ว เรื่องเห็นลูกเป็นคนไม่ดี ไม่คิดนะ เค้าติดยาเพราะรู้เท่าไม่ถึงการณ์ มารักษาครั้งนี้ น่าจะดีนะ วันนีดูหน้าตาสดชื่นดี พ่อก็ดีใจ”

คุณพ่อของผู้ป่วยเสพติด อายุ 60 ปี

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ทักษะคติของญาติต่อผู้ป่วย และความสุขในชีวิตของญาติ ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองทันที และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน

| ตัวแปร | กลุ่มศึกษา (N = 12) | กลุ่มควบคุม (N = 12) | P-value ¹ |
|-------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| หลังการทดลองทันที | | | |
| การทำหน้าที่ | 121.5 ± 9.2 | 114.9 ± 33.5 | 0.52 |
| ทักษะคติ | 3.6 ± 0.3 | 3.4 ± 0.3 | 0.26 |
| ความสุขในชีวิต | 41.3 ± 1.7 | 32.8 ± 4.2 | 0.00* |
| ติดตามหลังรักษา 1 เดือน | | | |
| การทำหน้าที่ | 122.9 ± 11.5 | 106.9 ± 14.0 | 0.00* |
| ทักษะคติ | 3.6 ± 0.2 | 3.4 ± 0.5 | 0.34 |
| ความสุขในชีวิต | 39.0 ± 4.5 | 31.9 ± 5.2 | 0.00* |

หมายเหตุ P-value¹ จาก Independent T-Test = เปรียบเทียบญาติผู้ป่วยกลุ่มศึกษา – กลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีความสุขในชีวิตของญาติในกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลองทันที และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน แต่หลังการทดลองทันที พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนทักษะคติของญาติต่อผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลองทันที และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดครบ 3 เดือน ข้อมูลจากผลึกแห่งความรู้สึกของครอบครัวกลุ่มศึกษา ณ วันที่มารับลูก – หลานกลับบ้าน พบว่า ตลอดเวลาที่ลูก – หลานบำบัดภายใน สธร. ครอบครัวต่างเฝ้ามองความสำเร็จของลูก – หลาน ด้วยใจที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความหวัง และเมื่อถึงวันที่ครอบครัวเห็นความสำเร็จนั้นต่างแสดงความชื่นชม และบ่งบอกให้ทีมบำบัดรับรู้ว่าการบำบัดตามแนวคิด CHF Model เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“วันนี้เห็นเขาประสบความสำเร็จก็ดีใจนะค่ะ แม่ก็มีความสุขด้วย แม่อยากเห็นเขาเป็น
อย่างนี้ทุกวันเลยคะ”

คุณแม่ของผู้ป่วยเสพติด อายุ 56 ปี

“ยายรักเขามากนะ หลานชายคนเดียวค่ะ ตั้งใจมารับเขากลับบ้าน พี่สาวเขาก็มารับ
ด้วยชื่นใจที่เห็นเขาเปลี่ยนไป อ้วนและขาขึ้น ดูมีราศีนะค่ะ คุณว่าไหม”

คุณยายของผู้ป่วยเสพติด อายุ 67 ปี

ส่วนที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องข้อดี ข้อจำกัด

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บำบัด ผู้ป่วย และญาติ พบข้อดี - ข้อจำกัดของ
การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ดังนี้

1. ข้อดีของการบำบัดแบบ CHF Model

1.1 มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น กลุ่มการบริหารเวลา
การบริหารเงิน กลุ่มสมาชิกใหม่ กลุ่มจัดการกับตัวกระตุ้น และกลุ่มการป้องกันการเสพติดซ้ำ ซึ่งส่งผลให้
ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเฉพาะตัวเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น จากตัวอย่าง
คำกล่าว

“หนูทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามตารางในโครงการวิจัยกับคนไข้แล้วรู้สึกว่าคุณไ้ตอบรับ
ดีคนไข้บอกเลยว่าดีมาก ทำให้เค้าปรับตัวได้ง่ายขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้นคะ”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 47 ปี

“หนูไม่เคยรู้ว่าเลยว่าตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้ยาซ้ำคืออะไร วันนี้ได้เรียนรู้ และรู้ว่าควร
ทำยังไงเวลามีสิ่งมากระตุ้น ดีคะ... อีกเรื่องที่หนูว่าดีคือ การวางแผนเงิน กับแผนเวลา หนูว่า
ถ้าหนูรู้เรื่องพวกนี้ก่อนหนูต้องรู้จักใช้เงิน ไม่ต้องเอาเงินที่แม่ให้ไปซื้อยาเสพติด...”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 22 ปี

1.2 พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ รู้จักและเข้าใจผู้ป่วย มีการทำงานเป็นระบบ
และมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมขึ้น ส่งผลให้วางแผนการบำบัดผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น
จากตัวอย่างคำกล่าว

“หนูว่าทำโครงการวิจัยแบบนี้ก็ดีนะค่ะ มีแบบประเมิน ASI ทำให้ได้คุยกับผู้ป่วยมากขึ้น
รู้เรื่องราวของผู้ป่วยครอบคลุม ทำให้สามารถนำข้อมูลนั้นมาวางแผนร่วมกันในทีมบำบัด

บางครั้งปัญหาของผู้ป่วยต้องส่งต่อให้ทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ก็ทำได้ เรื่องบางเรื่องคุยไปคุยมาทำให้รู้ว่าเด็กบางคนมีปัญหาที่บ้านมากมาย จนทำให้เขาไปติดยาจนเลิกไม่ได้ ต้องส่งต่อนักจิตวิทยาทำครอบครัวบำบัด ช่วยเหลือกันไปนะคะ”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 35 ปี

1.3 มีกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวก เช่น การนำแนวคิดการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น จากตัวอย่างคำกล่าว

“กิจกรรมการให้รางวัล ผมว่า มันเจ๋งอะครับ เพราะผมเข้ามารับการบำบัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 5 แล้ว ผมเคยอยู่บำบัดนานเป็นปี เมื่อก่อนที่นี้เคยมีการให้รางวัลจากการทำงาน แต่ไม่มีการบอกเหตุผล แต่ตอนนี้ ทำข้อตกลงกันก่อนให้รางวัลเลยว่า ถ้าผมรับผิดชอบการเข้ากลุ่ม กิจกรรมไม่เข้ากลุ่มสาย ไม่ขาดกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม ผมจะได้คะแนนแล้วเอาคะแนนแต่ละครั้งมาสะสมจนได้คะแนนสูงพอกับรางวัลที่ตกลงกันไว้ ผมก็จะได้รับรางวัลนั้น ผมทำงานได้รางวัลเป็นเสื้อยัดวันพ้อ มันเป็นความภูมิใจนะพี่”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 36 ปี

1.4 เพิ่มระยะเวลาการฝึกอาชีพมากขึ้น ส่งเสริมความภาคภูมิใจให้แก่ผู้ป่วย

“ผมชอบออกไปฝึกอาชีพนะครับ ผมเรียนตัดผม ครั้งแรกมันไม่เป็นทรง คุณครูเขาเข้าใจ สอนให้ผมจับกรรไกร ปิดตาเลียน แล้วค่อยๆ ฝึกให้ผมมั่นใจ ตอนนี้ผมตัดผมทรงได้แล้วนะครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 25 ปี

“ผมได้มาเรียนนวดแผนไทย อย่างน้อยผมได้ผ่อนคลาย เพราะสลับกันนวดกับเพื่อน ผมว่ามีความรู้เรื่องนวดติดตัวก็ดี กลับไปบ้านคงไม่ได้เปิดร้านนวดหรอกครับ เพราะผมมีงานทำอยู่แล้ว...แต่ผมกลับไปบ้านจะไปนวดทำให้อำมาผมครับ ท่านจะได้ชื่นใจ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 33 ปี

1.5 เกิดการเรียนรู้ทักษะชีวิต ในด้าน การบริหารจัดการเวลา ความโกรธ การจัดการกับอารมณ์ของตนเอง การวางแผนการเงิน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ จากตัวอย่างคำกล่าว

“ผมได้เรียนรู้เรื่องการจัดการกับความโกรธ การจัดการกับอารมณ์ ทำให้ผมได้คิดว่า ความโกรธมันทำร้ายทั้งตัวเรา และคนรอบข้าง เพราะผมซีโมโห โกรธง่ายใครขัดใจไม่ได้ ผมถึงไปติดยาซ้ำเพราะความโกรธนี่แหละ...”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 28 ปี

1.6 ผู้ป่วยมีวินัย มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น จากตัวอย่างคำกล่าว

“ป่าผมมาเยี่ยมมาวันก่อน บอกว่าผมดูดีขึ้นพูดมีเหตุผล รู้จักยกมือไหว้ทักทายป่าก่อน เมื่อก่อนผมไม่พูดกับใครก่อนนะครับ ป่าบอกว่าดีใจที่เห็นผมมีระเบียบวินัยมากขึ้น ไม่เกเรพูดรู้เรื่อง ไม่เรื่องมาก รับผิดชอบมากขึ้น ลึกๆ ผมดีใจนะที่เข้าบำบัดแล้วเปลี่ยนตัวเองได้...”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 20 ปี

“ผมได้อะไรจากที่นี่มากมาย ผมคิดได้ คิดในสิ่งที่ผมเคยมองข้าม และกลับมาเรียงลำดับความสำคัญในชีวิตได้อย่างถูกต้อง”

“ผมมีชีวิตที่ดีได้หลังจากออกจากที่นี่ ที่นี่ทำให้ผมคิดได้ คิดถูก คิดแบบผู้ใหญ่ ผมโตขึ้นมากหลังจากที่อยู่ที่นี่ได้ไม่นาน สมัยที่ผมใช้ยาเสพติด ผมไม่เคยคิดว่าผมจะกลับมามีความคิดที่ดีได้ขนาดนี้ ผมก็ต้องขอขอบคุณที่นี่ ที่หล่อหลอมผมให้เป็นคนใหม่ทำให้ผมนั้นกลับมารักตัวเองมากๆ เลย ตอนนี้อยู่สบายดีมาก พิตมาเพราะออกกำลังกายทุกวัน รูปร่างดีขึ้นมากพอใจในตัวเองมากๆ และมีความสุขมากครับ”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย อายุ 33 ปี

1.7 ญาติมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยชัดเจน เช่น บุคลิกภาพ การพูดคุยที่มีเหตุผลขึ้น การแสดงออกที่เอื้ออาทรต่อผู้อื่น รู้จักการช่วยเหลือ แบ่งปัน และผู้ป่วยที่ฝึกอาชีพด้านการประกอบอาหาร เมื่อผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยสามารถประกอบอาหารที่ผู้ป่วยเรียนมาให้ครอบครัวรับประทานได้ เช่น แหนมหมู กระทู้พิซซ่า เป็นต้น จากตัวอย่างคำกล่าว

“ผมเห็นลูกเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้น ผมก็ดีใจ เมื่อก่อนไม่เคยฟังใคร ให้ตัดผมสั้นก็ไม่ทำ นั่งเก้าอี้ก็เขย่าเท้า แต่พอมายู่นี่เดือนที่สองผมว่าเขาดีขึ้น พูดรู้เรื่องมีเหตุผล นั่งเก้าอี้ก็เรียบร้อยไม่เขย่าขา ไม่มองคนอื่นๆ ด้วยหางตา ผมว่าเขาเข้าทำขึ้นนะ...”

คุณพ่อผู้ป่วยเสพติด อายุ 54 ปี

“เรียนว่าจริงๆ เค้าเป็นลูกเลี้ยงนะคะ แต่ก็รักเค้าเพราะเลี้ยงมาแต่เล็กๆ เมื่ออาทิตย์ก่อนเค้ากลับไปเยี่ยมบ้าน บอกกับดิฉันว่าจะทำขนมให้แม่ทานจริงๆ ก็ไม่ค่อยแปลกใจ เพราะปกติน้องเค้าก็ชอบทำขนม ทำอาหาร แต่ครั้งนี้น่าแปลกค่ะ ทำขนมกระทู้พิซซ่า กับแหนมหมูให้ทาน ดิฉันเลยถามน้อง เขาว่าที่นี่มีการฝึกอาชีพทำอาหาร เค้าเลยทำเป็น อร่อยด้วยนะคะน่ารักจริงๆ”

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 52 ปี

“แม่มีลูกผู้ชาย 2 คนติดยาทั้งคู่ คนโตมาบำบัดที่นี้เลยได้ ไปเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดยา คนเล็กนี่เข้ามาครั้งที่ 5 แล้ว ออกไปไม่ยอมเลิกย ครั้งนี้แม่คุยกับเค้าว่าให้อยู่นานๆ เค้ารับปากนะ ตอนนี้อยู่มา 3 เดือนแล้ว แม่อยากให้เค้าอยู่ต่อ อยากให้เค้าอยู่ที่นี้จนเป็นเจ้าหน้าที่เลยนะ แม้ว่า ช่วงนี้เค้าดูดีขึ้น พุดมีเหตุผล เห็นใจคนอื่น ดูแลคนอื่นดีขึ้นนะ...”

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 66 ปี

1.8 ญาติผู้ป่วยชื่นใจได้ลูกหลานกลับคืนสู่อ้อมกอดครอบครัว ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดเมื่อติดตามหลังการรักษา 1 เดือนได้ร้อยละ 83.3 จากตัวอย่างคำกล่าว

“ขอบคุณโรงพยาบาล ที่ได้น้องกลับคืน พ่อแม่ได้ลูกคืนมา น้องเขากลับบ้านมา รับผิดชอบเยอะขึ้นนะคะ ทำงานบ้าน และยังออกไปรับจ้างข้างนอกบ้านด้วย ตอนนี้นำเค้าทำงานเป็นลูกจ้างการไฟฟ้ารับเงินเป็นรายวัน ดีใจที่ได้น้องชายกลับคืนมาคะ...”

พี่สาวผู้ป่วยเสพติด อายุ 44 ปี

“แม่ขอบคุณน้องๆ พยาบาลกับคุณหมอมือที่ช่วยดูแลลูกแม่ ลูกเป็นคนดีเอาแต่ใจตัวเอง ไปติดยาเพราะตามเพื่อน วันนีเลิกยาได้มาติดตามครบ 1 เดือน ลูกเป็นคนดีขึ้น มีวินัย ออกกำลังกายทุกวัน ไม่ออกจากบ้านไปเจอเพื่อนเก่าๆ ตอนนี้งานอยู่ค่ะ...ไปสมัครงานไว้แล้ว ปลัดว่าคงจะเรียกตัวเร็วๆ นี้ ขอขอบคุณอีกครั้งนะคะ”

คุณแม่ผู้ป่วยเสพติด อายุ 63 ปี

“ผมเชื่อมั่นที่นี้ว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงให้ลูกของผมกลับมาเป็นบุคคลที่มีคุณภาพในสังคม และสามารถสร้างคุณประโยชน์ต่อสังคม แล้วท่านก็ทำได้จริงๆ ผมจึงฝากลูกของผมไว้กับสถาบันแห่งนี้ และหวังอีกว่าสถาบันแห่งนี้คงจะเปลี่ยนแปลงผู้เข้ารับการบำบัดทุกราย ให้กลับมาอยู่กับสังคมได้อย่างมีคุณภาพประโยชน์ต่อไป”

คุณพ่อผู้ป่วยเสพติด อายุ 58 ปี

2. ข้อจำกัดของการบำบัดแบบ CHF Model คือ

2.1 การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงในการใช้ยาเสพติด (ASI) (Addiction Severity Index: ASI) ใช้เวลาในการประเมินนานส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเสียเวลาในการทำงานด้านอื่น เนื่องจากมีรายละเอียดมาก จากตัวอย่างคำกล่าว

“แบบประเมิน ASI นี้ก็ดีนะคะ...แต่หนูว่ามันละเอียดมากเกินไป น่าจะมีการประเมินมาก่อนเข้าตึกฟื้นฟู เช่น ประเมินผู้ป่วยตอนอยู่ระยะบำบัดยา จะได้รู้อาการทั้งหมด และส่งต่อในส่วนที่เหลือมาให้ฟื้นฟู หนูว่าข้อคำถามมันเยอะ ต้องใช้เวลามากมายในการสัมภาษณ์ ทำให้ไปรบกวนเวลาทำงานอย่างอื่นคะ...”

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 51 ปี

2.2 การนำผู้ป่วยออกฝึกอาชีพควรเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน กล่าวคือ ควรให้เวลาผู้ป่วยปรับตัวอยู่ให้หอผู้ป่วยประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ ก่อนจึงนำผู้ป่วยออกฝึกอาชีพ เพื่อผู้ป่วยจะได้มีเวลาในการทบทวนตัวเองให้ชัดเจนขึ้น จากตัวอย่างคำกล่าว

“การฝึกอาชีพเป็นเรื่องดีนะ แต่ต้องให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนออกไปฝึกอาชีพ ผู้ป่วยที่ออกไปฝึกอาชีพน่าจะเข้าใจระบบงานของหอผู้ป่วยก่อน ควรปรับตัวได้ และรู้จักการทบทวนตัวเองก่อน แล้วค่อยออกไปฝึกอาชีพ ไม่งั้นไม่น่าจะได้ผลนะคะ เจ้าหน้าที่ในตึกต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนคะ อาจต้องใช้เวลาลึก 2 – 3 อาทิตย์”

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 52 ปี

2.3 การดำเนินงานด้านการฝึกอาชีพมีข้อขัดข้อง เช่น อุปสรรคการฝึกอาชีพ บางส่วนไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เช่น ปัดดาเลียนตัดผม ควรฝึกอบรมสำหรับผู้รับการฝึกอาชีพทุกคน หัวหน้าตัดผมชายไม่เพียงพอต่อการฝึก การเรียนนวดแผนไทย ขาดครูผู้เชี่ยวชาญในการสอน จากตัวอย่างคำกล่าว

“ผมว่าออกไปฝึกอาชีพวันละ 3 ชั่วโมง อาทิตย์ละ 4 วัน มันก็โอเคนะครับ แต่ผมไปเรียนตัดผมชาย มีคนเรียนด้วยกัน 4 คน เครื่องมือบางอย่างมันต้องสลับกันใช้ ผมว่ามันขาดตอนนะพี่...”

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย วัย 36 ปี

“ผมเรียนนวดแผนไทย บางวันมีคุณครูมาสอนนวด...บางวันไม่มี...ให้ผมเรียนกับวิดีโอ ก็เรียนได้นะครับ แต่ไม่รู้ว่าน้ำหนักมีมันดีไหม ถ้ามีคุณครูมาสอนทุกครั้งจะเยี่ยมมากเลยครับ” (คุณครูที่สอนนวดเป็นผู้ที่เกษียณอายุราชการแล้ว โรงพยาบาลจ้างต่อ แต่ไม่ได้มาปฏิบัติงานทุกวัน จึงส่งผลให้เกิดปัญหา)

ผู้ป่วยเสพติด เพศชาย วัย 33 ปี

อภิปรายผลการศึกษาคส่วนที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องข้อดี ข้อจำกัด

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม 3 กลุ่มได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทดลองใช้รูปแบบการบำบัดแบบ CHF Model ญาติ และผู้ป่วยเสพติดยาบ้ากลุ่มศึกษาพบข้อดีของการบำบัดแบบ CHF Model คือ มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในผู้ป่วย มีการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกด้วยแนวคิดการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ ส่งเสริมความ

ภาคภูมิใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะเฉพาะตัวเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น จนญาติมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ดีขึ้น พุดคุยมีเหตุผลขึ้น รู้จักการช่วยเหลือ แบ่งปัน ญาติผู้ป่วยรู้สึกชื่นใจได้ลูกหลานกลับคืนสู่อ้อมกอดครอบครัว และผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ ร้อยละ 83.3 ทั้งเมื่อติดตามหลังการรักษา 1 และ 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Perfes (2014) ที่พบว่า การบำบัดโดยชุมชนที่เสริมกิจกรรมและกลุ่มบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเสพติดพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคล และทักษะที่หลากหลายในการดำเนินชีวิต โดยผู้ป่วยจะค่อยๆ เรียนรู้ โดยผ่านกิจกรรมบำบัด จนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และทัศนคติ ซึ่งทักษะเหล่านั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ภายในตนเองจนไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ผลดีที่ส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงาน คือ พยาบาลผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย มีการทำงานเป็นระบบและสามารถมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมขึ้น ส่งผลให้ผู้บำบัดสามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานยอมรับว่าเป็นผลจากงานวิจัยนี้ที่กำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้สัมภาษณ์ วางแผนการบำบัดร่วมกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ด้วยการเขียนแผนการบำบัดรักษารายบุคคล โดยเน้นการดูแลช่วยเหลือให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบจากผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Sally and Ka-fai (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2547) ที่พบว่าแผนการบำบัดรักษา รายบุคคลเป็นเครื่องมือในการดูแล และจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ ซึ่งประโยชน์ของแผนการดูแลผู้ป่วยคือ ช่วยลดจำนวนวันนอน เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และเพิ่มการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

ในส่วนของโอกาสพัฒนาของการบำบัดแบบ CHF Model พบว่า พยาบาลไม่คุ้นชินกับการใช้แบบประเมิน ASI เมื่อสัมภาษณ์พยาบาลเป็นรายบุคคลพบว่า การประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินนี้ต้องใช้เวลาในการประเมินผู้ป่วยเฉลี่ยคนละ 1 – 1.30 ชั่วโมง ส่งผลให้พยาบาลเสียเวลาในการทำงานด้านอื่นๆ ไป รวมถึงผู้ป่วยเสพติดบางรายไม่ค่อยมีสมาธิในการตอบแบบประเมิน เนื่องจากต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการประเมินแต่ละครั้ง แบบประเมินมีรายละเอียด และจำนวนข้อคำถามมากถึง 200 ข้อ จากการการศึกษาของกิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, ลดาวัลย์ สุกุณา, สุนทรี ศรีโกสโย และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2545) พบว่าผู้ที่ใช้แบบประเมิน ASI นี้จะต้องมีทักษะในการประเมิน หากผู้ประเมินใช้แบบประเมินนี้จนเกิดความเคยชินจะใช้เวลาในการประเมินเพียง 45 – 60 นาทีเท่านั้น

ทั้งนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเสนอแนะว่า แบบประเมิน ASI เป็นแบบประเมินที่มีประโยชน์ ซึ่งหากมีระบบการประเมินโดยใช้แบบประเมินดังกล่าวตั้งแต่แรกรับในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา จะช่วยลดระยะเวลาการทำงานในส่วนนี้ลง หากพยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินนี้ยังไม่ครบทุกประเด็นสามารถส่งต่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่ง

จะเป็นผู้ประเมินต่อเนื้องให้จนครบประเด็น ทั้งนี้พยาบาลในหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาจะได้ประโยชน์จากการรับรู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยเสพติด และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกรับเข้าการบำบัด

ในส่วนของข้อจำกัดที่เป็นผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือ การนำผู้ป่วยออกฝึกอาชีพ ในขณะที่ผู้ป่วยไม่พร้อม คือยังปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยบางรายเมื่อเข้าโครงการวิจัยและเห็นว่าเพื่อนผู้ป่วยบางคนมีโอกาสออกไปฝึกอาชีพนอกหอผู้ป่วย จึงมีความต้องการจะออกไปฝึกอาชีพบ้าง ทั้งๆ ที่ตัวผู้ป่วยเองยังไม่พร้อม ส่งผลให้เมื่อออกไปฝึกอาชีพแล้ว ผู้ป่วยไม่มีสมาธิฝึกอาชีพ จึงควรให้เวลาผู้ป่วยปรับตัวอยู่ให้หอผู้ป่วยก่อนประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ หรือบางคนอาจจะต้องใช้ระยะเวลานานกว่านี้ จึงจะนำผู้ป่วยออกฝึกอาชีพได้ ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ตนเองมากขึ้น เรียนรู้เป้าหมายชีวิตของตนเอง และตั้งใจพัฒนาดตนเอง

ในประเด็นเมื่อผู้ป่วยออกไปฝึกอาชีพ พบว่า อุปสรรคการฝึกอาชีพบางส่วนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เช่น ปัดดาเลียนตัดผม มีไม่ครบกับจำนวนผู้ป่วยที่ฝึกอาชีพ หัวหน้าตัดผมชายไม่เพียงพอต่อการฝึก รวมทั้งในการเรียนนวดแผนไทย ขาดครูผู้เชี่ยวชาญในการสอนนวดเป็นรายบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่ผู้วิจัยพบเมื่อนำผู้ป่วยไปฝึกอาชีพ เนื่องจากการขาดการสื่อสารระหว่างครูฝึกกับผู้วิจัย จึงส่งผลกระทบต่อประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ ทั้งนี้เป็นข้อสังเกตสำหรับผู้วิจัยท่านอื่นที่สนใจศึกษา ในประเด็นการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วยเสพติด จึงควรมีการวางแผนบริหารงานร่วมกันระหว่างครูฝึก และผู้วิจัย ในทุกด้านทั้งบุคลากร งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน ควรมีการสื่อสารและบันทึกข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อน และควรมีการสรุป วางแผนแก้ปัญหาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำกับงานให้เกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สรุปว่า การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งข้อดี - ข้อจำกัด เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในด้านการวางแผนการทำงาน การปรับ ประยุกต์ความรู้เชิงวิชาการมาใช้ในชีวิตจริง และการแก้ปัญหาอย่างรอบด้าน รวมถึงได้เรียนรู้ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้แม้มีการวางแผนแล้วก็ตาม ซึ่งผู้วิจัยมองข้ามปัญหาเหล่านั้นไป แต่ปัญหาเหล่านั้นอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเสพติด การดำเนินงานวิจัยตามโครงการนี้จึงสะท้อนให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า “สิ่งเล็กๆ ที่เรียกว่า รักและการใส่ใจ ยิ่งใหญ่เสมอสำหรับผู้ป่วยเสพติด”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยการบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูเสพติดยาบ้าด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (รูปแบบใหม่) กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (รูปแบบเดิม) สามารถสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. ศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการแพทย์และการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าทั้งเพศชายและเพศหญิง ในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด และญาติผู้ป่วยเสพติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ กลุ่มตัวอย่างรวม 32 คน ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.7 ± 15.2 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพรับราชการ

จากการศึกษาพบว่า FAST Model มีจุดเด่นอยู่ 4 ข้อ คือ 1) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีการทำงานเป็นทีม (Team Work) ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และครูการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งทีมผู้บำบัดให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการสอนผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิดิทัศน์ การสอนผ่านตัวแบบ (Role Model) ส่งผลให้ 2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model เป็นการบำบัดที่มีกระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) 3) โดยผู้บำบัดให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดยาด้วยความใส่ใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการบำบัด 4) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาเป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ จนครอบครัวสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ผู้ป่วยไม่ก้าวร้าว สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น เป็นต้น

ด้านข้อจำกัดของ FAST Model ด้านกระบวนการบำบัดพบว่า FAST Model ยังขาดการคัดกรองผู้ป่วยเสพติดเข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วยฟื้นฟูฯ กระบวนการปฐมนิเทศขาดการสื่อสาร และการประชาสัมพันธ์ในส่วนที่สำคัญ กิจกรรมบำบัดบางส่วนไม่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย การบริหารเวลาในการจัดกิจกรรมยังไม่เหมาะสม ระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟูไม่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มกิจกรรมบำบัดขาดเนื้อหาที่สำคัญบางอย่าง เช่น การจัดการกับความโกรธ และกลุ่มการให้ความรู้ในการเป็นพ่อ-แม่ และขาดระบบการประเมินความต้องการด้านกิจกรรมทางเลือก รวมถึงขาดความยืดหยุ่นในการจัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์และการติดต่อญาติ ส่วนข้อจำกัดด้านบุคลากร พบว่า จำนวนผู้บำบัดไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขาดการสื่อสารด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างทีมบำบัด บุคลากรบางคนยังไม่เข้าใจ และขาดทักษะการใช้หลักการชุมชนบำบัด ขาดความเข้าใจด้านการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ขาดทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และการใช้เครื่องมือบ้าน (Tools of House) รวมถึงขาดความตระหนักเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

2. พัฒนาแนวปฏิบัติโดยบูรณาการรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ ในผู้เสพติดยาบ้าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าทั้งเพศชายและเพศหญิง ในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด และญาติผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบ FAST Model ตามเกณฑ์กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 48 คน ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39.2+ 11.7 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอนุปริญญาหรือเทียบเท่าในจำนวนเท่าๆ กัน มีอาชีพรับจ้าง ผลการศึกษาพบว่า หากจะพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ควรมีการพัฒนาใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

2.1 ด้านการเตรียมความพร้อม ก่อนส่งผู้ป่วยจากระยะบำบัดด้วยยาเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ด้วยการปฐมนิเทศ ในเรื่องต่างๆ ที่สำคัญ เช่น แนะนำเจ้าหน้าที่ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัด บทบาทหน้าที่ และสิทธิประโยชน์ของสมาชิกใหม่ เป็นต้น และควรเพิ่มระบบการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

2.2 ด้านระยะเวลาในการบำบัดรักษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาน้อยกว่า 4 เดือน 2) บำบัดนาน 4 เดือน และ 3) บำบัดมากกว่า 4 เดือน

2.3 ด้านพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย บางหอผู้ป่วยการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ไม่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาเองไม่ได้รับการดูแลด้านการพิทักษ์สิทธิ

2.4 ด้านการบำบัดตามรูปแบบ FAST Model พบว่ามีประเด็นสำคัญที่ควรปรับปรุงคือ 1) เพิ่มบรรยากาศการเป็นครอบครัวภายในหอผู้ป่วย เพิ่มกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดมากขึ้น 2) ควรมีกิจกรรมที่หลากหลายให้ผู้ป่วยเลือกเรียนตามความสนใจ 3) เพิ่มกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้อาการป่วยเกิดการเรียนรู้จากต้นแบบ และ 4) มีการทบทวนความรู้ทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ เรื่องชุมชนบำบัดให้กับผู้ปฏิบัติงาน

2.5 ประเด็นการบริหารจัดการอื่นๆ พบข้อเสนอที่น่าสนใจ อาทิ 1) ตารางการดำเนินกิจกรรมในแต่ละวันควรมีความยืดหยุ่น 2) เพิ่มเวลาให้ญาติเยี่ยม และอำนวยความสะดวกในการติดต่อญาติ การฝากของเยี่ยม 3) ควรส่งเสริมผู้ป่วยด้วยการให้รางวัลในกรณีที่ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี และเป็นผู้ที่มีพัฒนาการที่ดี 4) ควรเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและแนวคิดทฤษฎีใหม่ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ และ 5) ควรเพิ่มการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดให้มีกิจกรรมประชุมเจ้าหน้าที่ (Staff Meeting) ในหอผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาที่ได้ทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำผลความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ ให้ชื่อว่า “การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า” (CHF Model) โดยการลดระยะเวลาการบำบัดลงเหลือ 3 เดือน และหลักการสำคัญ 3 ส่วน คือ Case Management, Holistic Rehabilitation และ Family Reward โดย

1. C = Case Management คือการจัดการรายกรณี เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแบบต่อเนื่อง โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

2. H = Holistic Rehabilitation เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแบบองค์รวม โดยผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ASI เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสพติด และปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน พร้อมทั้งใช้แบบประเมินไม้บรรทัดวัดใจ เพื่อวัดแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟูฯ หลังจากนั้นคัดแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ เพื่อวางแผนการบำบัดตามบริบทของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Individual Treatment Plan) และมีการประเมินแผนการดูแลเป็นรายสัปดาห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มกิจกรรมในส่วนที่ไม่มีในการบำบัดแบบ FAST Model เช่น กลุ่มสมาชิกใหม่ กลุ่มสมาชิกเก่า กิจกรรมเพื่อผู้คิด กลุ่มให้สุขศึกษา เช่น การจัดการกับความอยากยาเสพติด การจัดการกับตัวกระตุ้น กลุ่มฝึกอาชีพ ที่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเรียนด้วยตนเอง เช่น ตัดผมชาย นวดแผนไทย กลุ่มทักษะชีวิต เช่น การบริหารเวลา บริหารเงิน เป็นต้น โดยจัดกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด

3. F = Family Reward เป็นการบำบัดด้วยการให้สิ่งจูงใจ โดยรางวัลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งกระตุ้นญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูฯ ด้วยหลักการของ CM เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลพฤติกรรมที่จะให้ปรับเปลี่ยนตาม

ระยะเวลาที่กำหนด และกำหนดของรางวัลตามเป้าหมาย (เป็นของรางวัลที่ตกลงกันไว้ก่อนระหว่างผู้จัดการรายกรณีและผู้ป่วย) ซึ่งในงานวิจัยนี้เน้นการได้รับรางวัลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย และญาติใกล้ชิดกันมากขึ้น สานสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ เช่น การเพิ่มเวลาคุยโทรศัพท์กับญาติ เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมจากกิจกรรมด้านครอบครัวในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model

3. ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า กับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่

3.1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย กลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 28.3 ± 6.2 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 31.3 ± 6.4 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างเอกชน/ราชการเท่ากับอาชีพส่วนตัว เสพติดยาบ้ามากกว่ายาไอซ์ ด้วยวิธีการสูบ เสพติดมานาน 7 – 10 ปี เข้ามารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรก พักอาศัยอยู่กับบิดา – มารดา บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด คือ มารดาและพี่ – น้อง เป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท/เดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไป ไม่แตกต่างกัน

ญาติกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา 54.0 ± 8.2 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 48.2 ± 10.1 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด คือ มารดา มีความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่ผูกพันกันดี จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ญาติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

3.2.1 ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้า (CHF Model) จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และในกลุ่มศึกษา จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมใน 4 ด้าน คือ

- (1) ความเครียดในผู้ป่วยเสพติด
- (2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติด
- (3) อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์
- (4) อัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 และ 3 เดือน

ผลการทดลองตามสมมุติฐานข้อที่ 1

ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดใน 3 ด้าน คือ

ความเครียดในผู้ป่วยเสพติด หลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติด หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างจากหลังการทดลองแต่ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน - หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่แตกต่างกัน แต่ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และเมื่อติดตาม 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ กลุ่มศึกษาอยู่รับการบำบัดครบเกณฑ์ร้อยละ 100.0 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่รับการบำบัดครบเกณฑ์เพียงร้อยละ 83.3 และอัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำใน 1 และ 3 เดือน ตรวจสอบจากการผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด พบว่า กลุ่มศึกษาไม่ไปเสพติดซ้ำ (ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบ) ร้อยละ 83.3 ค่าเฉลี่ยคะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ไปเสพติดซ้ำเพียง ร้อยละ 58.3 เท่านั้น ทั้งสองช่วงเวลา

สรุปได้ว่ากลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมใน 4 ด้าน คือ ความเครียดในผู้ป่วยเสพติด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติด อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำ (ภายใน 1 และ 3 เดือน)

3.2.2 ญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และในกลุ่มศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมใน 3 ด้าน คือ

- (1) การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วยเสพติด
- (2) ทักษะคิดของครอบครัวต่อผู้ป่วยเสพติด
- (3) ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยเสพติด

ผลการทดลองตามสมมุติฐานข้อที่ 2

ด้านการทำหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด กล่าวคือ หลังการทดลอง ญาติกลุ่มศึกษามีการทำหน้าที่ครอบครัวดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของญาติกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านทัศนคติของญาติต่อตัวผู้ป่วย และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อน - หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน

ญาติกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วย และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติ ก่อน - หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน แตกต่างกัน แต่ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง ญาติกลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านดัชนีความสุขในชีวิตดีกว่าญาติกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 แต่การทำหน้าที่ครอบครัว และทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วย ในญาติกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่าญาติกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เมื่อติดตาม 1 เดือน พบว่า ญาติกลุ่มศึกษา มีการทำหน้าที่ของครอบครัว และดัชนีความสุขในชีวิตดีกว่าญาติกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เท่ากัน ส่วนทัศนคติของญาติต่อตัวผู้ป่วยในญาติกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่าญาติกลุ่มควบคุม แต่ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (ที่ใช้การบำบัดแบบ CHF Model) ญาติ และผู้ป่วยกลุ่มศึกษาถึงข้อดี ข้อจำกัดของ CHF Model พบว่า การบำบัดแบบ CHF Model มีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ส่งเสริมความภาคภูมิใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะเฉพาะตัวเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีจนญาติเห็นการเปลี่ยนแปลงจากการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ญาติจึงรู้สึกชื่นใจที่ได้ลูกหลานกลับคืนสู่อ้อมกอดครอบครัว และเมื่อติดตามหลังการรักษา 1 และ 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้

สรุปว่า การบำบัดตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) มีประสิทธิผลในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าดีกว่าการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในด้านการลดความเครียด เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มอัตราการบำบัดครบเกณฑ์ และลดอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำหลังติดตามการรักษา 1 และ 3 เดือน

ส่วนประสิทธิผลที่มีต่อญาติ คือ ญาติมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และมีดัชนีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีผลต่อทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยเสพติด ด้านความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ปฏิบัติยอมรับว่า เมื่อนำการบำบัดแบบ CHF Model มาใช้ส่งผลให้การทำงานในหอผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ รวมถึงมีผลลัพธ์การบำบัดที่ดีด้วย

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3 ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยยาบ้าด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า กับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ จากผลการวิจัย อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และในกลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมใน 4 ด้าน คือ ความเครียดในผู้ป่วยเสพติด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติด อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 และ 3 เดือน ผลการวิจัยมีดังนี้

ความเครียด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อน – หลังการทดลองภายในกลุ่มศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด เท่ากับ 7.4 ± 2.0 (ปกติ/ไม่เครียด) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด เท่ากับ 12.1 ± 4.1 (ปกติ/ไม่เครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 7.4 ± 2.0 (ปกติ/ไม่เครียด) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 12.2 ± 4.8 (ปกติ/ไม่เครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีการเรียนรู้ทักษะชีวิตด้านต่างๆ มากกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มศึกษาโดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณี (Case Management) ส่งผลให้พยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัด ร่วมกับมีระบบการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา สามารถปรับตัว และลดความเครียดลงได้

ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกันทั้งก่อน – หลังการทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา บุญญามณี และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความเครียด และรู้สึกอยากผ่อนคลาย เพราะระบบการบำบัดฟื้นฟูฯ มีกฎระเบียบมาก สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่า การบำบัดรูปแบบ

FAST Model ยังขาดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรับรู้เหตุผลในการทำกิจกรรมบำบัด ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยาก จนก่อให้เกิดความเครียดได้

คุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 85.4 ± 7.8 (ปานกลาง) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 107.4 ± 2.9 (ดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 107.4 ± 2.9 (ดี) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 97.3 ± 14.2 (ปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันทั้งก่อน - หลังการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลด้วยระบบจัดการรายกรณี (Case Management) เมื่อพยาบาลผู้จัดการรายกรณีพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษายังได้รับการจัดการบำบัดที่สอดแทรกแนวคิดของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ผสมผสานกับแนวคิดการปรับความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษารู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา สันเสรี, สรินญา ปุติ, รอดิทย๊ะ เจ๊ะไซ๊ะ และมัทธูรา ฮะ (2554) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพติดรุนแรง (Hard Core) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 4 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried and Walter (2010) ที่ศึกษาถึงกิจกรรมจิตสังคมประเภทต่างๆ ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีอาการทางจิตรุนแรงและติดสารเสพติดเปรียบเทียบกับการรักษาตามมาตรฐาน ด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและใช้สารเสพติดที่ได้รับ การบำบัดด้วยกิจกรรมทางจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีที่สุด คือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ลดปริมาณการใช้ยาเสพติด มีการทำหน้าที่ในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิต ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างจากหลังการทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 5.8 ± 3.9 และ 11.8 ± 9.1 (ปกติ) ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มศึกษามีแนวโน้มเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในส่วนของคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 103.0 ± 8.6 (ดี) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย

คะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 100.8 ± 17.8 (ดี) ซึ่งกลุ่มศึกษามีแนวโน้มคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านของตนเองครอบครัวให้การต้อนรับ ร่วมกับผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสมาชิกในครอบครัวได้ และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลง แต่กลุ่มศึกษากลับไปเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มศึกษาเสพติดซ้ำ 2 คน กลุ่มควบคุมเสพติดซ้ำ 5 คน) จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มากพอจนเกิดความแตกต่างทางสถิติ

อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์และอัตราไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มศึกษาอยู่รับการบำบัดครบตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 100.0 และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มศึกษามีผลปัสสาวะเป็นลบ (Negative) คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีผลปัสสาวะเป็นลบร้อยละ 58.3 ทั้งสองช่วงเวลา เนื่องจากการบำบัดแบบ CHF Model เป็นการบำบัดที่มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ มีการกำหนดระยะเวลาการบำบัดที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ร่วมกับการสะท้อนผลการบำบัดให้ผู้ป่วยรับทราบทุกสัปดาห์ มีการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น ใน 1 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้เรียนรู้เรื่องอาการอยากยาเสพติด เดือนที่ 2 มีการเสริมทักษะชีวิตเรื่อง ตัวกระตุ้น และการจัดการกับตัวกระตุ้น เดือนที่ 3 เรียนรู้เรื่องการบริหารเงิน การบริหารเวลา และการใช้ชีวิตอย่างสมดุล เป็นต้น

รวมถึงมีการใช้เทคนิคการบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีแรงจูงใจในการอยู่รับการบำบัดจนครบกำหนด และเมื่อติดตามหลังรักษา 1 และ 3 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่กลับไปเสพติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล ลักษณะภิกขินชัช และคณะ (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดในรูปแบบ FAST Model จะมีอัตราการบำบัดครบเกณฑ์ เพียงร้อยละ 14.1 เนื่องจากต้องใช้เวลาการบำบัดนานถึง 4 เดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vanderplasschen, et al. (2013) ที่พบว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดจะมีอัตราการอยู่บำบัดครบกำหนดต่ำมากเมื่อใช้ระยะเวลาในการบำบัดยาวนาน ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดที่เข้มข้น ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรูปแบบนี้สามารถลดปริมาณการใช้ยาเสพติดได้ มีพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น และหยุดใช้ยาเสพติดได้หลังการบำบัด แต่จะกลับไปเสพติดซ้ำหลังการจำหน่าย (เฉลี่ย) 23.5 เดือน เมื่อติดตามหลังการบำบัดเป็นเวลา 12 และ 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 25.0 – 50.0 จึงสรุปได้ว่าการเสพติดซ้ำเป็นปัจจัยบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ที่ติดยาเสพติดแบบรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษา Smith, Gates, and Foxcroft (2008) ที่พบว่า การติดตามหลังรักษา มีความสำคัญมาก หากติดตามหลังรักษาด้วยการประเมินการใช้สารเสพติด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และช่วยแก้ปัญหาเป็นระยะๆ ให้กับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำน้อยลง สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของอังกูร ภัทรกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมรรถใจมีโอกาสเลิกใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด 1.6 เท่า โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบสมรรถใจจะมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีแรงจูงใจมากกว่าผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรณ ศิริยงค์ (2545) วิมล ลักษณะภิกชนชัช และคณะ (2546) ราตรี หุ่นดี และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดเมื่อผ่านการบำบัดตามรูปแบบ FAST Model เลิกใช้ยาเสพติดได้ และไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ร้อยละ 86.1 และ 63.0 เมื่อติดตามครบ 1 ปี

สรุปได้ว่า ผลการทดลองเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า (CHF Model) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และในกลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมใน 4 ด้าน คือ ภาวะเครียดในผู้ป่วยเสพยาบ้า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพยาบ้า อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์และอัตราไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 และ 3 เดือน

2. ญาติผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า (CHF Model) จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และในกลุ่มศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วยเสพยาบ้าทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยเสพยาบ้า และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยเสพยาบ้า

จากผลการวิจัย ในกลุ่มศึกษาเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวก่อน - หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวเท่ากับ 121.5 ± 9.2 (ดี) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวเท่ากับ 106.5 ± 12.7 (ดี) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวเท่ากับ 121.5 ± 9.2 (ดี) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 114.9 ± 33.5 (ดี) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวก่อน - หลังการทดลอง และติดตามหลังรักษา 1เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างญาติกับผู้ป่วย เช่น มีกิจกรรมวันพบญาติ มีโอกาสในการพูดคุยกับผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากใน CHF Model มีการนำเทคนิคการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยให้รางวัลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ คือ การเพิ่มจำนวนครั้งในการสื่อสารทางโทรศัพท์ การรับประทานอาหารร่วมกัน การกลับไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่

ส่งเสริมความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยที่ดีขึ้น ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มศึกษาที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่สูงกว่าไม่มากจึงไม่ส่งผลทางสถิติ ในระยะหลังการทดลองทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ (2547) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมในผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบ FAST Model อยู่ในระดับดี ส่วนครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ และสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวดีจะมีการเผชิญความเครียดที่ต่อน้อยกว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเนา นิลบรรพ์, สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2546) ที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ โดยรวมก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อติดตามหลังรักษา 1 เดือนกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวเท่ากับ 122.9 ± 11.5 (ดี) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 106.9 ± 14.0 (ดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน พ่อ – แม่ ญาติพี่น้องเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยผ่านการบำบัดแบบครบตามเกณฑ์จะมีความคิด – พฤติกรรมที่ดีขึ้น ร่วมกับญาติเห็นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย – จิตใจ และผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่กลับไปเสพติดซ้ำถึงร้อยละ 83.3 จึงส่งผลให้ญาติกล้าแสดงความรัก ความห่วงใย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สนั่นชาติวาณิช (2553) ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมที่มีการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวจะส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ต่อกันได้ดีขึ้น ใน 3 ด้าน คือ การช่วยกันแก้ปัญหา การรับผิดชอบต่อหน้าที่ และการสื่อสารที่ดีขึ้น

ด้านทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยเสพติด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ภายในกลุ่มศึกษา – กลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่ม พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อน – หลังการทดลอง และเมื่อติดตามการรักษา 1 เดือนโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.4 – 3.6 (ระดับดี) รวมทั้งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เพิ่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เป็นครั้งแรก เนื่องด้วยความเป็นพ่อ – แม่ ย่อมให้อภัยและให้โอกาสลูกเสมอ ดังนั้นทัศนคติของครอบครัว จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิกา พฤษภาทนาชาติ (2548) ที่พบว่า ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.4 (ระดับดี) และเมื่อแยกเป็นรายด้านผลการศึกษายังพบว่า ญาติมีทัศนคติด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.5, 3.3 และ 3.4 (ระดับดี) ตามลำดับ

ด้านดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยเสพติด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ภายในกลุ่มศึกษา – กลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองญาติมีค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้

ผู้ป่วยเสพติดอยู่รับการบำบัดภายในสถานบำบัด เพื่อตนเองจะได้คลายความวิตกกังวลว่า ลูกหลานจะไม่หนีไปเสพยา หรือหนีออกจากบ้าน หรือไปลักขโมย ฯลฯ ญาติจึงรู้สึกสบายใจส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีความสุขในชีวิตของญาติทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีความสุขในชีวิตระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีความสุขในชีวิตของญาติกลุ่มศึกษา สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลองทันที และเมื่อติดตามรักษา 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เนื่องจากหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาอยู่รับการบำบัดครบตามเกณฑ์มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และเมื่อผู้ป่วยกลุ่มศึกษากลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีวินัยในตนเอง มีความรับผิดชอบ ช่วยเหลืองานบ้าน และรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มศึกษากลับไปเสพติดซ้ำเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 เท่านั้น จึงส่งผลให้ญาติกลุ่มศึกษามีค่าดัชนีความสุขในชีวิตสูงกว่าญาติกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับแนวคิดของ Perfas (2013) ที่กล่าวว่า ความสุขที่ยิ่งใหญ่ของครอบครัว คือ การได้เห็นลูกหลานที่ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด รับผิดชอบชีวิตตนเองได้

สรุปได้ว่า ผลการทดลองเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ในส่วนของญาติผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดในด้านการทำหน้าที่ครอบครัว ส่วนญาติกลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบใน 2 ด้าน คือ การทำหน้าที่ครอบครัว และดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยเสพติด

สรุปผลตามวัตถุประสงค์ทั่วไป การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการใน 3 ระยะ โดยผลการศึกษาระยะที่ 1 ได้ข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ผู้วิจัยนำข้อสรุปจากระยะที่ 1 ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ในระยะที่ 2 ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หลังจากนั้น CHF Model ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในระยะที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัด โดยศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติด และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดด้วย CHF Model มีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น ในส่วนของญาติผู้ป่วยเสพติดมีการทำหน้าที่ครอบครัวและมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น ในส่วนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องพบว่า มีความพึงพอใจต่อการบำบัดรูปแบบนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้บำบัดสามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจาก สรร. มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในองค์กร อันเป็นผลมาจากนโยบายของภาครัฐในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จึงส่งผลกระทบต่อให้เกิดความล่าช้าในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และการบริหารจัดการผู้ป่วยในระยะทดลอง หากผู้สนใจจะดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในลักษณะเช่นนี้ ควรมีความมั่นใจและมีการวางแผนจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่สามารถส่งผลต่อการดำเนินการวิจัย การจัดการเวลา และการบูรณาการประสานงานภายในทีมวิจัย

2. การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับขนาดของตัวอย่าง (กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน) ในการวิจัยระยะที่ 3 (การวิจัยกึ่งทดลอง) ซึ่งถือว่าสามารถรับได้ในการศึกษานำร่อง หากผู้สนใจต้องการทำการวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาในการอ้างอิง และพัฒนารูปแบบที่ชัดเจนได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. **ด้านบริหาร** ผู้บริหารที่จะนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าไปใช้ในหอผู้ป่วยเสพติดยาบ้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปทดลองใช้นำร่องหนึ่งหอผู้ป่วย โดยประชาสัมพันธ์สื่อสารให้ทีมผู้บำบัดรับทราบ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพฝึกอบรมหรือเรียนรู้ทักษะที่จำเป็น เช่น การจัดการรายกรณี การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ และทักษะที่สำคัญ เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม และการเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งเรียนรู้แนวปฏิบัติตามการบำบัดแบบ CHF Model เพื่อทีมผู้บำบัดจะได้เข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าได้

2. ด้านบริการ

2.1 ควรเผยแพร่รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้า โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Ex-Addict Staff) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้า เพราะบุคคลกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในการสังเกตพฤติกรรม และสามารถส่งต่อข้อมูลด้านลึกของผู้ป่วยเสติดให้กับทีมนักบำบัดได้

2.2 ผู้ปฏิบัติควรนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าไปใช้เพื่อสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเสติดทั้งในสถานบำบัด สถาบันครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model) ในระยะเวลาติดตามที่นานขึ้น เช่น ติดตามผู้ผ่านการบำบัด 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงทนในการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยเสพติดได้รับจาก CHF Model
2. ผู้สนใจสามารถนำรูปแบบการวิจัยและข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ แต่ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และสามารถอ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้
3. ผู้สนใจที่จะพัฒนางานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด ควรเพิ่มการศึกษาด้วยการนำครอบครัวและชุมชนเข้ามาเป็นฐานในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยอาจเปลี่ยนฐานการบำบัดจากสถานบำบัดเข้าไปบำบัดที่บ้าน หรือชุมชน เพื่อความสอดคล้องตามบริบทด้านวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรมประจำถิ่น รวมถึงเกิดความยั่งยืนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดด้วยคนในครอบครัวหรือในชุมชนเอง
4. ผู้สนใจที่จะศึกษาวิจัยด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หากจะดำเนินการวิจัยในรูปแบบนี้ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ผู้วิจัยควรมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย เช่น กิจกรรมละลายพฤติกรรม เป็นต้น รวมทั้งควรจัดในสถานที่ที่ไม่ใช่ที่ทำงาน เพื่อสร้างบรรยากาศให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ กล้าแสดงความคิดเห็น และให้ข้อมูลที่เป็นจริง

รายการอ้างอิง

หนังสือและบทความในหนังสือ

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *การให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์*. (เอกสารอัดสำเนา). มปท.
- กมล สุดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน*. สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.
- กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, อดาว์ลีย์ สกุนา, สุนทรี ศรีโกไสย และมธุรีน คำวงศ์ปิ่น. (2545). *รายงานวิจัย เรื่องการพัฒนาเครื่องชี้วัดความรุนแรงของการติดยา (Development of Addiction Severity Index)*. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัณฑ์วีร์ วัฒนาพาณิชย์. (2558). *การวิจัยคุณภาพสำหรับนักศึกษาแพทย์ หลักการเบื้องต้นและการประยุกต์ใช้*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เครือข่ายกฎหมายด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งแคนาดา. (2552). *เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย ผลกระทบต่อนโยบายด้านยาเสพติดแห่งชาติ*. (เอกสารอัดสำเนาเผยแพร่). มปท.
- จินตนา เอกอุ่นลาภ, ธงชัย เอกอุ่นลาภ. (2535). *การรักษาแบบชุมชนบำบัดธัญญารักษ์*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. (2558). *นโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหา สุรา บุหรี่ ยาเสพติด: แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, เวทิน ศันสนิเวทย์. (2540). *ยี่มู่เรียนรู้ยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). *กระบวนการเสริมสร้าง ชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชา ลังคม*. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- ธีรเดช ฉายอรุณ. (2555). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ*. สภาวิจัยแห่งชาติ. เอกสารอัดสำเนา.
- นิภา ณีสกุล. (2548). *ครอบครัวกับการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. ในวิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรกร, ลำซำ ลักขณาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ). *ตำราการเวชศาสตร์การเสพติด*. (น. 547- 565). กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นัยนา บุญทวีวัฒน์. (2539). *สถิติและการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. ขอนแก่น: พระธรรมชั้น.

- ประเวศ วะสี และไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม. (2537). *กระบวนทรรศน์ใหม่ในการพัฒนา (New Development Paradigm) แนวทางใหม่แห่งความร่วมมือในการพัฒนา*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). " ทบทวนองค์ความรู้ในการบังคับบาบัตของกฎหมายในต่างประเทศ เพื่อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการบังคับบาบัตในประเทศไทย" ใน*การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ถูกบังคับบาบัต ภายใต้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545*. กรุงเทพมหานคร : บกจ. ธนภัทร (2006) *พริ้นต์*.
- พิชณู ฟองศรี. (2550). *เทคนิควิธีประเมินโครงการ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพร็อบ บอร์ดี้พริ้นท์ จำกัด.
- . (2549). *วิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เทียมฝ่าการพิมพ์.
- เพชร สวงแสง. (2536). *การประเมินผลโครงการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว.
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2549). *การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรณู สุขารมณ, ทองใหญ่ อัยยะวรากุล, ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และนันทพรราชญ์ นันทวิวัฒน์กุล. (2558). *อุปทาน อุปสงค์ของยาเสพติดในประเทศไทย และข้อเสนอแนะทางนโยบาย รายงานวิจัย*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนวิจัย.
- รัชนา ศานติยานนท์. (2543). *รูปแบบใหม่ของการบริหารจัดการที่ดีในมหาวิทยาลัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เอพี กราฟฟิค.
- ราตรี หุ่นดี, เพลินตา เทียงตรง, ผุสดี ชูชีพ, ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, กระแส ปัจฉิมสิริ และรุจิรา อาภาบุษยพันธุ์. (2549). *การประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับ สถาบันธัญญารักษ์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- รัตติยา สันเสรี, สรินญา ปุติ, รอดิหะ เจ๊ะไซ๊ะ และมัชตุรา ฮะ. (2554). *การดูแลผู้ป่วยเสติดกรณี เสติดหนัก (Hard Core) โดยการจัดการรายกรณีในระยะติดตามผลการบำบัดรักษาที่ สอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสติดปัตตานี. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันเพ็ญ ใจปทุม, สุภาภรณ์ สายแสงทอง และศศลักษณ์ กล้าโพธิ์. (2544). *การรับรู้และการช่วยเหลือ ของพ่อแม่ที่มีบุตรชายวัยรุ่นเสติดยาบ้า*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์.
- วิมล ลักขณาภิชนัชช, เพลินตา เทียงตรง, ปราณี ภาณุภาส และประกายรัตน์ ช่วยเจริญ. (2546). *การศึกษาประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของ สถาบันธัญญารักษ์*. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์.

- วิโรจน์ วีรชัย. (2548). “เส้นทางสู่การติดยา และหนทางสู่การเลิกยาเสพติด.” ในวิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำซำ ลักขณาภินชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และนิภา นิสกุล (บรรณาธิการ). *ตำราการเวชศาสตร์การเสพติด*. (น. 132- 145). กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2545). *จิตวิทยาครอบครัว การให้การปรึกษา และครอบครัวบำบัดเบื้องต้น*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศูนย์วิจัยและพัฒนาวิชาการด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). *การเขียนโครงสร้างการวิจัย สำหรับบุคลากรกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. เอกสารประกอบการฝึกอบรม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2557). *สถิติผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ ปีงบประมาณ 2556*. ปทุมธานี.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2546). *การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2552). *รายงานการวิจัย: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2544). *เทคนิคการประเมินโครงการ*. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมภพ เรื่องตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติไกร แก้วผณีกรังสี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และเสียรชัย งานทิพย์วัฒนา.บรรณาธิการ. (2533). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2544). *ความรู้พื้นฐานสำหรับการประเมินโครงการทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). *Overview Treatment of Addiction*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2547). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพักตร์ พิบูลย์. (2544). *กลยุทธ์การวิจัยเพื่อพัฒนางานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์กร*. นนทบุรี: จตุพรดีไซน์.
- สุวิมล ตีรกานนท์. (2549). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวิมล ว่องวานิช. (2548). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมดาเพรส.
- เสาดาทหรือ โสดาติส, ธนุรัตน์ พุทธชาติ, กาญจนา รัตนพันธุ์ และนุรมา ยีดาหมะ. (2552). *การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเฮโรอีน ยาบ้า และกัญชา*. สงขลา: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา.
- สำนักงาน ปปส. (2554). *สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ปปส.
- สำเนา นิลบรรพ์ และสุกมา แสงเดือนฉาย. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด*. ปทุมธานี: สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์.
- อุทุมพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้ง.
- Blue, Anthony Dias. (2004). *The Complete Book of Spirits: A Guide to Their History, Production, and Enjoyment*. New York: Harper Collins Publishers, p.324.
- Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G. (2010). *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)*. The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library.
- Elaine Cohen and Toni Cesta. (2004). *Nursing Case Management from Essentials to Advance Practice Applications*. New York: MOSBY Publishing.
- Fernando B. Perfas. (2013). *Overview of the Therapeutic Community*. Handout for Trainee at DAYTOPS International, New York. USA.
- Fernando B. Perfas. (2013). *Deconstructing The Therapeutic Community A practice guide for addiction professionals*. New York: Hexagram Publishing.
- Fernando B. Perfas. (2014). *A PRACTICE GUIDE THERAPUETIC COMMUNITY Past. Present. And moving forward to get over addiction to drugs*. New York: Hexagram Publishing.
- Kendler, K.S. (2012). *Genetic and familial environmental influences on the risks for drug abuse*. Archive of General Psychiatry.
- Kerlinger, Fred. N. (1986). *Foundations of Behavioral Research*. 3rd ed. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Michael and Lean. And L. godbo is. (2001). *Outcome Management Report 2001*. The matrix Institute.

- National of Health. (2009). *National Institute on Drug Abuse Principles of Drug Addiction treatment : A research – based guide*. Second edition. U.S. Department of Health and Human Services.
- Rawson. AR. (1999). *Treatment for Stimulant Use Disorder*. The CDM. Group Inc.
- The Colombo Plan. (2012). *Case Management for Addiction Professional*. New York. USA.
- The Colombo Plan. (2012). *Treatment for Substance Use Disorders – The Continuum of Care for Addiction Professionals*. New York. USA.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2011). *World Drug Report 2011*, Austria, 8.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). *World Drug Report 2014*, Austria.
- World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol 2014*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva.

บทความวารสาร

- นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2544). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. 27 (2). 61 – 72. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปกรณ์ ศิริรงค์. (2545). การเปรียบเทียบและการประเมินการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนบำบัด และการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่. *วารสารกรมการแพทย์*, 27(8), 370 – 84.
- ผลกระทบของปัญหาเสพยาเสพติด. (2553). *วารสารศรีวิชัย ซอย* 9. 2(22), 9 – 13.
- อังกูร ภัทรากกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพยาเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 71 – 81.

- Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analysis review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011, 79, 433 – 440.
- Marion Malivert, Melina Fatseas, Ceclle Denis, Emmanuel Langlois and Marc Auriacombe. (2012). Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *European Addiction Research* 2012, 18, 1-11.
- Michael Prendergast, Deborah Pobus, John Finney, Lisa Greenwell and John Roll. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53 – 72.
- Michael Prendergast, Deborah Podus, Jonh Finney, Lisa Greenwell and John Roll. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Journal compilation 2006 Society for the study of Addiction*, 101, 1546 - 60.
- Nanta Chaipichitpan and Kanvee Viwatpamich. (2015). Stakeholder's Narrative Experiences In Methamphetamine Rehabilitation: A Case Study of the FAST Model. *Journal of Public Health and Development*. 13 (3), 35 – 49.
- Scott A. Baldwin, Sarah Christian and Arjan Berkeljon. (2012). *The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance abuse: A Meta-analysis*. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38, 281-304.
- Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Sterio A, Leiknes KA, Dahl HM and Karlsen K.. (2011) *Review : Motivational interviewing reduces Substance use compared with no treatment in substance dependence individuals*. Engle B. *Evid Based Ment Health* 2011, 14, 116.
- Smith LA, Gates S, Foxcroft D. (2008). *Therapeutic Communities for substance related disorder (Review)*. The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library.

LaTrice Montgomery, Ann Kathleen Burlew, Andrzej S. Kosinski, and Alyssa A. Forcehimes (2011). *Motivational Enhancement Therapy for African American Substance Users: A Randomized Clinical Trial*. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2011, 17, 357- 65.

Woulter Vanderplasschen. Kathy Colpaert, Mieke Autrique, Richard Charles Papp, Steve Pearce, Eric Broekaert and Stijn Vandeveld. (2013). *Therapeutic Communities for Addictions: A Review of their Effectiveness from Recovery-Oriented Perspective*. *The Scientific World Journal* 2013.

วิทยานิพนธ์

ชนิกา พฤกษาพนาชาติ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวของญาติผู้ป่วยติดยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาจิตวิทยาชุมชน.

นิภาวัล บุญทัพบถม. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติและทักษะการป้องกันการติดยาของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

วีไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล. (2549). *สุขภาพจิตและความพึงพอใจที่มีต่อการบริการของผู้ป่วยเสพติด ระบบบังคับบำบัดที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ในสถาบันธัญญารักษ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาจิตวิทยาชุมชน.

ศิลาห์ เจริญมณี. (2547). *ประสิทธิผลการบำบัดผู้ติดยาเสพติด : ศึกษาเฉพาะกรณี FAST Model ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกริก, คณะศิลปศาสตร์, สาขาวิชาการบริหารองค์กร.

สยาม มุสิกไชย. (2550). *การรับรู้ของครอบครัวต่อความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะแพทยศาสตร์.

อุทัยวรรณ ศรีสำราญ. (2547). พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิก ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสาย ใหม่ (FAST Model) ณ สถาบัน ัญญารักษ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมศาสตร์, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

Phukao, Darunee. (2006). *Development and Evaluation of a Culturally Appropriate Treatment Program for People with Alcohol Use Disorders in Thailand*. (Doctoral Dissertation). University of Queensland, Faculty of Medicine, Psychiatric Department.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

บุปผา บุญญามณี และคณะ. (2550). การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทาง สายใหม่ (FAST Model) ของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2555, จาก <http://www.sdtdc.go.th/upload/forum/fast.pdf>

ประเวศ วะสี และไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. (2537). เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบการมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2556, จาก <http://www.rta.mi.th>

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ที่ประกาศ ณ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2545 สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ld=538794651&Ntpe=19>

KnowNone An unknown who knows nothing. (2551). นิสัยคนไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2558, จาก <http://www.lanpana.com/knownone/2008/10/18/นิสัยคนไทย>

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1995). *Motivational interviewing: What is MI?*. Behavior and cognitive psychotherapy. Retrieved August 28, 2011, from <http://www.Motivationalinterview.org2clinical/whatismi.html>

Nancy M Petry. (2002). *Contingency Management in Addiction Treatment*. Psychiatric Times. February 01; 2002. Retrieved April 14, 2014, from <http://www.psychirtimes.com/articles/contingency-management-addiction-treatment>.

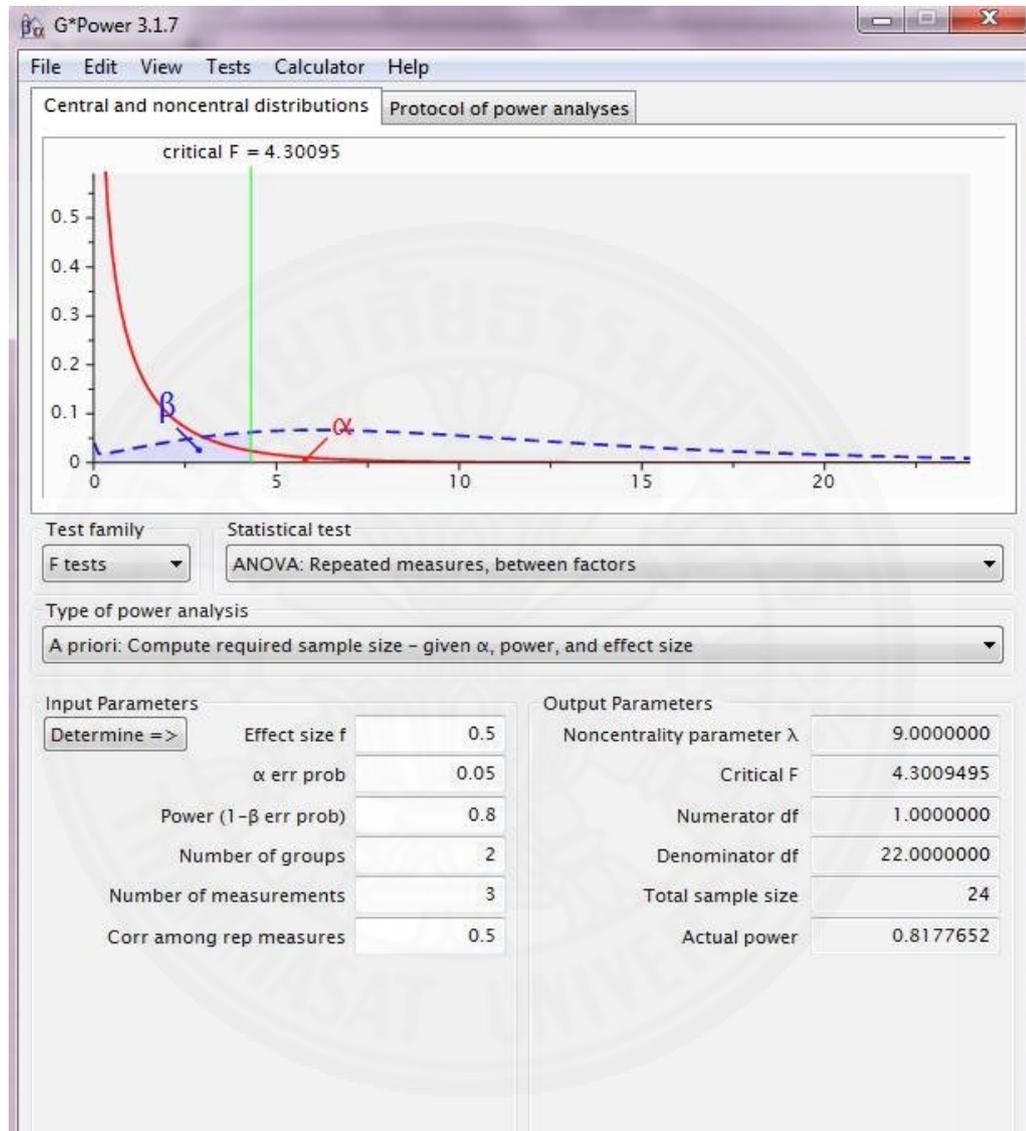
Salla Munro, Simon Lewin, Tanya Swart and Jimmy Volmink. (2007). *BMC Public Health*. Retrieved June 20, 2011, from <http://www.biomedcentral.com/147.2458/7/104>



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* Power



ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลของแพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์

2. แบบเก็บข้อมูลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต

3. แบบเก็บข้อมูลของญาติ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติของญาติต่อตัวผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า:

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ชุดที่ 1. แบบเก็บข้อมูลของแพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เพียงช่องเดียวที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

- | | | | |
|---------------------------|--|--|--------------------------|
| | | | สำหรับผู้วิจัย |
| 1. กลุ่มอาสาสมัครการวิจัย | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาล | | |
| | <input type="checkbox"/> ทีมผู้ปฏิบัติ (หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ | | |
| | <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า | | |
| | <input type="checkbox"/> ญาติผู้ป่วยเสติด | | |
| 2. เพศ | <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง | <input type="checkbox"/> |
| 3. อายุ.....ปี.....เดือน | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. สถานภาพสมรส | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> คู่ | |
| | <input type="checkbox"/> หย่าร้าง | <input type="checkbox"/> หม้าย | |
| 5. ระดับการศึกษา | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | |
| | <input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | |
| | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | | |
| 6. อาชีพ | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ | <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว | |
| | <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> ว่างงาน | |

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์

คำถามนำ กระตุ้นอารมณ์ และสร้างบรรยากาศของการสนทนา

1. ในมุมมองของท่าน ท่านมีความรู้สึกและความคิดเห็นต่อการบำบัดรูปแบบ FAST Model อย่างไร

คำถามหลักในการเจาะลึกประเด็น ปัญหาของระบบ FAST Model

2. จากการบำบัดด้วยรูปแบบ FAST Model อะไรคือ **จุดเด่น** ที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย
3. จากการบำบัดด้วยรูปแบบ FAST Model อะไรคือ **ข้อจำกัด** ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยล้มเหลว
 - 3.2 ที่ผ่านมาปัญหาของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด คืออะไร
 - 3.3 ที่ผ่านมาปัญหาของการนำกิจกรรมเข้ามาช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต คืออะไร
 - 3.3 ที่ผ่านมาปัญหาของกระบวนการ Self Help คืออะไร
 - 3.4 ที่ผ่านมาปัญหาของกระบวนการ Therapeutic Community คืออะไร
 - 3.4.1 ปัญหาในการดำเนินกระบวนการ Group Therapy คืออะไร
 - 3.4.2 ปัญหาในการดำเนินกระบวนการ Work Therapy คืออะไร
 - 3.4.3 ปัญหาในการดำเนินกระบวนการ Re-shape Behavior คืออะไร

คำถามหลักเพื่อเจาะลึกประเด็น แนวทางที่คาดหวังในอนาคต

1. ถ้าจะพัฒนา FAST Model ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรพัฒนาปรับปรุงในประเด็นใดบ้าง
2. ในความคิดของท่าน ท่านคือว่ามีสิ่งใดอีกหรือไม่ที่ควรนำเข้ามาเพิ่มเติมให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเสพติด

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบประเมิน และแบบวัด จำนวน 3 ส่วน ตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เพียงช่องเดียวที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

| | | |
|---|---|---|
| | | สำหรับผู้วิจัย |
| 1. เพศ | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ชาย | |
| | <input type="checkbox"/> หญิง | |
| 2. อายุ.....ปี | | <input type="checkbox"/> |
| 3. สถานภาพสมรส | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> โสด | |
| | <input type="checkbox"/> คู่ | |
| | <input type="checkbox"/> หย่า/แยก | |
| | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 4. การศึกษา | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน | |
| | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | |
| | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | |
| | <input type="checkbox"/> ปวช. | |
| | <input type="checkbox"/> ปวส./อนุปริญญา | |
| | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | |
| | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. อาชีพของท่าน | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ค้าขาย | |
| | <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป | |
| | <input type="checkbox"/> รับราชการ | |
| | <input type="checkbox"/> แม่บ้าน | |
| | <input type="checkbox"/> เกษตรกร | |
| | <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ | |
| | <input type="checkbox"/> อาชีพส่วนตัว | |
| | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/ โรงงาน | |
| | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 6. ท่านติดยาเสพติดชนิดใด..... | วิธีการเสพติด..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. ระยะเวลาที่ท่านใช้ยาเสพติดนาน.....ปี | | <input type="checkbox"/> |

สำหรับผู้วิจัย

8. ท่านเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่.....
9. ท่านอาศัยอยู่กับใคร
- | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> บิดา มารดา | <input type="checkbox"/> สามี ภรรยา | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> บุตร-ธิดา | <input type="checkbox"/> พี่น้อง | |
| <input type="checkbox"/> เพื่อน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |
10. บุคคลที่ท่านไว้วางใจสามารถพูดคุยหรือขอรับคำปรึกษาได้ในครอบครัว (เรียงตามลำดับ 3 ลำดับ)
- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> พ่อ | <input type="checkbox"/> แม่ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> พี่น้อง | |
| <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> เครือญาติ | |
| <input type="checkbox"/> ผู้อาวุโสในครอบครัว (ระบุ)..... | | |
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | | |
11. รูปแบบของครอบครัว
- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก) | |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย (มีพ่อแม่ลูก อยู่ร่วมกับปู่ย่าตายาย) | |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวรูปแบบอื่นๆ (ระบุหมายเลข) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1. แม่หรือพ่อคนเดียวเลี้ยงลูก | |
| <input type="checkbox"/> 2. ครอบครัวที่ผู้ป่วยมาอยู่กับผู้อุปการะ | |
| <input type="checkbox"/> 3. ครอบครัวที่เป็นพี่น้องกัน | |
| <input type="checkbox"/> 4. ครอบครัวที่เป็นเพื่อน | |
| <input type="checkbox"/> 5. ครอบครัวที่เป็นสามีภรรยากันแต่ไม่มีบุตร | |
| <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ)..... | |
12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
13. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว.....บาท
- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว | |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด

คำชี้แจง ในเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านมีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงที่สุด

| อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก | ระดับอาการ | | | |
|--|------------|---------------|-----------|-----------|
| | ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อยๆ | เป็นประจำ |
| 1. นอนไม่หลับหรือคิดมากหรือกังวลใจ | | | | |
| 2. รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ | | | | |
| 3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด | | | | |
| 4. มีความวุ่นวายใจ | | | | |
| 5. ไม่อยากพบปะผู้คน | | | | |
| 6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดขมับทั้งสองข้าง | | | | |
| 7. รู้สึกไม่มีความสุขหรือเศร้าหมอง | | | | |
| 8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต | | | | |
| 9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า | | | | |
| 10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา | | | | |
| 11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ | | | | |
| 12. รู้สึกเปลี่ยวไม่มีแรงจะทำอะไร | | | | |
| 13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากจะทำอะไร | | | | |
| 14. มีอาการหัวใจเต้นแรง | | | | |
| 15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ | | | | |
| 16. รู้สึกกลัวผิดพลาด | | | | |
| 17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่ | | | | |
| 18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย | | | | |
| 19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ | | | | |
| 20. ความสุขทางเพศลดลง หรือเบื่อหน่ายในการดูแลตนเองให้เป็นที่สนใจ | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF -THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่น้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลาง ๆ
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|---|--------|----------|---------|-----|-----------|
| 1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้เพียงใด | | | | | |
| 2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดท้อง ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด | | | | | |
| 3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) | | | | | |
| 4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด | | | | | |
| 5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด | | | | | |
| 7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน | | | | | |
| 8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม | | | | | |
| 9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน | | | | | |
| 10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปในแต่ละวัน | | | | | |

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | ไม่เคย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|---|--------|----------|---------|-----|-----------|
| 11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน | | | | | |
| 12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน | | | | | |
| 14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น | | | | | |
| 15. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน | | | | | |
| 16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด | | | | | |
| 19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด | | | | | |
| 23. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน | | | | | |
| 24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด | | | | | |

ชุดที่ 3 แบบเก็บข้อมูลของญาติ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามครอบครัว และแบบประเมิน และแบบวัดจำนวน 4 ส่วน ตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เพียงช่องเดียวที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

| | | |
|--|--|--------------------------|
| | | สำหรับผู้วิจัย |
| 1. เพศ | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ชาย | |
| | <input type="checkbox"/> หญิง | |
| 2. อายุ.....ปี | | <input type="checkbox"/> |
| 3. การศึกษา | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน | |
| | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | |
| | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | |
| | <input type="checkbox"/> ปวช. | |
| | <input type="checkbox"/> ปวส./อนุปริญญา | |
| | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | |
| | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 4. อาชีพของท่าน | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ค้าขาย | |
| | <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป | |
| | <input type="checkbox"/> รับราชการ | |
| | <input type="checkbox"/> แม่บ้าน | |
| | <input type="checkbox"/> เกษตรกร | |
| | <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ | |
| | <input type="checkbox"/> อาชีพส่วนตัว | |
| | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/ โรงงาน | |
| | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว.....บาท | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> เหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ไม่เหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย | <input type="checkbox"/> |

สำหรับผู้วิจัย

6. บุคคลที่ท่านคิดว่าผู้ป่วยไว้วางใจ สามารถพูดคุยหรือขอรับคำปรึกษาได้ในครอบครัว
(เรียงตามลำดับ 3 ลำดับแรก)

□□□

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พ่อ | <input type="checkbox"/> แม่ |
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> พี่น้อง |
| <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> เครือญาติ |
| <input type="checkbox"/> ผู้อาวุโสในครอบครัว (ระบุ) | |
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | |

7. ความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน

□

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รักใคร่ ผูกพัน | <input type="checkbox"/> ทะเลาะเป็นครั้งคราวแต่ยังรักใคร่กันดี |
| <input type="checkbox"/> ทะเลาะกันบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ต่างคนต่างอยู่ไม่สนใจกัน |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของครอบครัวของท่านมากที่สุด

| | | |
|--------------|---------|---|
| ไม่ตรงเลย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของครอบครัวท่านเลย |
| ตรงเล็กน้อย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านเล็กน้อย |
| ตรงปานกลาง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านปานกลาง |
| ตรงมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านมากที่สุด |

| การทำหน้าที่ครอบครัว | ไม่ตรง | ตรงเล็กน้อย | ตรงปานกลาง | ตรงมากที่สุด |
|---|--------|-------------|------------|--------------|
| 1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านได้ | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว | | | | |
| 3. คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ | | | | |
| 4. เมื่อมีปัญหาเรามักปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร | | | | |
| 5. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ | | | | |
| 6. แต่ละคนแสดงความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผย | | | | |
| 7. คนในครอบครัวสนใจฟังเรื่องราวต่างๆ ของท่าน | | | | |
| 8. ครอบครัวของท่านห้ามมีการทำร้ายร่างกายกันและกัน | | | | |
| 9. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน | | | | |
| 10. การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน | | | | |
| 11. ครอบครัวของท่านไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค | | | | |
| 12. บางคนในครอบครัวของท่านไม่ค่อยแสดงอารมณ์ความรู้สึก | | | | |
| 13. มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่ | | | | |

| การทำหน้าที่ครอบครัว | ไม่ตรง | ตรง เล็กน้อย | ตรง ปานกลาง | ตรง มากที่สุด |
|---|--------|-----------------|----------------|------------------|
| 14. ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีเอกลักษณ์ของตนเอง | | | | |
| 15. ครอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดองกันดี | | | | |
| 16. บางคนในครอบครัวของท่านก็ยังวุ่นวายกับ คนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดใจ | | | | |
| 17. ขณะนี้ครอบครัวของท่านมีความสุขดีพอแล้ว | | | | |
| 18. ท่านรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจาก คำพูดของเขา | | | | |
| 19. ครอบครัวของท่านต่างคนต่างอยู่ | | | | |
| 20. ครอบครัวของท่านแก้ปัญหาความไม่สบายใจ ระหว่างกันได้ค่อนข้างดี | | | | |
| 21. ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านอีก คนหนึ่ง | | | | |
| 22. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตก บกพร่อง ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ ลูก ผู้อาศัย | | | | |
| 23. ในครอบครัวของท่าน ใครจะทำอะไรก็ตามใจชอบ | | | | |
| 24. ท่านกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่ ท่านไม่ชอบ | | | | |
| 25. ในยามที่ท่านหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน คนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ | | | | |
| 26. ครอบครัวของท่านเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี | | | | |
| 27. ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่ออารมณ์ และความรู้สึกของสมาชิก | | | | |
| 28. ในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้น มากมาย | | | | |
| 29. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสมาชิกครอบครัวของท่าน มักจะพูดคุยกันเพื่อหาสาเหตุของปัญหา | | | | |
| 30. บ่อยครั้งที่ท่านไม่สามารถพูดในสิ่งที่ท่านคิดหรือ รู้สึก | | | | |

| การทำหน้าที่ครอบครัว | ไม่ตรง | ตรง เล็กน้อย | ตรง ปานกลาง | ตรง มากที่สุด |
|--|--------|-----------------|----------------|------------------|
| 31. สมาชิกในครอบครัวของท่านทะเลาะกัน เนื่องจากพูดกันไม่เข้าใจ | | | | |
| 32. ครอบครัวของท่านมีลักษณะตามสบายไม่ยึดถือ มาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ | | | | |
| 33. ท่านระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้ | | | | |
| 34. ทุกคนสามารถพูดคุยกันตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม | | | | |
| 35. เมื่อท่านขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ ท่านมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือไม่ | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติด

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก
ที่แท้จริงของท่าน ข้อคำถามแต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

| ข้อความ | ทัศนคติ | | | |
|---|------------|------|-----|-----------|
| | น้อยที่สุด | น้อย | มาก | มากที่สุด |
| 1. ท่านคิดว่าการติดยาเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเหมือนโรคทั่วไปสามารถรักษาได้ | | | | |
| 2. ท่านคิดว่าผู้ป่วยยาเสพติดเป็นบุคคลที่ควรให้ความช่วยเหลือ | | | | |
| 3. ท่านคิดว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดมีหลายอย่าง | | | | |
| 4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานประกอบอาชีพได้ | | | | |
| 5. ท่านคิดว่าการได้รับความรู้ในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น | | | | |
| 6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยยาเสพติดควรได้รับโอกาสในการแก้ไขข้อผิดพลาด | | | | |
| 7. ท่านคิดว่าการให้อภัยมีความสำคัญต่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย | | | | |
| 8. ท่านคิดว่าผู้ป่วยยาเสพติดไม่ใช่คนเลว | | | | |
| 9. ท่านคิดว่าผู้ป่วยยาเสพติดสามารถกลับตัวเป็นคนดีได้ | | | | |
| 10. ท่านคิดว่าผู้ป่วยยาเสพติดเป็นบุคคลที่น่าสงสาร | | | | |
| 11. ท่านไม่โกรธที่ผู้ป่วยติดยาเสพติด | | | | |
| 12. ท่านคิดว่าผู้ป่วยไม่ได้ทำให้ท่านเสื่อมเสียชื่อเสียง | | | | |
| 13. ท่านไม่รังเกียจผู้ป่วยติดยาเสพติด | | | | |
| 14. ท่านชื่นชมผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกยาเสพติด | | | | |
| 15. ท่านให้ความร่วมมือกับผู้ให้การบำบัดในการช่วยเหลือผู้ป่วย | | | | |

| ข้อความ | ทัศนคติ | | | |
|---|------------|------|-----|-----------|
| | น้อยที่สุด | น้อย | มาก | มากที่สุด |
| 16. ท่านพูดกับผู้ป่วยโดยใช้เหตุผลเสมอ | | | | |
| 17. ท่านเคยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ด้วยการสัมผัสร่างกาย | | | | |
| 18. ท่านจะรับผิดชอบต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วย แม้จะต้องใช้เวลานาน | | | | |
| 19. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ท่านจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขเหมือนปฏิบัติตนสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว | | | | |
| 20. ท่านฝากเงินให้ผู้ป่วย เพราะคิดว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้จ่าย | | | | |
| 21. ท่านจะนำของเยี่ยมที่ผู้ป่วยชอบมาให้ผู้ป่วย | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านใน ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านสำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็น ความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

| คำถาม | ไม่เลย | เล็กน้อย | มาก | มากที่สุด |
|---|--------|----------|-----|-----------|
| 1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง | | | | |
| 3. ท่านต้องไปรับการรักษายาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ | | | | |
| 4. ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน | | | | |
| 5. ท่านมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน | | | | |
| 6. ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต | | | | |
| 7. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต | | | | |
| 8. ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด | | | | |
| 9. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง | | | | |
| 10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา | | | | |
| 11. ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ | | | | |
| 12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ | | | | |
| 13. ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ | | | | |
| 14. ท่านมีความมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน | | | | |
| 15. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด | | | | |

ความคาดหวังเมื่อญาติของท่านเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ง.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| | ผู้ทรงคุณวุฒิ | สังกัด |
|----|--|--|
| 1. | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ภัทรอาชาชัย | วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 2. | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ | ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพรณ จูเจริญ | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |

ภาคผนวก จ

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
60 ถ.พหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ชัยบุรี จ.ปทุมธานี โทร 02-5310080-8 ต่อ 499, 492

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) นวัตกรรมรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้เสพยาบ้า
ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Rehabilitation Model for Methamphetamine Abuse : A Model Redesign

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว)..... นันทา ชัยพิชิตพันธ์.....

สาขา..... เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว..... คณะ..... แพทยศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด..... มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองโครงการวิจัย

ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง.....10..... เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2557.....

วันที่หมดอายุ9.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2558.....

ลงนาม

(... นพ.ลำชา ... ถักขณาภินชัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(..... นางสาวเนนา.....นิลบรรพ์.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยเฉพาะส่วนที่แก้ไข (Protocol Amendment)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 58024

เอกสารใบรับรองที่ 037/2559

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Model Development for Methamphetamine Abuse : A Participatory Action Research

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....นันทา ชัยพิชิตพันธ์.....

สาขา.....เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว.....คณะ.....แพทยศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด.....มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มี
ชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- บันทึกขอแก้ไขชื่อโครงการวิจัยที่ วป 139/2559 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2559



5. วันที่ให้การรับรองแก้ไข...30...เดือน...พฤษภาคม...พ.ศ....2559..... การประชุมครั้งที่8/2559.....

ลงนาม

(... นพ.ลำซำ ... ลักษณาภิชนชัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(.....นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์)

หนังสือรับรองเลขที่ 038/2557

โครงการวิจัยเรื่อง บูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้นทางสายใหม่ในผู้เสพยาบ้า
(Rehabilitation Model for Methamphetamine Abuse: A Model Redesign)

รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-ES-6-161/56

ผู้วิจัย นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัมกวีร์ วิวัฒน์พานิชย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉัตรนรินทร์ เมธิกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ โครงการจัดตั้งสถานเวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทร. 02-926-9802, 081-259-2840

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 1 บันทึกข้อความที่ วชค.๒๑๒/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗
2. แบบคำชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (Information Sheet)
3. แบบคำชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับญาติผู้ป่วย (Information Sheet)
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)
5. เครื่องมือวิจัย
 - 5.1 แบบสอบถามผู้ป่วย
 - 5.2 แบบสอบถามครอบครัวผู้ป่วยเสพยา
 - 5.3 ประเด็นการสนทนากลุ่มตามโครงการวิจัย
6. แบบการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 ได้พิจารณาอนุมัติด้าน
 จริยธรรมการทำวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้ ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 1/2557 วันที่ 30 มกราคม 2557
 ระยะเวลาที่อนุมัติ 3 ปี
 กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า 6 เดือน วันที่ 6 กันยายน 2557

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวยพจน์ จันทร์วิเมลิอง)

ประธานคณะอนุกรรมการฯ

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ทิพาพร ธาระวานิช)

อนุกรรมการและเลขานุการ

อนุมัติ ณ วันที่ 7 มีนาคม 2557



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ ๑ โทร. ๐๒๕๒๖๕๗๐๔

ที่ ๕๖๓ /๒๕๕๕

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยแบบ Expedited Review รหัสโครงการ MTU-EC-ES-6-161/56

(Protocol Amendment : เปลี่ยนชื่อ โครงการวิจัย)

เรียน นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

ตามที่ ท่านได้เสนอเอกสาร Protocol Amendment : เปลี่ยนชื่อโครงการวิจัย โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : Model Development for Rehabilitation in Meth-amphetamine Abuser: A Participatory Action Research.” (ชื่อเดิม บูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้เสพยาบ้า : Rehabilitation Model for Methamphetamine Abuse: A Model Redesign) รหัสโครงการ MTU-EC-ES-6-161/56 เพื่อเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ ๑ พิจารณาด้านจริยธรรม นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาเอกสารดังกล่าว แบบ Expedited Review และมีมติ “อนุมัติ” เมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ โดยรับรองเอกสาร ดังนี้

๑. โครงร่างวิจัยฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕
๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕
๔. แบบสอบถาม ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวพจน์ จันทรวิเมตติง)

ประธานคณะกรรมการฯ

ภาคผนวก ฉ.

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ

- การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Model Development for Rehabilitation in Meth – amphetamine Abuser: A Participatory Action Research)

2. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

- สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี สถาบันธัญญารักษ์ 60 หมู่ที่ 1 ตำบลประชาธิปไตย อำเภอดงหลวง จังหวัดพทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12130
- หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-259-2840

3. เหตุที่ต้องทำวิจัยและเหตุผลที่ต้องการศึกษาในคน รวมทั้งเหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาบ้าในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อผู้ป่วยเสพยาบ้าอยู่รับการบำบัดมักอยู่รับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนด และในกลุ่มที่บำบัดครบกำหนดผู้ผ่านการบำบัดยังคงกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญจึงมีแนวคิดในการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) จากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บำบัด ผู้ป่วยเสพยาบ้า และญาติของผู้ป่วยเสพยาบ้า โดยนำประเด็นต่างๆ เช่น ปัญหา-อุปสรรค จุดเด่น และจุดด้อยมาพัฒนาปรับปรุง โดยบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ ในผู้เสพยาบ้าให้สอดคล้อง เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลับไปเป็นคนดีของสังคมและประเทศชาติต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยเสพยาบ้า
 1. เพศชายอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์
 2. สมัยใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม
 3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

- ญาติผู้ป่วย

เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำโดยตรงต่อ ผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตติยาเสพติด และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้องหรือเครือญาติ โดยการดูแลดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทน อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สม่ครใจเข้าร่วมโครงการ

การให้เลิกจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาอาการทางจิตเวชที่ต้องรับยารักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสภาพสมอง ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ขณะเข้ารับการรักษาบำบัด
3. มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม หรือศัลยกรรม
4. ขอยกเลิกจากการวิจัย

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติยาบ้า ที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติติและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเพื่อประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) และดำเนินการด้วยการประชุมกลุ่มทำกิจกรรมสุนทรียสนทนา สัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ โอกาสพัฒนา ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมมาสรุป ตรวจสอบ ประมวลผลและวิเคราะห์ผล

- ระยะที่ 2 เป็นการบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้เสพติยาบ้า ด้วยการมีส่วนร่วม โดยการระดมสมอง และจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) จนได้รูปแบบบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้เสพติยาบ้า นำรูปแบบที่พัฒนาได้ไปถ่ายทอดให้กับบุคลากรในหอผู้ป่วยที่จะนำรูปแบบไปทดลองใช้ เพื่อดำเนินการต่อในระยะที่ 3

- ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบใหม่เปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม ผู้วิจัยนำรูปแบบบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้เสพติยาบ้า ทดลองใช้ในหอผู้ป่วยชายเสพติติยาบ้าระยะบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพหนึ่งหอ ทดลองในผู้ป่วยจำนวน 12 คน และญาติผู้ป่วยเสพติติในหอดังกล่าว จำนวน 12 คน เปรียบเทียบผลลัพธ์กับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบเดิม (FAST

Model) ในหอผู้ป่วยชายเสพติดยาบ้าระยะบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในหอเดียวกันจำนวน 12 คน และญาติผู้ป่วยเสพติดในหออื่นจำนวน 12 คน ในคนละช่วงเวลา

สถานที่ทำโครงการวิจัยคือ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี

ระยะเวลาที่ต้องร่วมโครงการวิจัย เดือน ตุลาคม 2557 – พฤษภาคม 2559

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

สถาบันฯ จะได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และสถานการณ์ปัญหาเสพติดของประเทศโดยรูปแบบดังกล่าวยังสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าไม่กลับไปเสพติดซ้ำ รวมถึงสามารถสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเสพติดทั้งในสถานบำบัด ครอบครัว และชุมชนด้วย

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการศึกษา และระยะเวลาของการวิจัย

เมื่อท่านตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติด ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ รวมถึงแบบติดตามผลการบำบัดเมื่อผู้ป่วยบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและไม่กลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 ปี โดยติดตามเป็นระยะในเดือนที่ 1

ในส่วนของญาติผู้ป่วยเสพติด ท่านต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวของญาติผู้ป่วย แบบประเมินทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยเสพติด และแบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย โดยแบบประเมินทั้ง 3 ส่วนนี้จะทำการประเมินญาติในวันแรกรับผู้ป่วยและวันที่ผู้ป่วยบำบัดครบการบำบัดฯ รวมทั้งท่านจะต้องตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างด้วย ซึ่งเป็นไปตามกรอบที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัยและวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับและมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

หากท่านรู้สึกว่าการตอบแบบสอบถามหรือกิจกรรมบำบัดดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย กระทั่งกระทบกระเทือนจิตใจ และเป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของท่าน ท่านสามารถบอกเลิกการวิจัยได้ทันที และท่านจะได้รับการปรึกษา ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

9. การให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน ควรระบุจำนวนและจำนวนครั้งที่ให้อาสาสมัคร

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงิน แต่ท่านจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เช่น อาหารว่าง เครื่องดื่ม หรืออาหารกลางวัน ที่ผู้วิจัยจะจัดให้ตามความเหมาะสม ส่วนค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบระหว่างโครงการวิจัยคือ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาอื่นๆ ที่ท่านรักษาอยู่เป็นประจำที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

10. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลตามโครงการวิจัยนี้ด้วยการสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

11. สิทธิของอาสาสมัครในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ ตามมา และท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยโดยหัวหน้าโครงการวิจัย ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการทางจิตและอาจก่อให้เกิดอันตรายโดยการทำร้ายผู้อื่น หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยทันที

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง

12. แหล่งทุนวิจัย กองทุนสนับสนุนวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

13. โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 1 โทรศัพท์ 0-2926-9704-6

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ โทรศัพท์ 02 – 531 -0080 – 7 ต่อ 499, 492

14. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร 02-926-9704

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ โทรศัพท์ 02 – 531 -0080 – 7 ต่อ 499, 492

ภาคผนวก ช.
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า:
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือนพ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี สถาบันธัญญารักษ์ 60 หมู่ที่ 1 ตำบลประจักษ์ศิลปชัย อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12130 โทรศัพท์มือถือ 081 259 2840 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี สถาบันธัญญารักษ์ 60 หมู่ที่ 1 ตำบลประจักษ์ศิลปชัย อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12130 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081 - 259 - 2840

**ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงาน
อนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ.ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ โทรศัพท์ 02-926-9704**

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ภาคผนวก ซ.

คู่มือรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (CHF Model)

การศึกษาค้นคว้าดำเนินการทดลอง โดยการบำบัดผู้ป่วยเสพติดตาม โปรแกรมบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (CHF Model) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมนาน 1 – 3 เดือน มีรายละเอียด ดังนี้

การบำบัดด้วย CHF Model

CHF หมายถึง การบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยการระดมสมอง (AIC: Appreciation-Influence-Control) ใช้หลักการใน 3 ส่วน คือ Case Management, Holistic Rehabilitation และ Family Reward ตามรายละเอียดต่อไปนี้

C = Case Management

เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแบบต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิคผู้จัดการรายกรณี (Case management) โดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี/พยาบาลเจ้าของไข้ (Case manager) 1 คน ดูแลผู้ป่วย 5 – 8 คน โดยมีหลักการตามรายละเอียดของกิจกรรม

H = Holistic Rehabilitation

เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าแบบองค์รวม ด้วยการใช้เทคนิคการประเมินผู้ป่วยเสพติดด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน

1. ASI (Addiction Severity Index) เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสพติด และปัญหาของผู้ป่วยเสพติด ตามแบบประเมิน ASI ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป (General Information)
- 1.2 ภาวะทางกาย (Medical Status)
- 1.3 ภาวะงาน/การช่วยเหลือ (Employment/Support Status)
- 1.4 การเสพติดแอลกอฮอล์/สารเสพติด (Alcohol/Drugs)
- 1.4 ภาวะทางกฎหมาย (Legal Status)
- 1.5 ประวัติครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว/สังคม (Family History and Family/Social Relationship)
- 1.6 สภาวะทางจิต (Psychiatric Status)

2. ประเมินแรงจูงใจ โดยใช้แบบประเมินไม้บรรทัดวัดใจ

3. วิเคราะห์ผลและคัดแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 บำบัดโดยใช้เวลา 1 เดือน ระดับคะแนน ASI ระดับน้อย

3.2 บำบัดโดยใช้เวลา 2 เดือน ระดับคะแนน ASI ระดับปานกลาง

3.3 บำบัดโดยใช้เวลา 3 เดือน ระดับคะแนน ASI ระดับรุนแรง

หลังการวิเคราะห์ พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้จัดทำตารางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตกลงในข้อสัญญา เพื่อขอความร่วมมือ ทั้งนี้ การบำบัดอาจปรับลดหรือเพิ่มระยะเวลาได้ตามแบบประเมิน และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และญาติ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้จะประเมินร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเป็นรายสัปดาห์

4. Individual Treatment Plan เป็นการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Case Manager) จะเป็นผู้ประเมินด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบ ASI แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และเขียนแผนการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามแบบฟอร์ม Individual Treatment Plan ดังนี้

4.1 เป้าหมายการบำบัด

4.2 จุดแข็งของผู้ป่วย-ครอบครัว

4.3 ปัญหา-อุปสรรค

4.3 วัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหา

4.4 แผนการช่วยเหลือ

4.5 สรุปผลการช่วยเหลือ

นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จาก Individual Treatment Plan มาทบทวน และร่วมปรับแผนกับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อสร้างการรับรู้และทำความเข้าใจร่วมกัน

- ประเมินแผนการบำบัดทุกสัปดาห์ วันศุกร์เช้า 11.00 – 12.00 น.

F = Family Reward

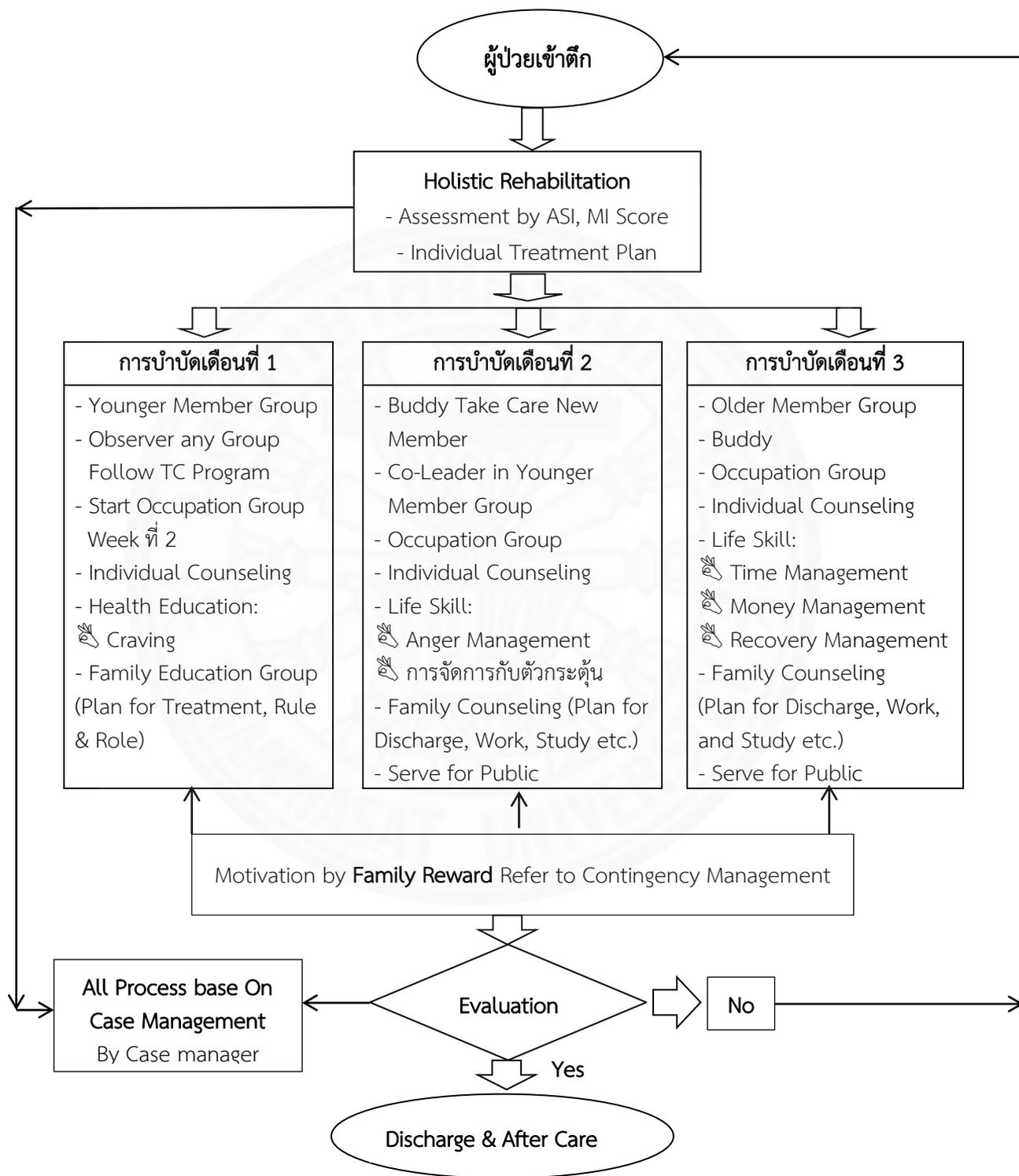
เป็นการให้รางวัลผู้ป่วย โดยรางวัลที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นสิ่งที่กระตุ้นญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด ด้วยหลักการของการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Contingency Management) เพื่อเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการให้รางวัล ด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน โดยพฤติกรรมนั้นๆ ต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ พยาบาลเจ้าของไข้ (Case Manager) เป็นผู้ติดตามประเมินผลพฤติกรรมที่จะให้ปรับเปลี่ยนตามระยะเวลาที่กำหนด และกำหนดของรางวัลตามเป้าหมาย ซึ่งในงานวิจัยนี้ เน้นการให้รางวัล เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดกันมากขึ้น สานสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ เช่น

- การให้สิทธิในการโทรศัพท์มากกว่าที่กำหนด (2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์)
- ให้อาติมาเยี่ยมและรับประทานอาหารร่วมกันในวันเสาร์ – อาทิตย์
- การเพิ่มวัน – เวลาในการลาเยี่ยมบ้าน
- ให้ของรางวัลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเสพติดต้องการและไม่ผิดกฎระเบียบของโรงพยาบาล เป็นต้น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า มีขั้นตอนการบำบัดตามแผนภูมิการดูแล และตามตารางการจัดกิจกรรมการบำบัด โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมการบำบัดรวม 7 ครั้ง ดังนี้



แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบ CFH Model



ตารางกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า CHF Model (เดือนที่ 1)

| | | | | | |
|------------------|--|------------------|---------------------------|------------------|----------------------|
| 05.30 - 05.45 น. | - ตื่นนอน ปฏิบัติภารกิจส่วนตัว | 07.55 - 08.00 น. | - เคารพธงชาติ | 18.30 - 19.15 น. | - ประชุมทีมงาน |
| 05.45 - 06.10 น. | - ออกกายบริหาร | 08.00 - 08.30 น. | - สวดมนต์และฝึกจิต | 19.15 - 19.45 น. | - ประชุมคณะรับผิดชอบ |
| 06.10 - 06.30 น. | - บำเพ็ญประโยชน์ | 08.30 - 16.30 น. | - ทำกิจกรรมตามตารางกำหนด | 20.00 - 20.10 น. | - สวดมนต์/นั่งสมาธิ |
| 06.45 - 07.15 น. | - รับประทานอาหาร | 16.30 - 16.45 น. | - รดน้ำต้นไม้ในพื้นที่งาน | 20.10 - 20.30 น. | - ทำกลุ่มแจ้งข่าวสาร |
| 07.15 - 07.45 น. | - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภารกิจส่วนตัว | 17.00 - 17.55 น. | - รับประทานอาหาร | 20.30 - 21.00 น. | - พักผ่อนตามอัธยาศัย |
| 07.45 - 07.55 น. | - ดูแลความเรียบร้อยของเรือนนอน | 18.00 น. | - เข้าตึกกิจกรรม | | |

| วัน/เวลา | 08.30 - 09.30 น. | 9.30 - 10.00 น. | 10.00 - 11.00 น. | 11.00- 12.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 - 13.00 น. | 13.00 - 14.00 น. | 14.00 - 15.00 น. | 15.30- 16.00 น. | 16.00-16.30 น. | หมายเหตุ |
|----------|------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------|--|---------------------------|---------------------|-----------------|----------------|----------|
| จันทร์ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มสุขศึกษา (Craving) | Younger Member Gr. | | ฝึกอาชีพ | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | | |
| อังคาร | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มปรับความเข้าใจ | | | ฝึกอาชีพ | ออกกำลังกาย แอโรบิค | | | |
| พุธ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มครอบครัว/ บำเพ็ญประโยชน์ | | | ฝึกอาชีพ | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | | |
| | | | | | | | | 20.40 -21.20 น. | กลุ่มนันทนาการ | |
| พฤหัสบดี | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มสัมมนา | Group Counseling | | ฝึกอาชีพ | ออกกำลังกาย แอโรบิค | | | |
| ศุกร์ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่ม Self - Help | House Meeting | | กลุ่มประเมินผลงาน | NA/ศาสนาบำบัด | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | |
| เสาร์ | กลุ่มประชุมเช้า | บำเพ็ญประโยชน์ | | | | ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย | | | | -- |
| อาทิตย์ | กลุ่มประชุมเช้า | บำเพ็ญประโยชน์/การศึกษาสายสามัญ | | | | ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย | | | | -- |

หมายเหตุ

- *วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 10.00 น. - 11.00 น.กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่
- การศึกษาสายสามัญ ตามระดับการศึกษา
- Individual counseling เฉพาะกรณี

- ทุกวันศุกร์ เป็นการประชุมเจ้าหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ร่วมสังเกตการณ์ในกลุ่มบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1 เริ่มงานบำบัดและกิจกรรมอื่นๆ ในสัปดาห์ที่ 2

ตารางกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า CHF Model (เดือนที่ 2)

| | | | | | |
|------------------|--|------------------|---------------------------|------------------|----------------------|
| 05.30 - 05.45 น. | - ตื่นนอน ปฏิบัติภารกิจส่วนตัว | 07.55 - 08.00 น. | - เคารพธงชาติ | 18.30 - 19.15 น. | - ประชุมทีมงาน |
| 05.45 - 06.10 น. | - ออกกายบริหาร | 08.00 - 08.30 น. | - สวดมนต์และฝึกจิต | 19.15 - 19.45 น. | - ประชุมคณะรับผิดชอบ |
| 06.10 - 06.30 น. | - บำเพ็ญประโยชน์ | 08.30 - 16.30 น. | - ทำกิจกรรมตามตารางกำหนด | 20.00 - 20.10 น. | - สวดมนต์/นั่งสมาธิ |
| 06.45 - 07.15 น. | - รับประทานอาหาร | 16.30 - 16.45 น. | - รดน้ำต้นไม้ในพื้นที่งาน | 20.10 - 20.30 น. | - ทำกลุ่มแจ้งข่าวสาร |
| 07.15 - 07.45 น. | - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภารกิจส่วนตัว | 17.00 - 17.55 น. | - รับประทานอาหาร | 20.30 - 21.00 น. | - พักผ่อนตามอัธยาศัย |
| 07.45 - 07.55 น. | - ดูแลความเรียบร้อยของเรือนนอน | 18.00 น. | - เข้าตักกิจกรรม | | |

| วัน/เวลา | 08.30 - 09.30น. | 09.30 - 10.00น. | 10.00 - 11.00น. | 11.00- 12.00น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 - 13.00 น. | 13.00 - 14.00น. | 14.00 - 15.00น. | 15.30- 16.00 น. | 16.00-16.30 น. | หมายเหตุ |
|----------|-----------------|---------------------------------|--|------------------|--|---------------------------|---------------------|--------------------------------|----------------|----------|
| จันทร์ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มสุขศึกษา (การจัดการกับตัวกระตุ้น) | Older member gr. | | ฝึกอาชีพ | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | | |
| อังคาร | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มปรับความเข้าใจ | | | ฝึกอาชีพ | Anger Management | ออกกำลังกาย | | |
| พุธ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มครอบครัว/ บำเพ็ญประโยชน์ | | | ฝึกอาชีพ | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | | |
| | | | | | | | | 20.40 -21.20 น. กลุ่มนันทนาการ | | |
| พฤหัสบดี | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มสัมมนา | Group Counseling | | ฝึกอาชีพ | ออกกำลังกาย แอโรบิค | | | |
| ศุกร์ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่ม Self - Help | House Meeting | | กลุ่มประเมินผลงาน | NA /ศาสนาบำบัด | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | |
| เสาร์ | กลุ่มประชุมเช้า | บำเพ็ญประโยชน์ | | | | ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย | | | -- | |
| อาทิตย์ | กลุ่มประชุมเช้า | บำเพ็ญประโยชน์/การศึกษาสายสามัญ | | | | ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย | | | -- | -- |

หมายเหตุ

- *วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 10.00 น. - 11.00 น.กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่
- การศึกษาสายสามัญ ตามระดับการศึกษา
- วันศุกร์สุดท้ายของเดือนทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เช่น ตัดผมให้ผู้ป่วยบำบัดยา ป้อนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น
- ทุกวันศุกร์ เป็นการประชุมเจ้าหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- Individual counseling เฉพาะกรณี

ตารางกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสตติดยาบ้า CHF Model (เดือนที่ 3)

| | | | | | |
|------------------|--|------------------|---------------------------|------------------|----------------------|
| 05.30 - 05.45 น. | - ตื่นนอน ปฏิบัติภารกิจส่วนตัว | 07.55 - 08.00 น. | - เคารพธงชาติ | 18.30 - 19.15 น. | - ประชุมทีมงาน |
| 05.45 - 06.10 น. | - ออกกายบริหาร | 08.00 - 08.30 น. | - สวดมนต์และฝึกจิต | 19.15 - 19.45 น. | - ประชุมคณะรับผิดชอบ |
| 06.10 - 06.30 น. | - บำเพ็ญประโยชน์ | 08.30 - 16.30 น. | - ทำกิจกรรมตามตารางกำหนด | 20.00 - 20.10 น. | - สวดมนต์/นั่งสมาธิ |
| 06.45 - 07.15 น. | - รับประทานอาหาร | 16.30 - 16.45 น. | - รดน้ำต้นไม้ในพื้นที่งาน | 20.10 - 20.30 น. | - ทำกลุ่มแจ้งข่าวสาร |
| 07.15 - 07.45 น. | - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภารกิจส่วนตัว | 17.00 - 17.55 น. | - รับประทานอาหาร | 20.30 - 21.00 น. | - พักผ่อนตามอริยาศัย |
| 07.45 - 07.55 น. | - ดูแลความเรียบร้อยของเรือนนอน | 18.00 น. | - เข้าตักกิจกรรม | | |

| วัน/เวลา | 08.30 - 09.30 น. | 09.30 - 10.00 น. | 10.00 - 11.00น. | 11.00- 12.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา | 13.00 - 14.00น. | 14.00 - 15.00น. | 15.30- 16.00 น. | 16.00-16.30 น. | หมายเหตุ |
|----------|------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|-------------------------------|----------|
| จันทร์ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มสุขศึกษา | Older Member gr. | | ฝึกอาชีพ | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | | |
| อังคาร | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มปรับความเข้าใจ | | | ฝึกอาชีพ | Life Skill | ออกกำลังกาย | | |
| พุธ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มครอบครัว/ บำเพ็ญประโยชน์ | | | ฝึกอาชีพ | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | 20.40-21.20 น. กลุ่มนันทนาการ | |
| พฤหัสบดี | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่มสัมมนา | Group Counseling | | ฝึกอาชีพ | ออกกำลังกาย แอโรบิค | | | |
| ศุกร์ | กลุ่มประชุมเช้า | พบแพทย์ | กลุ่ม Self - Help | House Meeting | | กลุ่มประเมินผลงาน | NA /ศาสนาบำบัด | ชมรมกีฬา | ออกกำลังกาย | |
| เสาร์ | กลุ่มประชุมเช้า | บำเพ็ญประโยชน์ | | | | ปฏิบัติกิจกรรมตามอริยาศัย | | | | -- |
| อาทิตย์ | กลุ่มประชุมเช้า | บำเพ็ญประโยชน์/การศึกษาสายสามัญ | | | | ปฏิบัติกิจกรรมตามอริยาศัย | | | | -- |

หมายเหตุ- *วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 10.00 น. - 11.00 น.กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่

- การศึกษาสายสามัญ ตามระดับการศึกษา

- Life Skill: Time/ Money/Recovery Management, Balance Life Style.

- วันศุกร์สุดท้ายของเดือนทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เช่น ตัดผมให้ผู้ป่วยบำบัดยา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น

- ทุกวันศุกร์ เป็นการประชุมเจ้าหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

- Individual Counseling เฉพาะกรณี

Addiction Severity Index, 5th Edition

Clinician/Training Version

A.Thomas McLellan, Ph.D., Deni Carise, Ph.D.

เครื่องชี้วัดความรุนแรงของการติดยา ฉบับของแพทย์/ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม

| | |
|--|--|
| <p><u>Introduction The ASI:</u> ปัญหา 7 ด้านที่สำคัญ: ภาวะทางกาย, ภาวะงาน/การช่วยเหลือ, แอลกอฮอล์, สารเสพติด, ด้านกฎหมาย, ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว/สังคม และภาวะทางจิตเวช ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการสัมภาษณ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ</p> <p>เราจะพูดคุยกันถึงช่วงระยะเวลา 2 ช่วง:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 30 วันที่ผ่านมา 2. ข้อมูลที่ผ่านมาทั้งชีวิต <p><u>Patient Rating Scale:</u> ข้อมูลจากผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับแต่ละด้าน ผม/ดิฉัน/ ทมอ จะขอให้คุณใช้แบบประมาณค่านี้ เพื่อให้จะให้อันทราบว่ามีปัญหาอะไรในแต่ละด้านรบกวนคุณอย่างไร แล้วจะถามด้วยว่าการรักษาที่มีความสำคัญอย่างไรบ้างสำหรับคุณในด้านที่กำลังอภิปรายอยู่</p> <p>คะแนนคือ :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - ไม่มีปัญหา 1 - เล็กน้อย 2 - ปานกลาง 3 - มาก 4 - มากที่สุด <p>ถ้าคุณรู้สึกลำบากใจที่จะตอบ ก็ไม่จำเป็นต้องตอบคำถามกรรณาตอบตามความเป็นจริง!</p> <p>กรรณาทราบว่า : นี่คือการสัมภาษณ์ ไม่ใช่การทดสอบ</p> | <p><u>รายชื่อสารเสพติดและยารักษาโรคที่พบบ่อย:</u></p> <p>Alcohol: เบียร์, ไวน์, เหล้า, กระแช่, สาโท ฯลฯ</p> <p>Methadone: Dolophine, LAMM</p> <p>Opiates: ยาบรรเทาการปวด = มอร์ฟิน, Dilaudid, Demerol, Percocet, Darvon, Taiwi, Codeine; Tylenol 2, 3, 4</p> <p>Barbiturates: Nembutal, Seconal, Tuinol, Amytal, Fiorinol Pentobarbital, Secobarbital, Phenobarbital</p> <p>Sedatives/ Hypnotics/ Tranquilizer: Benzodiazepine, Valium, Librium, Atvan, Serax Tranxene, Dalmane, Halcion, Xanax, Miltown Chloral Hydrate (Noctex), Quaaludes</p> <p>Cocaine: Cocaine Crystal, Freebase Cocaine or "Crack," and "Rock Cocaine"</p> <p>Amphetamines: Benzedrine, Dexedrine, Ritaline, Preludin, Methamphetamine ยาม้า, ยาบ้า, ยาขยัน, กระท่อม</p> <p>Cannabis: Marijuana, Hashish</p> <p>Hallucinogens: LSD (Acid), Mescaline, Mushrooms (Psilocybin), Peyote, Green, PCP (Phencyclidine), Angel Dust, Ecstasy</p> <p>Inhalants: Nitrous Oxide, Amyl Nitrate, (Whippets, Poppers), Glue, Solvents, Gasoline, Toluene ฯลฯ</p> <p>อื่นๆ กระท่อม, ใบเมี่ยง</p> <p>บันทึกถ้ามีการใช้ยารักษาโรคต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาแก้ซึมเศร้า - ยารักษาโรคกระเพาะ - Zantac, Tagamet - ยารักษาโรคหืด - Ventoline Inhaler, Theo-Dur |
| <p><u>คำแนะนำสำหรับผู้สัมภาษณ์ :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อย่าเว้นช่องว่าง 2. ให้ข้อคิดเห็นมากๆ และรวมจำนวนคำถามก่อนให้ข้อคิดเห็นในแต่ละข้อถ้าบุคคลอื่นอ่าน ASI ฉบับนี้ บุคคลนั้นควรได้ภาพค่อนข้างสมบูรณ์ของการเรียนรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเอง 3. X = คำถามที่ไม่ต้องตอบ N = คำถามที่ไม่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ตอบ 4. หยุดการสัมภาษณ์ถ้าผู้ตอบบิตเบือนความจริงมากกว่าหรือเท่ากับสองหมวด 5. ข้อแนะนำและข้อสังเกตการลงรหัส โดย การให้คะแนนสำหรับผู้สัมภาษณ์: <ul style="list-style-type: none"> 0 - 1 = ไม่มีปัญหา 2 - 3 = มีปัญหาเล็กน้อย 4 - 5 = มีปัญหาปานกลาง 6 - 7 = มีปัญหารุนแรง 8 - 9 = มีปัญหารุนแรงมากที่สุด <p><u>Half Time Rule:</u> ถ้าถามคำถามสำหรับจำนวนเดือน ช่วงระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน ถือเป็น 1 เดือน ช่วงระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ถือเป็น 1 ปี</p> <p><u>การให้คะแนนความน่าเชื่อถือ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - อยู่ใน 2 หัวข้อสุดท้ายในแต่ละหมวด - ไม่ได้แปลความหมายมากเกินไป - การปฏิเสธไม่ได้ยืนยันการบิดเบือนความจริง - การบิดเบือนความจริงคือ ความจริงที่ค้านกันอย่างชัดเจน ในข้อมูลที่ได้ตรวจสอบอย่างละเอียด และให้ข้อคิดเห็นมากๆ | <p><u>ข้อแนะนำสำหรับการใช้แอลกอฮอล์/ ยา:</u></p> <p>ในส่วนนี้จะดูที่ 2 ช่วงเวลา: 30 วันที่ผ่านมา และการใช้เป็นประจำหลายที่ หรือใช้ในวงจรชีวิตที่ผ่านมา ใช้ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีถึงช่วงเวลา ก่อน 30 วันที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 วัน คำถามต้องการเพียงจำนวนวันที่ใช้ - การใช้ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาถูกถามเพื่อต้องการดูช่วงเวลาที่ย้ายออกไปของการใช้เป็นประจำ ซึ่งหมายถึงในช่วงเวลา ก่อน 30 วันที่ผ่านมา - ใช้เป็นประจำ หมายถึง เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือใช้อย่างหนักติดต่อกันอย่างน้อย 2 วัน หรือใช้ไม่สม่ำเสมอแต่ไม่เป็นปัญหาหรือมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน - Alcohol to intoxication ไม่จำเป็นต้องหมายถึง เม้า : ใช้คำรู้สึกถึงผล (เม้า, ครีမ်) แทนการเกิด intoxication หลีกทั่วไป การดื่มมากกว่า ½ แบน (เหล้า) ในวัน หรือมากกว่า ¼ ในแต่ละครั้ง ให้เป็นคำจำกัดความของ Intoxication - จะถามคำถามเหล่านี้ได้อย่างไร <ul style="list-style-type: none"> ✓ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาคุณได้ใช้ยา.....กี่วัน? ✓ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาคุณใช้ยา.....เป็นประจำกี่ปี? |

ข้อมูลทั่วไป (General Information)

G1. เลขที่แบบสอบถาม.....

G2. หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย.....

G3. วันที่ Admission /
(วันที่/เดือน/ปี)

G5. วันที่สัมภาษณ์ /
(วันที่/เดือน/ปี)

G6. เวลาเริ่มต้นสัมภาษณ์: (ชั่วโมง: นาที) : :

G7. เวลาที่สัมภาษณ์เสร็จ: (ชั่วโมง: นาที) : :

G8. ประเภท : 1. ครั้งแรก 2. ติดตาม

G9. วิธีการติดต่อ : 1. โดยบุคคล 2. โทรศัพท์
(ครั้งแรก ASI ต้องสัมภาษณ์บุคคล)

G10. เพศ : 1. ชาย 2. หญิง

G11. รหัสผู้สัมภาษณ์/ตัวอักษรตัวแรกของชื่อ

G12. ระบุ : 1. ผู้ป่วยหยุดให้การสัมภาษณ์
(สภาพร่างกายไม่พร้อม)
2. ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะสัมภาษณ์ต่อ
3. ผู้ป่วยไม่สามารถจะตอบ
N. ผู้ป่วยตอบได้ครบในแบบสอบถามฉบับนี้

ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่.....

G14. คุณอาศัยอยู่ที่อยู่นี้นานเท่าไรแล้ว /
(เดือน/ปี)

G15. บ้านที่คุณอยู่เป็นบ้านของคุณเองหรือของครอบครัวคุณ
ใช่หรือไม่ใช่ 0 - ไม่ใช่ 1 - ใช่

G16. วันเดือนปีเกิด / /
(วันที่/เดือน/ปี)

G17. คุณมีเชื้อชาติอะไร
1. White (not Hispanic) 2. Black (not Hispanic) 3. American
4. Alaskan Native 5. Asian/Pacific Islander 5.1 ไทย
5.2 ไทยจีน 5.3 ไทยอินเดีย 5.4 ลูกครึ่งต่างชาติ
5.5 อื่นๆ.....6. Hispanic-Mexican
7. Hispanic-Puerto Rican 8. Hispanic Cuban 9. Other Hispanic

G18. คุณนับถือศาสนาอะไร
1. พุทธ 3. อิสลาม
2. คริสต์ 4. อื่นๆ

G19. ใน 30 วันที่ผ่านมาคุณถูกจำกัดสถานที่หรือ
อยู่ในโรงพยาบาลใช่หรือไม่
1. ไม่ใช่ 3. รักษาทางกาย
2. อยู่ในคุก 4. รักษาทางจิตเวช
5. รักษาแอลกอฮอล์/ยา 6. อื่นๆ ระบุ.....

G20. สถานที่โดยตามทฤษฎีไม่มีการเข้าถึงยา/แอลกอฮอล์ได้ง่าย
เป็นเวลากี่วัน (หมายถึงจำนวนวันทั้งหมดที่ถูก
กักตัวในช่วง 30 วันที่ผ่านมา)
- "NN" ถ้าตอบว่าไม่ใช่ในข้อ G19

ผลการตรวจเพิ่มเติม

.....ผลการตรวจปัสสาวะ.....

.....ผลการอาการทางจิต.....

.....

.....

.....

.....

| ปัญหา | ระดับความรุนแรง | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ทางกาย | | | | | | | | | | |
| งาน/การช่วยเหลือ | | | | | | | | | | |
| แอลกอฮอล์ | | | | | | | | | | |
| ยาเสพติด | | | | | | | | | | |
| กฎหมาย | | | | | | | | | | |
| ครอบครัว/สังคม | | | | | | | | | | |
| จิตเวช | | | | | | | | | | |

*** ประมาณระดับความรุนแรงหลังทำแบบสัมภาษณ์สมบูรณ์แล้ว

ข้อคิดเห็นข้อมูลทั่วไป

(รวมทั้งจำนวนคำถามที่ท่านสังเกต)

สถานที่สัมภาษณ์ ณ ที่.....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....น.....

เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลด้วยตนเอง.

ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี

ศาสนา.....ในช่วง 30 วันก่อนมา ร.พ. อาศัยอยู่กับ.....

สาเหตุที่มา ร.พ. เพราะ.....

.....

.....

*** G19 Cross check G 20

แนะนำ ASI ฉบับย่อ
(VERSION 5 UPDATE)

ประเด็นสำคัญในการใช้ ASI:

ผู้สัมภาษณ์ควรแจ้งแต่ละประเด็นเหล่านี้

- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการสัมภาษณ์แบบเดียวกัน
- ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับและจะนำไปใช้ในการรักษาหรือในทีมผู้วิจัย
- แบบสัมภาษณ์ประกอบ 7 ด้าน เช่น ด้านความเจ็บป่วยทางกาย/ด้านกฎหมาย/สุรา

เป็นต้น

- มีเวลาอยู่ 2 ช่วงคือ ใน 30 วันที่ผ่าน และ ข้อมูลในชีวิตที่ผ่านมา
- การให้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยในแต่ละด้านจะถามผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยใช้

มาตรฐานเป็นตัวเลขในการบอกถึงปัญหาที่เคยรบกวนผู้ป่วยในแต่ละด้าน ถ้ามถึงความสำคัญของการรักษาในแต่ละด้านที่กำลังสนทนากันอยู่

มาตราส่วนประมาณค่าของผู้ป่วย :

- 0 ไม่มีปัญหา
 - 1 เล็กน้อย
 - 2 ปานกลาง
 - 3 มาก
 - 4 มากที่สุด
- ** ถ้าผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกในการตอบก็ไม่จำเป็นต้องตอบคำถาม

กรุณาอย่าให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

- สิ่งที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และรับรู้ว่าจะข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

******* บอกผู้ป่วยให้ทราบในเรื่องการติดตามสัมภาษณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะเวลาต่อไป**

การกำหนด “N” ใน ASI:

ข้อมูลทั่วไป :

- ถ้า G19 ลงรหัส 1 คือตอบ **ไม่ใช่** ดังนั้น G20 ลง รหัส **N**

ด้านภาวะทางกาย :

- ถ้า M1 ลงรหัส **00** ดังนั้น M2 ลง รหัส **NN**

ด้านภาวะงาน/การช่วยเหลือ :

- ถ้า E8 ลงรหัส **0** คือตอบ **ไม่ใช่** ดังนั้น E9 ลง รหัส **N**

ด้านยาและแอลกอฮอล์:

- ถ้า D15 ลงรหัส **00** ดังนั้น D16 ลง รหัส **N**
- ถ้า D19 การใช้สุราลงรหัส **00** ดังนั้น D21 การใช้สุรา ลงรหัส **N**
- ถ้า D20 การใช้อยาในทางที่ผิด ลงรหัส **00** ดังนั้น D22 การใช้อยาในทางที่ผิด ลง รหัส **N**

ด้านกฎหมาย :

- ถ้า L13 จนถึง L16 ทั้งหมดลงรหัส **00** ดังนั้น L17 ลง รหัส **N**
- ถ้า L21 ลงรหัส **00** ดังนั้น L17-L23 ลง รหัส **N**
- ถ้า L24 ลงรหัส **0** สำหรับคำตอบว่า **ไม่ใช่** ดังนั้น L25 ลง รหัส **N**

ด้านครอบครัวและสังคม:

- ถ้า F12-F17 และ F18-F26 ในหัวข้อเหล่านี้ที่อาจลงรหัส **N** จะต้องทำความเข้าใจเมื่อใช้ **N** ควรมองในแง่โอกาสของผู้ป่วยในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนั้น หรือคนที่เกี่ยวข้องด้วยในแต่ละหัวข้อนั้น สำหรับ F12-F17 อาจลงรหัส **N** ในกรณีญาติเสียชีวิตหมดแล้ว (เช่นในบางรายไม่มีบุตร) สำหรับ F18-F26 หลักสำคัญก็คือ ต้องคำนึงถึงโอกาสที่เขาจะมีสัมพันธ์ภาพในข้อคำถามนี้ด้วย เช่น บางคนที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มนี้หรือไม่มีโอกาสที่จะติดต่อกับบุคคลในกลุ่มนี้สามารถลงรหัส **N** ได้เช่นกัน ถ้าผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าไม่เคยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มดังกล่าว เช่น ไม่มีลูก ไม่เคยมีเพื่อน ไม่เคยพบหน้าบิดา เป็นต้น ลงรหัส **N** ได้ทั้งช่วงตลอดชีวิต และช่วง 30 วันที่ผ่านมา

ถ้า F11 ในด้านครอบครัว ลงรหัส **0** ดังนั้น F24 คอลัมน์ 30 วันที่ผ่านมา ลงรหัส **N** ในกรณีนี้ผู้สัมภาษณ์ อาจต้องเจาะลึกลงไปในการกรณีที่ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ถ้ามีการลงรหัส **N** ในช่อง F24 ในหัวข้อในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา

ถ้า F11 ในด้านภาวะการจ้างงาน ลงรหัส **00** หรือถ้าผู้ป่วยทำงานอิสระโดยไม่มีเจ้านาย หรือคนที่ทำงานด้วย ดังนั้น F26 ในด้านครอบครัว ลงรหัส **N** ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

ด้านจิตเวช :

- ไม่ต้องลงรหัส N ในด้านนี้

การสรุปในแต่ละด้านของ ASI:

- ถ้าการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว ลงรหัส N ใน G12

รายชื่อยา/สารเสพติดที่ใช้ร่วมกันทุกๆ ไป:

- **Alcohol** : เบียร์, ไวน์, เหล้ากลั่น, บรั่นดี
- **Methadone** : Dolophine, LAMM
- **Opiates** : ยาบรรเทาอาการปวด เช่น Morphine, Dilaudid, Demerol, Percoset, Darvon, Talwin, Codeine, Tylenol 2, 3, 4 Syrups, Robitussin, Fentanyl
- **Barbiturates** : Nembutal, Seconal, Tuinol, Amytal, Pentobarbital, Secobarbital, Phenobarbital, Fiorinol
- **Sed/Hyp/Tranq** : Benzodiazepines เช่น Valium, Xanax. Librium. Ativan, Serx. Quaaludes. Tranxene. Dalmane, Halcion, Miltown
- **Cocaine** : Cocaine Crystal, Free-Base Cocaine หรือ Crack และ Rock
- **Amphetamines** : Monster, Crank, Benzedrine, Dexedrine, Ritalin, Preludin, Methamphetamine, Speed, Ice, Crystal
- **Cannabis** : Marijuana, Hashish, Pot
- **Hallucinogens** : LSD (Acid), Mescaline, Mushrooms (Psilocybin), Green, PCP (Phencyclidine), Angle Dust, Ecstasy
- **Inhalants** : nitrous Oxide, Amyl Nitrate, Whippits, Poppers, Glue, Solvents, Gasoline, Toluene, Etc.

เอกสารอ้างอิงกลุ่มอาชีพ:

1. ผู้บริหารระดับสูง/ ผู้เชี่ยวชาญที่มีรายได้ในอาชีพสูง/ เจ้าของธุรกิจขนาดใหญ่
2. ผู้จัดการธุรกิจขนาดกลาง/ พยาบาล/ คนตรวจวัดสายตา/ เกษัช/ นักสังคมสงเคราะห์/ ครู
3. ผู้บริหารฝ่ายบุคคล/ ผู้จัดการธุรกิจขนาด/ ผู้เชี่ยวชาญในระดับรองลงมา/ เจ้าของร้านค้า/ เจ้าของธุรกิจหรือทรัพย์สินขนาดเล็ก เช่น ขายขนม, ตัวแทนขายรถ, แกะสลัก, ธุรกิจเกี่ยวกับประปา/ เจ้าของร้านดอกไม้/ มัณฑนากร/ นักแสดง/ นักข่าว/ บริษัทนำเที่ยว
4. พนักงานและตัวแทนขาย/ ช่างเทคนิค/ พนักงานธนาคาร/ คนขายหนังสือ/ พนักงานแลกเปลี่ยนเงิน/ เสมียน/ คนจับเวลา/ เลขานุการ
5. ผู้ที่มีทักษะฝีมือ ซึ่งส่วนใหญ่ต้องผ่านการฝึกหัดมาแล้ว คนทำขนมปัง/ ช่างตัดผม/

พนักงานรถไฟ/ พ่อครัว/ ช่างไฟฟ้า/ ดับเพลิง/ จราจร/ ช่างเครื่อง/ ตำรวจ/ ช่างท่อประปา

6. ใช้ทักษะเล็กน้อย เช่น ผู้ช่วยเหลือคนใช้/ ช่างทาสี/ คนผสมเหล้า/ คนขับรถ/ ช่างตัดผม/ คนทำอาหาร/ ทำงานโรงพิมพ์/ เด็กดูแลรถ/ คนเก็บเงิน/ บ่อย/ ช่างเชื่อมเฉพาะจุด/ พนักงานรับโทรศัพท์อัตโนมัติ

7. ไม่ต้องมีทักษะ เช่น คนใช้/ ภารโรง/ คนงานก่อสร้าง/ กรรมกรรับจ้างทั่วไป/ คนเฝ้าประตู/ พนักงานขนกระเป๋า

8. แม่บ้าน

9. นักเรียน/ ผู้พิการ/ ไม่มีงานทำ

การประมาณค่าความรุนแรง:

- **ความรุนแรง** : หมายถึงความต้องการรักษาเรื่องยาเสพติดเพิ่มเติม หรือไม่ และความรุนแรงของอาการ ภายในแต่ละด้าน

- การประมาณค่าทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานข้อมูลของข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกและผู้สัมภาษณ์สังเกตได้

- ระบบของวิธีนี้ได้มีการพัฒนาเป็นแบบประเมินค่าความรุนแรง

- โดยที่ความเชื่อมั่นจะเพิ่มขึ้นเมื่อใช้วิธีดังนี้

วิธีปฏิบัติ:

1. พิจารณาข้อมูลที่สังเกตได้โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษในแต่ละหัวข้อที่เป็นประเด็นสำคัญ (สาเหตุที่ต้องมีประเด็นที่สำคัญ เพราะเมื่อเวลาผ่านไปพบว่ายังมีความถูกต้องอยู่ในการประมาณค่าความรุนแรง)

2. ในประเด็นนี้ผู้สัมภาษณ์ควรทำการประมาณค่าในขั้นต้น โดยอาจให้คะแนน ช่วงห่างเพียง 2-3 คะแนนขึ้นอยู่กับหัวข้อต่างๆ (ตัวอย่างตาราง 1)

3. ผู้สัมภาษณ์ต้องให้ความสนใจหัวข้อที่ผู้ป่วยบอกและพยายามแปลงให้เป็นคะแนนเดียวๆ (ตาราง2)

ข้อควรจำ: ไม่ได้ประมาณค่าถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ แต่เป็นความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการรักษา (ไม่คำนึงถึงความยากง่ายในการเข้าถึง หรือ ผลลัพธ์ที่จะได้)

ตาราง 1

ตาราง 2

| การให้คะแนนสำหรับผู้สัมภาษณ์ | การให้คะแนนของผู้ป่วย |
|--|-----------------------|
| <u>คะแนน</u> | <u>คะแนน</u> |
| 0-1 ไม่มีปัญหา/ไม่บอกถึงการรักษา | 0 ไม่มีปัญหา |
| 2-3 มีปัญหาเล็กน้อย/บางครั้งการรักษาก็ไม่ได้กล่าวถึง | 1 มีปัญหาเล็กน้อย |
| 4-5 มีปัญหาปานกลาง/มีการระบุการรักษาบางอย่างไร | 2 มีปัญหาปานกลาง |
| 6-7 มีปัญหารุนแรง/มีความจำเป็นต้องต้องรักษา | 3 มีปัญหามาก |
| 8-9 มีปัญหารุนแรงมากที่สุด/มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างแน่นนอน | 4 มีปัญหามากที่สุด |

จุดประสงค์ที่สำคัญของหัวข้อในแต่ละด้าน:

| ด้าน | หัวข้อ | คำอธิบาย |
|----------------------------|--|--|
| - ความเจ็บป่วยทางกาย | M1 M3 | การอยู่โรงพยาบาลในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ปัญหาเรื้อรัง |
| - การจ้างงาน/แหล่งสนับสนุน | E1 และ E2 E3 E6 E10 | การศึกษาและการฝึกหัด ทักษะต่างๆ ระยะเวลาที่นานที่สุดของงานประจำ รูปแบบการจ้างงานในเร็วๆ นี้ |
| - ยา/สารเสพติดแอลกอฮอล์ | D1-D3 D15 และ D16 D17 และ D18 D19 และ D20 | ประวัติการใช้สารเสพติด ความสามารถหยุดยาด้วยตัวเอง ภาวะดิลิเรียนทรีเมนส์/การใช้ยาเกินขนาด การรักษาที่ได้รับในช่วงชีวิตที่ผ่านมา |
| - กฎหมาย | L3-L16 L17 L24 และ L25 L27 | การดำเนินคดีที่สำคัญ การลงโทษ การถูกกล่าวโทษในปัจจุบัน การเข้าไปเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมปัจจุบัน |
| - ครอบครัว/สังคม | F2 และ F3 F5 และ F6 F10 F12F17 F30 และ F31 | ความมั่นคง/ความพึงพอใจในสถานภาพสมรส ความมั่นคง/ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ความพึงพอใจในการใช้เวลาว่าง ปัญหาในช่วงชีวิตที่ผ่านมา |
| - จิตเวช | P1 P4-P11 | ความขัดแย้งที่รุนแรง การอยู่โรงพยาบาลในช่วงชีวิตที่ผ่านมา อาการปัจจุบัน และ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา |

แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจ

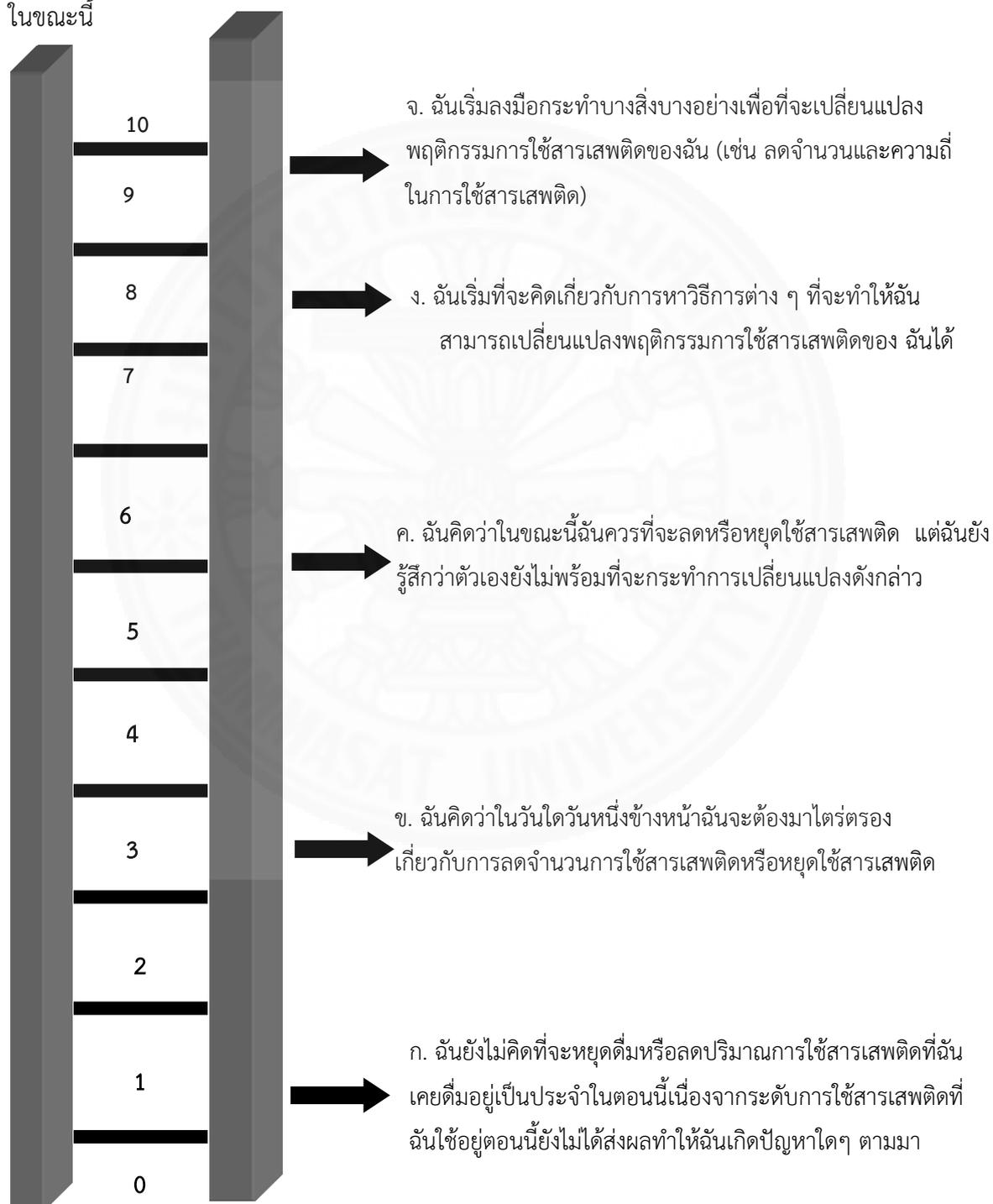
วัน/เดือน/ปี ที่แบบสอบถาม.....

ในการเปลี่ยนพฤติกรรม.....

คำชี้แจง : ในแต่ละขั้นบันไดจะหมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นความคิดเห็นที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเอง

โปรดวงกลมล้อมรอบหมายเลข 1 หมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างมากที่สุดในขณะนี้

ในขณะนี้



ดัดแปลงจาก แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจผู้ที่ประสบปัญหาจากการใช้
เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ โดย ดร.ณิ ภูขาวและคณะ, 2549

| |
|-------------------------------|
| ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี |
| วันที่...../...../..... |

แผนการดูแลช่วยเหลือรายบุคคล (Personal Treatment Plan)

เป้าหมาย

.....

.....

จุดแข็งของผู้ป่วย

.....

.....

ปัญหา - อุปสรรค

.....

.....

วัตถุประสงค์

.....

.....

แผนการช่วยเหลือ

.....

.....

สรุป

.....

.....

ลงชื่อ.....

วัน/เดือน/ปี...../...../.....

หมายเหตุ - ควรมีการประเมินแผนการช่วยเหลือทุกสัปดาห์

กิจกรรมการบำบัด
กิจกรรมที่ 1
กลุ่มสมาชิกใหม่ (Younger Member Group)

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกใหม่ได้สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ข้อสงสัย และสิ่งที่ไม่เข้าใจ
3. ประเมินความตั้งใจในการบำบัดฟื้นฟู และให้การช่วยเหลือ
4. ให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อความเข้าใจร่วมกัน

หลักการ และแนวคิด

การเข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ผู้เข้ามาอยู่ใหม่จะเกิดความเครียด สับสน และว้าวุ่นใจ เนื่องจากความไม่เข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิ บทบาท – หน้าที่ของตนเอง ความรับผิดชอบ หรือการวางตัว เป็นต้น กลุ่มสมาชิกใหม่ (Younger Member Group) เป็นวิธีการช่วยเหลือสมาชิกที่เข้ามาอยู่รับการบำบัดใหม่ นับเป็นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่จัดขึ้นให้ผู้ป่วย (สมาชิก) ใหม่มีช่องทางในการสื่อสารสอบถามข้อสงสัย คับข้องใจ โดยในกลุ่มนี้ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะประกอบด้วย ผู้ป่วยเก่าที่อยู่มาก่อน ผู้ป่วยใหม่ และ Case Manager โดยผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรม ยึดหลักการพี่ดูแลน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน

| | |
|--------------------|-------------|
| ระยะเวลา | 60 นาที |
| จำนวนสมาชิก | 8 – 10 คน |
| สถานที่ | ห้องกิจกรรม |

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

1. จัดให้สมาชิกรั้งเป็นวงกลม
2. สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้นำกลุ่มแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของกลุ่มกิจกรรม และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวเองผ่านสิ่งของที่อยู่กับตัว เช่น แนะนำชื่อตนเองแล้วบอกความหมายของชื่อตัวเอง เป็นต้น
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันกำหนดกติกากลุ่ม เช่น
 - 1) เข้ากลุ่มตรงเวลา
 - 2) หากต้องการแสดงความคิดเห็นให้ยกมือ
 - 3) ไม่พูดสอดแทรกขณะเพื่อนพูด ให้ความช่วยเหลือเพื่อน
 - 4) เก็บเรื่องราวต่างๆ ที่พูดคุยในกลุ่มเป็นความลับ

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. เมื่อแนะนำตนเองครบแล้ว ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกใหม่ว่ามีสิ่งใดที่ตนเองสงสัย อยากรู้ อยากให้กลุ่มช่วยเหลือบ้าง ซึ่งสิ่งที่สมาชิกใหม่อยากรู้ และสอบถามได้ตั้งแต่การใช้ชีวิตประจำวัน กฎระเบียบ และสิ่งต่างๆ ที่ส่งผลให้สมาชิกใหม่จับข้องใจ
2. ผู้นำกลุ่มใช้พลังกลุ่ม (Group Dynamic) ในการขับเคลื่อนให้กลุ่มดำเนินไปอย่างน่าสนใจ โดยให้สมาชิกเก่าช่วยตอบคำถามต่างๆ ที่สมาชิกใหม่สงสัย คับข้องใจ
3. เมื่อสมาชิกใหม่สอบถามข้อสงสัยครบทุกคนแล้ว ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเก่าช่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้สำหรับวันนี้
2. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายครั้งต่อไป (จัดกิจกรรมนี้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)
3. กิจกรรมในกลุ่มนี้จะดำเนินการในเดือนแรกของการเข้ารับการบำบัดเท่านั้น หลังจากนั้น ผู้ที่เป็นสมาชิกใหม่จะเลื่อนลำดับเป็นสมาชิกเก่า และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ช่วยกลุ่มต่อไป

สื่อและอุปกรณ์ - ป้ายชื่อสมาชิกใหม่

การประเมินผล

- สังเกตพฤติกรรมความสนใจ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกใหม่ และเก่า การแสดงความคิดเห็น และการซักถาม
- จากการสอบถามความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของสมาชิกใหม่

กิจกรรมที่ 2

ความอยากรยา คืออะไร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอาการอยากรยา และตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยากรยา

แนวความคิด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ มักมีประสบการณ์ล้มเหลวในการเลิกใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนมาแล้ว ดังนั้นหากผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าอาการอยากรยาเสพติด คืออะไร และอะไรคือตัวกระตุ้นให้ตนเองเกิดอาการอยากรยาจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ

ระยะเวลา 60 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้ป่วย พร้อมทั้งตั้งคำถามผู้ป่วยว่าในชีวิตการใช้ยาบ้าที่ผ่านมา เคยมีอาการอยากรยา หรือไม่ ขอให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของอาการอยากรยาเสพติด หลังจากนั้นผู้บำบัดนำเข้าสู่ขั้นดำเนินการ

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้บำบัดบอกผู้ป่วย “ให้ทุกคนนั่งในท่าที่สบายๆ และหลับตา ให้คิดและมองย้อนไปในอดีตว่า เราเคยมีเรื่องใดที่ทำให้มีความทุกข์มากจนเกือบจะเสียหลัก แต่สามารถผ่านพ้นมาได้ ตอนนั้นเราใช้วิธีการอย่างไร” ให้ผู้ป่วยแต่ละคนให้คะแนนเรื่องที่ทำให้เกิดความทุกข์ยากในอดีตของตน โดยประเมินค่าจากคะแนนเต็ม 10 จากนั้นพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้กำลังใจกันและกัน

2. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยว่า “ถ้าเปรียบเทียบเรื่องทุกข์ยากของตนเองดังที่กล่าวข้างต้นกับการเลิกใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน เราจะให้คะแนนเท่าไรจากคะแนนเต็ม 10” และให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดและเหตุผลของการให้คะแนนของตนเอง จากนั้นผู้บำบัดชวนให้ผู้ป่วยคิดตามโดยกล่าวว่า “อาการอยากรยาเกิดได้เสมอ อะไรที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเห็น หรือสัมผัสแล้วเกิดอาการอยากรยาขึ้น”

3. ให้ผู้ป่วยคิดและเขียนในใบงาน ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปและแนะนำผู้ป่วยว่า ตัวกระตุ้นของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ดังนั้น หากผู้ป่วยรู้จักตัวกระตุ้นเฉพาะตัวของตน ก็จะสามารถหาวิธีป้องกันไม่ตัวกระตุ้นเข้ามามีอิทธิพลต่อความรู้สึกอยากรยาของผู้ป่วยได้

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บังคับและผู้ช่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรม
2. มอบหมายให้ผู้ช่วยทำการบ้านเกี่ยวกับการสำรวจตัวกระตุ้นตามการรับรู้ของตนเองตาม

ใบงานที่ 2.1 “รู้จักตัวกระตุ้น”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2.1
2. ปากกา

การประเมิน

ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่ม



ใบงานที่ 2.1 “รู้จักตัวกระตุ้น”

คำชี้แจง ให้ท่านคิดทบทวนเหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุให้ท่านกลับไปใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนอีก หลังจากนั้นให้เขียนลงในช่องสี่เหลี่ยมที่กำหนด

| ตัวกระตุ้น/ เหตุการณ์ | |
|-----------------------|--|
| 1..... | |
| 2..... | |
| 3..... | |
| 4..... | |
| 5..... | |
| 6..... | |
| 7..... | |
| 8..... | |
| 9..... | |
| 10..... | |



การใช้ยาบ้า/ไอซ์

กิจกรรมที่ 3

การจัดการกับความอยากยาเสพติด (Release Craving)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการความรู้สึกอยากยาเสพติด
2. สามารถระบุสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากยาเสพติดได้
3. เข้าใจ และสามารถจัดการกับความรู้สึกอยากยาเสพติดได้

แนวคิดและหลักการ

การเสพติดซ้ำนับเป็นเรื่องปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือเรียกว่า เป็นธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด หากผู้ที่เคยเสพติดได้รับการบำบัดจนหยุดใช้ยาเสพติดได้แล้ว และไม่มีสิ่งมากระตุ้นให้หวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ บุคคลนั้นก็จะสามารถหลุดออกจากวงจรการเสพติดได้ แต่ในชีวิตจริงผู้ป่วยเสพติดมักกลับไปเสพติดซ้ำ เพราะยังคงเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ซึ่งหากไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกนี้ได้ก็มีความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำได้ การที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และความเข้าใจว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาคืออะไร เกิดความตระหนักรู้ว่าก่อนจะเกิดความรู้สึกอยากเสพยาตนเองคิดอย่างไรแล้วจะเกิดอะไรขึ้น ความรุนแรงของความรู้สึกอยากเสพยาอยู่ในระดับใด และอาการเหล่านั้นจะหายไปได้อย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนประกอบที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำได้ การกำจัดความรู้สึกอยากเสพยา และจัดการกับสิ่งกระตุ้นทำได้หลายวิธี เช่น การจดจำสิ่งกระตุ้นว่าคืออะไร และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น หรือหากต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นความคิด หรือความรู้สึกของตนเอง ก็สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ทันที โดยการหันเหความสนใจไปทำกิจกรรมอื่น การใช้คำพูดกับตนเอง การนึกถึงข้อดี ข้อเสียของความคิดนั้น พยายามคิดถึงเหตุการณ์อื่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นความสุขแทน จะเป็นการช่วยลดหรือทำให้ความรู้สึกอยากเสพยานั้นหายไป

ระยะเวลา 60 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

- ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และสอบถามความคิดเห็น ความรู้สึกและภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนในช่วงวันที่ผ่านมา

ขั้นตอนการ (40 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการสร้างจินตนาการ โดยให้ผู้ป่วยหลับตา อยู่ในท่าสบาย ผู้บำบัดขอให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเหตุการณ์ใดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุดในชีวิต หลังจากนั้นสุ่มถามความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ผู้นำกลุ่มสุ่มถามผู้ป่วย 3-4 คน เกี่ยวกับประสบการณ์เมื่อเกิดความรู้สึกอยากเสพยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นเมื่อไร มีสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นนำมาก่อน และความรู้สึกอยากเสพยา มีลักษณะเป็นอย่างไร โดยถามถึงความรุนแรง เช่น ปฏิกริยาทางร่างกาย ความคิด และความรู้สึก/อารมณ์ ระยะเวลาที่เกิด มากน้อยแค่ไหนจึงดีขึ้นหรือหมดไป

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากเสพยาเสพติด ตามใบความรู้ที่ 1 “ธรรมชาติของความรู้สึกอยากเสพยา”

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกคนพูดถึงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาเสพติด เช่น เสียงรถมอเตอร์ไซด์ เห็นเพื่อนที่เคยเสพยา เป็นต้น แล้วให้เขียนรวบรวมลงใน Flip chart หลังจากนั้นจำแนกตัวกระตุ้นเป็นกลุ่มๆ ได้แก่ ความคิดของตนเอง อารมณ์/ความรู้สึก สถานการณ์ บุคคล สถานที่ อุปกรณ์การเสพยา ตัวยา และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ เป็นสิ่งที่เกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกอยากเสพยา

5. ผู้นำกลุ่มสุ่มถามผู้ป่วย 2-3 คน ว่าจากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีบ้างไหมที่เรามีความรู้สึกอยากเสพยาแต่ไม่ได้เสพ ซึ่งตอนนั้นมีวิธีการควบคุมตนเอง หรือวิธีการต่อสู้กับความรู้สึกนี้ได้อย่างไร แล้วให้เขียนลงใน Flip chart และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคนอื่นได้ร่วมเสนอความคิดเห็น

6. ผู้บำบัดฝึกทักษะผู้ป่วยให้เผชิญกับความรู้สึกอยากเสพยาตามใบความรู้ที่ 2 “การกำจัดความรู้สึกอยากเสพยา และการจัดการกับสิ่งกระตุ้น” โดยวิธีการดังนี้

6.1 ให้รู้จักและเข้าใจสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น โดยสามารถจดจำสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาว่ามีอะไรบ้างที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ผู้ป่วยต้องพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เข้าไปสู่สถานการณ์นั้น และให้บอกกับตัวเองเสมอว่าตัวกระตุ้นเหล่านี้เป็นเสมือนสัญญาณเตือนล่วงหน้าให้ระมัดระวังว่า “เรากำลังเริ่มเข้าใกล้สิ่งเสพติดแล้ว”

6.2 เมื่อมีอาการทางร่างกาย เช่น เปรี้ยวปาก กระวนกระวาย หายใจเร็ว ใจสั่น ให้ผู้ป่วยพยายามถ่ายถอดอาการ และระบายความรู้สึกออกมาอย่างสร้างสรรค์ โดยเทคนิคการเบี่ยงเบนพฤติกรรมด้วยการหากิจกรรมที่ต้องออกแรงกายมากๆ ทำ เช่น วิ่งอย่างรวดเร็ว การเตะบอล ต่อยกระสอบ เพราะเมื่อร่างกายได้ถ่ายถอดพลังงานออกมาอย่างเต็มที่ จะช่วยทำให้ความรู้สึกอยากเสพยาหรือทุเลาลง

6.3 การฝึกสติให้รับรู้ต่อความรู้สึกอยากเสพยา โดยอธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าธรรมชาติของความรู้สึกอยากเสพยาจะเกิดขึ้นคล้ายๆ คลื่นทะเล คือค่อยๆ เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ 2-3 นาที หลังจากนั้นความรู้สึกอยากเสพยาก็จะลดลง และอาจจะเกิดขึ้นอีก ถ้ายังคงมีสิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้นอยู่

การเข้าใจถึงธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากยา โดยยึดหลัก “เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป” ให้เราอยู่กับความรู้สึกนี้ได้อย่างมีสติ เพราะเมื่อเกิดความรู้สึกอยากยาาก็ให้มีสติรู้ว่าความรู้สึกนี้เกิดขึ้นแล้ว ค่อยๆ มีมากขึ้น มากขึ้น และมากขึ้น หลังจากนั้นความรู้สึกอยากยาจะค่อยๆ ลดน้อยลง น้อยลงจนหมดไปในที่สุด โดยที่เรามีสติตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น อดทนอยู่กับความรู้สึกนี้โดยไม่ปรุงแต่งความคิดที่จะนำไปสู่การใช้ยา

การควบคุมตนเองให้อยู่กับความรู้สึกอยากยา อาจเปรียบได้กับการเล่นกระดานโต้คลื่น โดยให้ล่องไปตามการเคลื่อนตัวของคลื่นอย่างมีสติรู้ และประคับประคองตัวให้อยู่บนกระดานโต้คลื่น

6.4 ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) โดยหากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำ โดยเฉพาะทำกิจกรรมที่เราชอบ จะส่งผลให้เราเกิดความสุข เพลิดเพลิน

6.5 ให้ผู้ช่วยหาคำพูดที่พูดเตือนตนเอง (Self-talk) โดยคำพูดนั้นต้องมาจากความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง ฝึกให้ผู้ช่วยพูดกับตนเองอย่างเข้มแข็ง มีพลังพอที่จะกระทบกับความรู้สึก และให้เขียนใส่ในกระดาษแข็งเพื่ออ่านเตือนตนเองบ่อยๆ เช่น เราต้องเลิกให้ได้

6.6 ให้ผู้บอกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ ว่าเรามีความรู้สึกอยากยา เพื่อให้เขาช่วยเหลือ เช่น พาออกไปจากสถานการณ์นั้น หรืออยู่เป็นเพื่อนคอยดูแลและให้กำลังใจ หรือช่วยพาไปหากิจกรรมอื่นๆ ที่ปลอดภัยจากสารเสพติด

ขั้นสรุป (10 นาที)

- ผู้นำกลุ่มให้ผู้ช่วยสรุปสาระสำคัญของการพูดคุยกันในวันนี้ และให้ผู้ช่วยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกมั่นใจมาก-น้อยเพียงใด เมื่อได้เรียนรู้เรื่องการกำจัดความอยาก และการจัดการกับตัวกระตุ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 - 2
2. ใบงานที่ 1
3. Flip chart และปากกาเคมี

การประเมินผล

1. ผู้ช่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดความรู้สึกอยากยา
2. ผู้ช่วยระบุสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากยา
3. ผู้ช่วยบอกวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นและความรู้สึกอยากยา
4. ผู้ช่วยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ใบความรู้ที่ 3.1 “ธรรมชาติของความรู้สึกอยากเสพยา”

ความรู้สึกอยากเสพยาเสพติดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาของการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกของการหยุดยา ซึ่งความรู้สึกอยากยาอาจเกิดขึ้นนานเป็นสัปดาห์เป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความกระวนกระวายใจ ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยที่กำลังจะหยุดยาเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามความรู้สึกอยากยาไม่ใช่เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดยาเสพติด แต่เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กับผู้ติดยาเสพติดทุกชนิด ซึ่งเราควรจะต้องเรียนรู้กับความรู้สึกอยากยาที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจปรากฏการณ์นี้ว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะของการเกิดขึ้น การคงอยู่และการหมดไปของความรู้สึกอยากยา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดการกับความรู้สึกอยากยาที่เกิดขึ้นได้ สำหรับตัวกระตุ้นการเสพยาหรือความอยากยาเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล รวมทั้งสถานที่ เวลา และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา สัญญาณที่แสดงออกทางร่างกายทางจิตใจ รวมทั้งความความคิดที่มีต่อการอยากยา ความทรงจำในอดีตเมื่อเสพยา การวางแผนการถึงวิธีการที่จะได้เสพยา ความรู้สึกถึงความจำเป็นที่จะต้องเสพยา

ความรู้สึกอยากยานั้นเมื่อถูกกระตุ้นจะมีช่วงเวลาที่เกิดขึ้นอย่างจำกัด บางคนเกิดขึ้นเพียงเวลาสั้นๆ 2-3 นาทีหรืออาจมีอยู่นานถึง 2-3 ชั่วโมง ซึ่งความรู้สึกอยากยาจะมีเพิ่มมากขึ้นๆ จนกระทั่งรู้สึกเหมือนว่าไม่สามารถทนทานได้ หลังจากนั้นความรู้สึกอยากยานี้จะค่อยๆ ลดลงภายใน 2-3 นาที และหมดไปในที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรู้สึกอยากยามีลักษณะคล้ายๆ กับการเกิดของคลื่นทะเลที่ค่อยๆ ก่อตัวรุนแรงมากขึ้นๆ และก็ค่อยๆ สงบลง ดังนั้นเมื่อเราสามารถเรียนรู้และเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านี้ว่าความรู้สึกอยากยาจะเกิดขึ้นและหมดไปได้เองในช่วงเวลานี้จึงต้องมีสติรับรู้ที่เกิดความรู้สึกอยากยาขึ้นและคอยเฝ้าดูความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างรู้เท่าทัน โดยไม่ปรุงแต่ง ความรู้สึกอยากยาก็จะค่อยๆ หมดไปเอง ซึ่งมักจะใช้เวลาไม่นานนัก การฝึกฝนอยู่กับความรู้สึกอยากยาบ่อยๆ จะช่วยให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกอยากยาได้ดีขึ้น และจะพบว่าสิ่งกระตุ้นที่เคยมีอิทธิพลทำให้เกิดความรู้สึกอยากยาจะมีความถี่และความรุนแรงลดลง

ใบความรู้ที่ 3.2

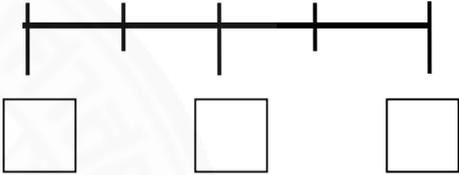
“การกำจัดความรู้สึกอยากเสพยา และจัดการกับสิ่งกระตุ้น”

วิธีการกำจัดความรู้สึกอยากเสพยา

1. การจดจำสิ่งกระตุ้นและพยายามหลีกเลี่ยง
 - วางแผนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ทิ้งอุปกรณ์ทั้งหมดที่ใช้ในการเสพยา ไม่ไปหาเพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน หรือไม่ไปสถานที่ที่เคยใช้ในการเสพยา มีแผนการใช้เวลาในวันหยุดหรือใช้ช่วงเวลาที่เคยเสพยาไปทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ชอบแทน
2. เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกอยากยา
 - เบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่น เช่น วิ่ง เดิน หรือทำงานที่ต้องออกแรงให้เหนื่อย เพื่อร่างกายจะได้อ่อนเพลียช่วยส่งผลให้หลับได้ง่ายขึ้น ทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และจิตใจจดจ่อกับกิจกรรมนั้น
 - มีสติตามความรู้สึกอยากยาที่เกิดขึ้นว่าหากเสพยาแล้วจะส่งผลต่อร่างกายอย่างไร รับรู้ว่ามีอาการอยากยามาก – น้อยเพียงใด ให้จินตนาการความรู้สึกอยากยาเหมือนเล่นโต้คลื่น
 - เมื่อมีความคิดที่จะใช้ยาและพยายามสร้างมโนภาพของสิ่งอื่นแทนการคิดถึงยาเสพติด เช่น ภาพของลูกสาว ภาพของแม่ที่รักเรา เป็นต้น
 - ใช้การพูดเตือนตัวเองในทางบวก ที่ไม่นำพาไปสู่การเสพยา เช่น “อดทนไว้ เดี่ยวความรู้สึกนี้จะดีขึ้นสู้อะ” หรือ “ฉันต้องทำได้”
 - การเตือนตัวเองด้วยการติดหนึ่ียง โดยคล้องหนึ่ียงที่ข้อมือแล้วดึง เพื่อติดหนึ่ียงให้กระทบข้อมือเรา เพื่อเป็นการเตือนสติ
 - ปรึกษาผู้ที่สามารถช่วยเหลือเราได้ หรือพูดคุยกับคนอื่น เพื่อเป็นการระบายความรู้สึกของตนเอง และเพื่อให้คนที่เราคิดว่าจะสามารถช่วยเหลือเราได้รับรู้ว่าคุณคิดของเราเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไร ทั้งนี้ผู้ป้วยควรมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้ที่สามารถช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาได้

ใบงานที่ 3.1 “การทบทวนสิ่งกระตุ้น ความคิดและความรู้สึกอยากยา”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนตามประเด็นดังนี้

| เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากยา (สิ่งกระตุ้น) | ความคิด/นึกเห็นภาพ | ระดับความรุนแรงใด 0-10  | วิธีจัดการกับความรู้สึก |
|--|--------------------|---|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

กิจกรรมที่ 4

การจัดการกับความโกรธ (Anger Management)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ และสามารถตรวจสอบสัญญาณแสดงถึงอารมณ์โกรธได้
2. สามารถจัดการกับความโกรธ ความรู้สึกของตนได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีอารมณ์โกรธ

แนวความคิด

ความโกรธ คือ อารมณ์หนึ่งของมนุษย์เหมือนกับความรู้สึก รัก รู้สึกเสียใจซึ่งมักมีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีการหลั่งฮอโมนที่ทำให้เกิดความเครียด ผลกระทบจากความโกรธ คือ การหมกมุ่นอยู่กับความโกรธ กลัว (Phobia) โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ หรือเคยเสพยาเสพติดอยู่แล้ว เมื่อมีความโกรธอาจจะส่งผลให้กลับไปเสพยา เพื่อระงับความโกรธ หรือเพื่อการประชดประชันเหตุการณ์หรือบุคคลที่ทำให้ตนเองโกรธ ซึ่งความโกรธที่เรื้อรังอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพกายและจิตได้ อาทิ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคนิ่ว และปวดศีรษะเรื้อรัง ดังนั้นบุคคลจึงควรควบคุมอารมณ์โกรธให้ได้อย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยเสพติดสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ ผู้ป่วยจะสามารถหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพติดซ้ำได้

ระยะเวลา 60 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

- ผู้นำกลุ่มพูดคุยทักทายผู้ป่วย แนะนำตัว

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้บำบัดสุ่มถามผู้ป่วย 2-3 คน โดยสอบถามถึงอารมณ์โกรธของแต่ละคนว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร เวลาโกรธจะรู้สึกหรือมีอาการแสดงอย่างไร มีการแสดงออกถึงความโกรธนั้นอย่างไร ผลเสียหรือผลกระทบจากความโกรธที่แต่ละคนได้รับมีอะไรบ้าง และมีวิธีจัดการกับความโกรธอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกัน
2. ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงอารมณ์โกรธที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด ทำให้ไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้
3. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนสำรวจสัญญาณบ่งชี้ถึงอารมณ์โกรธ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นแรง กล้ามเนื้อเกร็ง ปากสั่น ไบหน้ารู้สึกร้อนวูบวาบ เป็นต้น

4. สอนเทคนิคการจัดการความโกรธ ตามใบความรู้ที่ 4.1 “วิธีการจัดการอารมณ์โกรธ” และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความโกรธให้กับผู้ป่วย

5. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด โดยผู้นำกลุ่มอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยให้อาสาสมัครเล่าเหตุการณ์หรือประสบการณ์จริงของตนเองที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ไปในทางที่ไม่ดี หรือยกสถานการณ์สมมติ และให้ผู้ป่วยทำงานตามใบงานที่ 4.1 “วิธีการจัดการกับอารมณ์” หลังจากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเกี่ยวกับการสร้างสรรค์วิธีคิดอย่างใดกับคำวิพากษ์วิจารณ์เพื่อที่จะทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มสรุปข้อความรู้ทั้งหมด และให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5.1
2. ใบงานที่ 5.1
3. กระดาษ A4 และ ดินสอ

การประเมินผล

- ผู้ป่วยบอกหรือระบุสัญญาณที่แสดงถึงอารมณ์โกรธได้

ใบความรู้ที่ 4.1 “วิธีการจัดการอารมณ์โกรธ”

วิธีการจัดการอารมณ์โกรธ มีดังนี้

1. ฝึกสังเกตอาการที่บ่งบอกว่ากำลังจะ “โกรธ” เช่น ใจสั่น และพยายามดักจับล้วงหน้า หรือเตรียมการครั้งต่อไปว่าจะทำอะไรเมื่อรู้สึกที่กำลังจะควบคุมอารมณ์ไม่อยู่

2. ตั้งสติให้มั่นคง ทำใจให้สงบ ระวังอารมณ์ที่พุ่งพล่านก่อนทำความตกลง หรือลงมือทำอะไร เพราะอาจตัดสินใจผิดพลาด

3. เมื่อรู้สึกโกรธหาวิธีในการควบคุมอารมณ์โกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ซึ่งสามารถทำได้หลายๆ วิธี โดยเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ดังนี้

3.1 กำหนดลมหายใจ โดยการหายใจเข้าช้าๆ และลึกๆ ผ่านเข้าสู่ทรวงอกจนถึงช่องท้องให้ท้องป่อง กลั้นใจสักครู่ แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ให้ท้องแฟบ

3.2 ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะ ใบหน้า คอ มือ แขนอก ท้อง หลัง ขา น่อง ปลายเท้า และทั้งตัว โดยนั่งสบายๆ บนเก้าอี้ พยายามผ่อนคลายตนเอง หายใจยาวๆ ลึกๆ สัก 4-5 ครั้ง เริ่มจากการเกร็งกล้ามเนื้อศีรษะและใบหน้า ให้หลับตาแน่น นับในใจ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 แล้วค่อยๆคลายกล้ามเนื้อตาออกช้าๆ พยายามสังเกตความอึดอัดไม่สบายในช่วงแรก และความสบายในช่วงหลัง ต่อมาที่ขากรรไกร กล้ามเนื้อคอ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งหมดทุกส่วนของร่างกาย (มรรยาท รุจิวิชัย, 2551)

3.3 การทำสมาธิ

3.4 การจินตนาการ

4. นับตัวเลขอยู่ในใจไปเรื่อยๆ จนความรู้สึกโกรธคลายลง

5. ออกจากสถานการณ์หรือบุคคลที่ทำให้โกรธ หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เช่น เลี่ยงการจราจร หลีกเลียงพูดถึงเรื่องที่ทำให้โกรธ ซึ่งวิธีการนี้ไม่ใช่การวิ่งหนี แต่เป็นวิธีการช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการชกต่อยหรือทะเลาะวิวาท

6. การแก้ไขปัญหา ปัญหาทุกปัญหาย่อมมีทางแก้ไข วางแผนการแก้ไขปัญหาให้ดีที่สุดอย่างสร้างสรรค์ แล้วลองปฏิบัติตาม ถ้าไม่สำเร็จไม่ต้องกล่าวโทษตัวเอง

7. มีการสื่อสารที่ดี คนที่โกรธมักจะด่วนหาข้อสรุป เมื่อมีความโกรธอย่ารีบตัดสินใจ อย่าพูดสิ่งที่ผุดขึ้นมาจากสมอง ให้คิดก่อนว่าต้องการอะไร ต้องพูดอย่างไร ขณะเดียวกันต้องรับฟังความคิดเห็นคนอื่นและคิดก่อนที่จะตอบ เมื่อมีการตำหนิ จงรับฟังและพิจารณาเนื้อหาว่าเป็นจริงแค่ไหน ห้ามโกรธคนที่ตำหนิ

8. แสดงความรู้สึก และความต้องการของตนเองด้วยท่าที่ไม่ก้าวร้าว ไม่ข่มขู่ หรือละเมิดสิทธิของคนอื่น

9. ใช้อารมณ์ขันเมื่อมีความโกรธหรือเครียด จงใช้อารมณ์ขันช่วยแก้สถานการณ์ แต่ต้องใช้ให้ถูกกาลเทศะ

10. หาทางระบายความโกรธออก ดังนี้

10.1 การทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเพื่อระบายความโกรธที่อัดแน่นออกไปอย่างเหมาะสม เช่น การถอนหญ้า ขุดดิน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของ ซึ่งทำให้ได้ผลงานที่น่าชื่นชมขึ้นมาแทนหรือการเล่นกีฬาที่ได้ออกแรง ได้แก่ แบดมินตัน เทนนิส วายน้ำ การวิ่งเร็ว เป็นต้น

10.2 พุดคุยความรู้สึกของตัวเรากับคนที่ใกล้ชิดและเข้าใจ

10.3 หากทำใจเล่าให้คนอื่นฟังไม่ได้ อาจใช้วิธีเขียนเรื่องที่เรากล่องบนกระดาษ จะทำให้ความโกรธถูกระบายออกมาบ้าง

11. อย่าเก็บความขุ่นมัวโกรธเคืองไว้เจียบๆ ตามลำพัง เพราะจะทำให้เป็นคนเครียดง่าย และมีความอดทนกับเรื่องต่างๆ รอบตัวน้อยลงเรื่อยๆ

12. ปรับกระบวนการคิด โดยยอมรับว่ากำลังรู้สึกโกรธ พิจารณาว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง ไม่ต้องรู้สึกผิดหรือละอายที่รู้สึกโกรธ หาสาเหตุของความโกรธที่เกิดขึ้นโดยไม่เข้าข้างหรือตำหนิตนเอง เกินเหตุ พยายามเปิดความคิดให้กว้างและยืดหยุ่น คิดในแง่บวกหรือมองโลกในแง่ดี การปรับกระบวนการคิด มีได้หลายวิธี ดังนี้

12.1 การประเมินความคิดโดยอาศัยหลักฐาน ซึ่งเป็นการฝึกตัวเราให้รู้จักประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดนั้น

12.2 การคิดเป็นแบบอื่น เป็นการช่วยให้ตัวเราพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น เราสามารถเปลี่ยนความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่

12.3 การลงมือกระทำเพื่อพิสูจน์ความคิดความเชื่อ เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดของเรา โดยการลงมือกระทำหรือปฏิบัติเพื่อหาหลักฐานมาพิสูจน์ความคิดความเชื่อนั้น

12.4 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนการรับรู้หรือความคิดของตัวเรา โดยการมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างจากเดิม

12.5 การวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่ได้รับ ให้พยายามฝึกความคิดความเชื่อในทางบวก เพราะการคิดแต่ด้านลบไม่เกิดประโยชน์ มีแต่โทษต่อร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานในสังคม

12.6 การฝึกการหยุดคิด เป็นการพยายามเตือนตนเองให้หยุดคิดในแง่ไม่ดีกับตนเอง

หมายเหตุ ให้ผู้บำบัดยกตัวอย่างให้ผู้ป่วยเห็นในแต่ละวิธีทั้ง 6 วิธี เพื่อช่วยให้เข้าใจชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5

การบริหารเวลา (Time Management)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปวย

1. มีความรู้ และสามารถแบ่งเวลาได้อย่างเหมาะสม
2. เข้าใจ และสามารถปรับตัวได้

แนวความคิด

เวลาเป็นสิ่งมีค่า เมื่อมันล่องเลยไปแล้วมันจะไม่ย้อนกลับมาอีก ถ้าเรามีโอกาสใช้มันให้เกิดประโยชน์แล้วเราไม่ใช้มัน นั่นเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย มนุษย์ทุกคนมีเวลา 24 ชั่วโมงเท่ากัน แต่ทุกคนก็ใช้เวลาในแต่ละวันตามหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละคน โดยเฉพาะชีวิตในเมือง ที่มีแต่ความเร่งด่วน และการแข่งขันสูง เวลาเดินทางที่รถติด ถ้าเราใช้เวลาไม่เป็น ก็เหมือนกับทำของมีค่าหล่นหาย บางคนคิดว่าตนเองเก็บไว้อย่างดีแล้ว ...แต่ก็มีบางคนที่ไม่สามารถบริหารจัดการกับเวลาในชีวิตของตนเองได้ จนมีผู้รู้กล่าวว่า เวลาคือของขวัญ เพราะเหตุนี้จึงเรียกปัจจุบันว่า “Present” ดังนั้นการจัดการกับ “เวลา” จึงต้องเรียนรู้ ฝึกฝน และปฏิบัติจนเป็นนิสัย

ระยะเวลา 60 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

- ผู้นำกลุ่มพูดคุยทักทายผู้ปวย แนะนำตัว

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้บ้บัตสุมถามผู้ปวยถึงการใช้เวลาใน 1 วันเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. ขอให้ผู้ปวยเล่าเทคนิคการบริหารจัดการเวลาในแต่ละวันของตน และให้เพื่อนผู้ปวยสอบถามข้อสงสัย
3. ผู้บ้บัตแนะนำวิธีการบริหารจัดการเวลาตามใบความรู้ที่ 5.1
4. ให้ผู้ปวยเขียนแผนการบริหารจัดการเวลาของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามใบงานที่ 5.1 และให้ผู้ปวยทุกคนนำเสนอ

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บ้บัตสรุปข้อความรู้ทั้งหมด และให้ผู้ปวยสอบถามข้อสงสัย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ปวยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5.1
2. ใบงานที่ 5.1
3. กระดาษ A4 และ ดินสอ

การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถระบุสิ่งที่ตนเองต้องกระทำในแต่ละวันได้ และรู้จักการใช้เวลาให้มีค่า



ใบความรู้ที่ 5.1

การบริหารจัดการเวลา

การบริหารเวลา คือ การรู้จักวางแผน และจัดสรรเวลาในการทำงานอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นนักบริหารเท่านั้นที่จะสามารถบริหารเวลาได้ มนุษย์ทุกคนก็สามารถทำได้ เพียงแต่ต้องรู้จักที่จะแบ่งเวลา โดยจัดสรรเวลาของตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมตามวันเวลาที่กำหนด

เทคนิคของการบริหารเวลา

1. การเริ่มต้นที่ดีมีความสำเร็จเกินกว่าครึ่ง ถ้าการเริ่มต้นในวันใหม่มีความสดชื่นแจ่มใส จึงควรค้นหาสิ่งที่ตนเองชื่นชอบสักอย่างก่อนลงมือทำงานในแต่ละวัน
2. ตั้งเป้าหมาย การมีเป้าหมายอาจมีได้หลายเป้าหมาย ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องงานการเขียนเป้าหมายเหล่านั้นออกมาจะช่วยให้อุดประสงคค์ของมันชัดเจนขึ้น และช่วยกำหนดทิศทางการใช้เวลาในแต่ละสัปดาห์ เดือนปี ทศวรรษ และชั่วชีวิตได้
3. กำหนดเกณฑ์ในการใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละอย่าง เช่น การคุยกับเพื่อน การรับประทานอาหาร ตลอดจนเรื่องอื่นๆ ควรกำหนดไว้ล่วงหน้าว่าจะใช้เวลาเท่าไร
4. วางแผนประจำวัน ควรเขียนกิจกรรมต่างๆ ออกมาอย่างชัดเจน แล้ววางแผนการจัดทำเพื่อให้บรรลุผลโดยจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะต้องทำ
5. ควรใช้ชีวิตอย่างสมดุลทั้ง เรื่องการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ มีเวลาให้กับตนเอง และการพัฒนาจิตวิญญาณ ตลอดจนเรื่องที่ตนเองสนใจบ้าง
- 6 จัดลำดับความสำคัญของงานให้ชัดเจน โดยพิจารณาว่างานใดเร่งด่วนที่ต้องทำก่อน-หลังงานที่ไม่ต้องเฝ้าชมองและเวลามากนักก็ทำภายหลังได้
7. ลงมือทำงานที่ยากที่สุด เมื่อทำงานที่ยากสำเร็จจะช่วยให้เกิดกำลังใจ และช่วยให้เกิดแรงขับในการทำงานชิ้นอื่นๆต่อไป
8. ทำงานให้สำเร็จเป็นชิ้นๆ อย่าทำงานด้วยความเกียจคร้าน
9. ออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายกระฉับกระเฉงกระปรี้กระเปร่า การเดินเป็นการออกกำลังกายที่ประหยัดที่สุดและง่ายที่สุด
10. ตรวจสอบสิ่งที่ทำว่ามีความสำคัญหรือจำเป็นเพียงใด หรือเป็นเพียงความเคยชิน สำรวจดูว่าถ้าตัดออกจะช่วยให้มีเวลามากยิ่งขึ้นหรือไม่
11. วางแผนฉลองความสำเร็จ เช่น ถ้างานชิ้นนี้เสร็จแล้ว ควรจะให้อะไรเป็นรางวัลให้สำหรับตัวเองซึ่งอาจเป็นสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ก็ได้เพื่อให้เป็นขวัญและกำลังใจตัวเอง
12. ใช้ความจำช่วยประหยัดเวลาในการทำงาน ควรฝึกการจดจำสิ่งต่างๆ

ใบงานที่ 5.1
เวลาใน 1 วันของฉันตื่นเช้าเวลา.....น.

กิจกรรมตอนเช้า

.....
.....
.....
.....
.....

กิจกรรมตอนกลางวัน

.....
.....
.....
.....
.....

กิจกรรมตอนเย็น

.....
.....
.....
.....
.....

ฉันได้เรียนรู้อะไรบ้างในวันนี้

.....
.....
.....
.....

เข้านอนเวลาน.

กิจกรรมที่ 6

การบริหารเงิน (Money Management)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ และสามารถใช้จ่ายเงินให้เกิดประโยชน์
2. เข้าใจ และสามารถวางแผนการใช้จ่ายเงินได้อย่างถูกต้อง

แนวความคิด

เงินเป็นสิ่งที่มนุษย์สมมติขึ้น ให้เป็นของมีค่าสามารถแลกเปลี่ยนเป็นของกิน ของใช้ และอื่นๆ ที่ปรารถนาได้ เงินมีทั้งคุณประโยชน์ และโทษมหันต์ หากคนเราใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถใช้จ่ายเงินในทางที่ถูกต้องก็นับเป็นประโยชน์แก่ตนเอง และบุคคลอื่นๆ แต่หากบุคคลนั้นใช้จ่ายเงินในทางที่ไม่ถูก ไม่ควร และไม่รู้จักการบริหารการใช้จ่ายเงิน ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเสียดุลของชีวิตได้ ดังนั้นการจัดการกับ “เงิน” จึงเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ฝึกฝน และปฏิบัติจนเป็นนิสัย

ระยะเวลา 60 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

- ผู้นำกลุ่มพูดคุยทักทายผู้ป่วย แนะนำตัว

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้บำบัดสุ่มถามผู้ป่วยถึงการใช้จ่ายเงินที่ตนเองหามาได้ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. ขอให้ผู้ป่วยเล่าเทคนิคการบริหารจัดการเงินที่ตนเองหามาได้ และให้เพื่อนผู้ป่วยสอบถาม

ข้อสงสัย

3. ผู้บำบัดแนะนำวิธีการบริหารจัดการกับเงินตามใบความรู้ที่ 6.1
4. ให้ผู้ป่วยเขียนแผนการบริหารจัดการกับเงินของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามใบงานที่

6.1 และให้ผู้ป่วยทุกคนนำเสนอ

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บำบัดสรุปข้อความรู้ทั้งหมด และให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6.1
2. ใบงานที่ 6.1
3. กระดาษ A4 และ ดินสอ

การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถระบุ และรู้จักการใช้จ่ายเงินให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

ใบความรู้ที่ 6.1 การบริหารจัดการเงิน

การบริหารการเงิน คือ การรู้จักวางแผนและจัดการกับเงินที่บุคคลหามาได้จากรายได้ประจำ และรายได้จร หากบุคคลคนใดสามารถบริหารจัดการกับการเงินให้เหมาะสมกับค่าใช้จ่าย – จ่ายของตนเอง และครอบครัว ย่อมจะส่งผลดีในการดำเนินชีวิต ไม่เกิดหนี้สิน ชีวิตก็จะมีความสุขได้

เทคนิคของการบริหารเงิน

1. ควรมีการวางแผนการใช้จ่ายเงิน โดยสำรวจตนเองก่อนว่า ตนเองหาเงินได้เท่าไร มีนิสัยในการใช้จ่ายเงินอย่างไร และค่อยวางแผนการใช้จ่ายเงินให้เหมาะกับจริตของตน
2. กำหนดเป้าหมาย หรือระยะเวลาการเก็บเงิน เช่น 6 เดือน 1 ปี 5 ปี 10 ปี
3. จัดสัดส่วนการใช้จ่ายเงิน โดยดูว่าเรามีเงินจากรายได้ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไรใน 1 เดือน มีรายจ่ายอะไรบ้างใน 1 เดือน
4. แบ่งเงินที่หามาได้เป็น 3 ก้อน คือ
 - 4.1 เงินที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวัน (80% ของรายได้) ค่าของกิน – ของใช้ ค่าเช่าบ้าน ค่าผ่อนรถ เป็นต้น
 - 4.2 เงินสะสมที่เอาออกมาใช้ได้ยามฉุกเฉิน (10% ของรายได้)
 - 4.3 เงินสะสมที่นำออกมาใช้ได้เมื่อคราวจำเป็นเท่านั้น (10% ของรายได้)
5. ฝึกทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย และนำบัญชีนั้นมาย้อนดู เพื่อศึกษาว่าเราจ่ายเงินไปกับสิ่งใดบ้างที่ไม่จำเป็น ฝึกตัดทอนการซื้อสิ่งที่ไม่จำเป็น ของฟุ้งเฟ้อ สิ่งที่เราคิดว่าเราซื้อมาแล้วไม่ได้ใช้ประโยชน์ออก จะช่วยเราให้รู้จักคิดก่อนซื้อของใช้ได้

ใบงานที่ 6.1
การบริหารจัดการเงิน

คำชี้แจง ขอให้ท่านวางแผนการใช้เงินของท่าน ใน 1 สัปดาห์/ 1 เดือน

| รายรับ | รายจ่าย |
|--------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

สิ่งที่ท่านคิดว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็นสำหรับตัวท่าน คือ

.....

.....

.....

.....

ท่านจะวางแผนจัดการกับสิ่งที่ท่านเห็นว่าไม่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างไร

.....

.....

.....

.....

กิจกรรมที่ 7

วางแผนการดำเนินชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้วิธีการที่จะช่วยป้องกันการเสพติดซ้ำ
2. วางแผนในการเลิกเสพยาเสพติดของตนเองได้
3. ป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

แนวความคิด

หลักการบำบัดผู้ป่วยเสพติด ระบุว่าความคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการติดยาเสพติด การช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรปรับแก้ความคิดของตนเองมากกว่าการที่จะไปหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้คนแสวงหาการเสพยาเสพติด ฉะนั้น การเปลี่ยนความคิดนั้นต้องมีแผนการปฏิบัติที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนความคิด และก่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ โดยให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัตินั้นด้วยตนเอง เพื่อแผนการเหล่านั้นจะได้เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง และ บุคคลนั้นจะได้ตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดและเป็นเจ้าของแผนการนั้น ดังนั้นเขาจึงมีแนวโน้มที่จะมีใจที่มุ่งมั่นรับผิดชอบต่อแผนการดังกล่าว จนแผนการนั้นประสบผลสำเร็จ

ระยะเวลา 60 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (10 นาที)

- ผู้บำบัดพูดคุยซักทหายสอบถามชีวิตความเป็นอยู่ และสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินการ (40 นาที)

1. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยที่เคยผ่านการบำบัดมาแล้วว่า หลังจากบำบัดแล้ว มีใครที่คิดว่าสามารถเลิกยาเสพติดได้หรือไม่ แต่ละคนมีวิธีการอย่างไร ส่วนคนที่ยังคิดว่าไม่สามารถเลิกได้เป็นเพราะอะไร และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2. ให้ผู้ป่วยนึกถึงสถานการณ์/ เหตุการณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติดที่เคยเกิดในชีวิตของแต่ละคนทั้งคน สิ่งของ หรือเหตุการณ์ว่ามีอะไรบ้าง แล้วให้เขียนลงในใบงานที่ 7.1 “แผนการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ” (ช่องที่ 1) และในเหตุการณ์/ สถานการณ์แต่ละข้อนั้น คิดว่าจะมีวิธีการหรือเครื่องมืออะไรที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เห็นเองกลับไปเสพยาได้บ้าง และมีใครหรือบุคคลใดที่จะช่วยสนับสนุนตัวเราได้ โดยเขียนลงในช่องที่ 2 และ 3 แล้วให้นำเสนอทีละคน หลังจากนั้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

3. เสริมสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าแต่ละคนนั้นมีศักยภาพหรือความสามารถที่จะเลิกยาได้ และยกตัวอย่างกิจกรรมที่เคยมีผู้รับการบำบัดทำสำเร็จ และชื่นชมให้กำลังใจสำหรับผู้ที่สามารถหยุดยาเสพติดได้ตลอดระยะเวลาที่อยู่บำบัดรักษา ซึ่งเป็นเวลามากกว่า 3 เดือนแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น

ขั้นสรุป (10 นาที)

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมกับการพูดคุยให้กำลังใจ

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7.1
2. ปากกา/ ดินสอ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์/ สถานการณ์เสี่ยงที่อาจจะทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ
2. ผู้ป่วยมีแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

ใบงานที่ 7.1 “แผนการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนแผนการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของตนเองตามช่องรายการที่กำหนดไว้ในตารางต่อไปนี้

| เหตุการณ์/ สถานการณ์เสี่ยง (1) | แนวทาง/วิธีการป้องกัน (2) | บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้ (3) |
|-----------------------------------|------------------------------|--|
| | | |

ใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบำบัด (ฝึกอาชีพ)

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการฝึกอบรม/ร่วมกิจกรรมอาชีพบำบัด
 ของสถาบันธัญญารักษ์ โดยจะใช้เวลาในการฝึกอบรมนาน 8 สัปดาห์ โดยข้าพเจ้าขอเลือกกิจกรรม ดังนี้

| ฝึกอาชีพ | เวลาเรียน (ชั่วโมง) |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> งานเกษตร: เรียนเรื่องการปลูกต้นไม้ การชำ การตอน การต่อ กิ่งไม้ การจัดและตกแต่งสวนไม้ดอกไม้ประดับ เป็นต้น | 100 |
| <input type="checkbox"/> งานช่างไม้: เรียนรู้เรื่องการซ่อมแซมโต๊ะ เก้าอี้ การเลื่อยไม้ และ การประกอบโต๊ะ เก้าอี้ เป็นต้น | 100 |
| <input type="checkbox"/> งานตัดผมชาย: เรียนรู้เรื่องการออกแบบ จัด แต่งและตัดทรงผมผู้ชาย | 100 |
| <input type="checkbox"/> งานตัดเย็บเสื้อผ้า: เรียนรู้เรื่องการตัดเสื้อ การซ่อมแซมเสื้อผ้า การเย็บ ปะชุนผ้า การใช้จักรเย็บผ้า การสอยผ้าด้วยมือ เป็นต้น | 100 |
| <input type="checkbox"/> งานการอาหาร: เรียนรู้เรื่องการทำอาหารคาว หวาน การแปรรูปอาหาร | 100 |
| <input type="checkbox"/> งานนวดแผนไทย: เรียนรู้เรื่องการนวดเท้า และนวดตัวตามหลักสูตร ราชสำนัก | 150 |

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียน และฝึกปฏิบัติงานสามารถทำงานอาชีพที่ข้าพเจ้าเลือกได้ โดยข้า
 เจ้าจะออกมาเรียนรู้งานดังกล่าวในวันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 13.00 – 15.00 น. เป็นเวลานาน 8
 สัปดาห์

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ประวัติผู้เขียน

| | |
|------------------|--|
| ชื่อ | นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์ |
| วันเดือนปีเกิด | 3 สิงหาคม พ.ศ. 2506 |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| ผลงานทางวิชาการ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การศึกษา และพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้า 2. การศึกษา และพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุรา 3. ประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุรา 4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูกระบวนการคิดในผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. |
| ชื่อผลงานวิชาการ | <ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีน 2. คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุรา 3. มาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 4. คู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูกระบวนการคิดในผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการบริการในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. การคัดกรองผู้ป่วยเสพติดในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) |
| ประสบการณ์ทำงาน | <p>พ.ศ. 2527 – 2539 ตำแหน่งพยาบาลประจำการ สถานที่ทำงานหอผู้ป่วยบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์</p> <p>พ.ศ. 2541 – 2545 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 สถานที่ทำงาน กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์</p> <p>พ.ศ. 2546 – 2553 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างาน วิชาการพยาบาล สถานที่ทำงาน กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันธัญญารักษ์</p> <p>พ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ประเมินเทคโนโลยี และจัดการความรู้ สถานที่ทำงาน กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> |