



สสพ. สร.

ISSN : 2985-170X (Print)

ISSN : 2985-2226 (Online)

วารสารวิชาการ และวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol. 1 No. 1 May - August 2023



วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation

Committee, Ministry of Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 Vol.1 No.1 May – August 2023

บทความปริทัศน์

- อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

บทความวิจัย

- ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
- การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) กรณีศึกษา โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน
- การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต: กรณีศึกษา
- การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีปัญหาซับซ้อน
- การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา
- ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
- การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อวารสาร : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

เจ้าของ : สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

ISSN : 2985-170X (Print) 2985-2226 (Online)

พิมพ์ที่ : บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด

ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2566



วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาเสพติด
2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด
3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาเสพติด
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ผลงานวิจัย บทความวิชาการ หรือทั้งวิชาการด้านยาเสพติด และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. เพื่อสนับสนุนการประเมินผลงานด้านวิชาการ

กำหนดออกวารสาร

- ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม
ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน

ผู้จัดทำและออกแบบปก

- | | |
|------------------------|---------------------|
| นางสาวมุลีมาห์ กือจิ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| นางสาวคอรี่เยะ เจ๊ะหลง | นักวิชาการสาธารณสุข |

สถานที่ติดต่อ

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
88/20 อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 02-590-2422 โทรสาร : 02-590-1863
E-mail : journal.addiction2023@gmail.com
Website : <https://ncmc.moph.go.th>

พิมพ์ที่ บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด



วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์

นพ. ยงยศ ธรรมวุฒิ

นพ. ณรงค์ สายวงศ์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์

ที่ปรึกษาระดับกระทรวง

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการแพ้นักศึกษา

และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการ

ผศ. อภินันท์ อร่ามรัตน์

รศ. มานพ คณะโต

รศ. รัชมน กัลยาศิริ

ผศ. (พิเศษ) เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์

ผศ. (พิเศษ) สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์

ศ. สาวิตรี อึ้งนงค์กรชัย

รศ. ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์

รศ. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์

ผศ. ดวงใจ วัฒนสินธุ์

หัวหน้าศูนย์วิจัยด้านยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์

โรงพยาบาลสุรินทร์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว)

โรงพยาบาลสุรินทร์

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

มหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

มหาวิทยาลัยบูรพา

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

รศ. อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ. วไลลักษณ์ พุ่มพวง	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายณฐวัฒน์ ล่องทอง	อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางสาวอรุณทัย สิงห์ตาแก้ว	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี
นางสายสุตา โภชนากรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
นางกษมา ประไซโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง
นายณัฐบดินทร์ แก้วกำ	เภสัชกรปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นายชลภัชร ลั่นสุชีพ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนามาตรฐานและนวัตกรรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายปรีชวิษฐ์ พรหมจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางเลน
ดร. สุกจิตตา ฤทธิมนตร์	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัว และชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 Vol. 1 No.1 May – August 2023

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 ของปี 2566 ประกอบด้วยบทความปริทัศน์ 1 เรื่อง ได้แก่ 1) อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และบทความวิจัย 9 เรื่อง ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด สารกัญชาและยาเสพติด 2) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) กรณีศึกษา โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน 4) การพยากรณ์ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต : กรณีศึกษา 5) การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม 6) การพยากรณ์ผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีปัญหาซับซ้อน 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา 8) ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอหนองกงบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 9) การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณาถ้อยแถลง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้

นายภัทรพล จิงสมเจตไพศาล
บรรณาธิการ





วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 Vol. 1 No.1 May – August 2023

สารบัญ

	หน้า
อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	1
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วยโรคจิต จากสารแอมเฟตามีน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เอกพล สุตาชม	15
การพัฒนาแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี อรรจน์กร สมเกียรติกุล	28
ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Base Treatment and Rehabilitation : CBTx) กรณีศึกษา โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไข ปัญหาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน พิชิต มีแสง, อาทิตย์ ฉัตรชัยรัตนเวช, ปรีयर ขาสีพร, ปิพิญญลักษณ์ตันดี	41
การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต: กรณีศึกษา บุบผา บุญญามณี	56
การพัฒนาแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม มยุรี เนียมหลวง	71
การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีปัญหาซับซ้อน รัตนารณ์ ดวงธรรม	77
การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา สายสุตา โกชนากรณ์	88
ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ดนภัทร ดอนลาดบัตร	102
การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อลิศา เหลืองยวง	113



อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล*

*ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

ความเป็นมาและหลักการสำคัญ

ตามที่ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้กระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับและการดำเนินการตามกฎหมายแต่ละฉบับเป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กร ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งกำหนดให้มีระบบคณะกรรมการ ที่ประกอบด้วยบุคลากร ซึ่งมีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนดนโยบายในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด และรวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ โดยที่ประมวลกฎหมายกำหนดให้มีสถานที่เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอยู่ 4 ประเภท คือ

1. ศูนย์คัดกรอง หมายถึง สถานที่คัดกรองการใช้ยาเสพติด
2. สถานพยาบาลยาเสพติด หมายถึง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
3. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล สถานฟื้นฟู หรือ สถานที่อื่นโดยตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดให้เป็นสถานที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
4. ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม หมายถึง สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องมีการบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานและมีการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จึงอาศัยอำนาจตามมาตรา 111 (4) (5) (6) และ มาตรา 118 วรรค 1 เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจัดตั้งและการรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ม.111 (4)) และ ม.118 วรรค 1 สำหรับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมนวมถึงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ม.113 (5)) ตลอดจนกำหนดยาเสพติดระเบียบหรือข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ม.111 (6)) โดยมีหลักการในการดำเนินการที่สำคัญดังนี้

1. การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง
2. การจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
3. การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม
4. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยไม่รวมถึงการฟื้นฟูสภาพทางสังคม (จะถูกกำหนดไว้ในกฎกระทรวง ตาม ม.118 วรรค 4)

5. การควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับเฉพาะศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยไม่รวมถึงศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ทั้งนี้ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม จะต้องขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) โดยใบทะเบียนที่ได้รับการประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดจะไม่มีวันหมดอายุ เว้นแต่ถูกพักใช้ ถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือมีการแจ้งขอยกเลิกการเป็นศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง

เนื่องจากศูนย์คัดกรองถือเป็นด่านแรกของผู้ติดยาเสพติดที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ในกรณีที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบ ผู้ที่มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 (มาตรา 162) หรือเสพยาเสพติด (มาตรา 163) หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ (มาตรา 164) ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ และสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาให้เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวผู้นั้นไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองต่อไป (ม.114) หากปฏิเสธเข้ารับการบำบัดรักษาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.162 และม. 163) แต่ในกรณีครอบครองเพื่อเสพโทษจะสูงขึ้นเป็นสองเท่า คือ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.164)

ศูนย์คัดกรองมีหน้าที่และอำนาจ (ม.116) ดังต่อไปนี้

- (1) ตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย
- (2) คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต
- (3) พิจารณาส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- (4) จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองและข้อมูลอื่นของผู้รับการคัดกรอง

โดยที่ประกาศคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดให้มีศูนย์คัดกรองในพื้นที่ระดับตำบลทุกจังหวัดและระดับเขตในกรุงเทพมหานคร ดังนั้น การจัดตั้งศูนย์คัดกรองจะเป็นสถานที่ได้ก็แต่ต้องประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน ดังนี้

1. มาตรฐานสถานที่ สถานที่สำหรับการคัดกรองต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1.1 มีสถานที่จัดแยกไว้เป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยไม่มีผู้คนพลุกพล่าน
- 1.2 มีสถานที่เพื่อจัดเก็บปัสสาวะและตรวจหาสารเสพติด

2. มาตรฐานบุคลากร เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองประกอบด้วย

1. หัวหน้าศูนย์คัดกรอง

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. บุคคลที่ได้รับการอบรมการคัดกรองตามหลักสูตรการอบรมที่คณะกรรมการจัดตั้งและ

ควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน กำหนด เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน หรือผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หัวหน้าศูนย์คัดกรองอาจกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ร่วมปฏิบัติงานประจำศูนย์คัดกรองตามที่เห็นสมควร เช่น ตำรวจ อพปร.

3. มาตรฐานอุปกรณ์

ศูนย์คัดกรองต้องมีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เช่น ชุดทดสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดความดันโลหิต

4. มาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศ

ศูนย์คัดกรองจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำทะเบียนหรือข้อมูลผู้รับบริการที่สามารถจะเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขได้

โดยให้ขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สธ. สธ.) ผ่านระบบ e-service และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามกำกับ การดำเนินงานของศูนย์คัดกรองและเมื่อดำเนินการจัดตั้งครบ 3 ปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุก 3 ปี

การจัดตั้งและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นสถานที่ตามประมวลกฎหมาย มีหน้าที่และอำนาจ (ม.117) ดังนี้

1. ดำเนินการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4. ดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด

โดยที่ผู้ติดยาเสพติดจะเข้าสู่การบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลยาเสพติดในกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเอง (มาตรา 113)

กรณีที่ผู้เสพยาเสพติดในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพติดออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 (มาตรา 162) หรือเสพติดระเหย (มาตรา 163) หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ (มาตรา 164) และได้สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษา ก่อนที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจจะตรวจพบ

2. เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวเข้าบำบัดรักษาโดยไม่ผ่านศูนย์คัดกรอง (มาตรา 114)

กรณีเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบผู้ที่มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 (มาตรา 162) หรือเสพสารระเหย (มาตรา 163) หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ (มาตรา 164) ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ และสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา

3. การส่งตัวผู้ติดยาเสพติดจากศูนย์คัดกรอง (มาตรา 116 (3))

หลังจากที่ศูนย์คัดกรองตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และพิจารณาส่งต่อมายังสถานพยาบาลยาเสพติด

4. การส่งตัวผู้ติดยาเสพติดจากศาล แบ่งเป็น 2 กรณี

4.1 กรณีที่ศาลเปลี่ยนโทษจำคุกเป็นการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 39 (4)) หรือนำเงื่อนไข เพื่อคุมความประพฤติข้อเดียวหรือหลายข้อตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญามาใช้แทนการลงโทษ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ทั้งนี้ ตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดแต่ต้องไม่เกินกว่า 2 ปี (มาตรา 166)

4.2 กรณีที่ศาลเห็นว่าพฤติการณ์แห่งคดียังไม่สมควรลงโทษจำคุก หากจำเลยสำนึกในการกระทำโดยตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล (มาตรา 168)

5. การส่งตัวผู้ติดยาเสพติดจากสำนักคุมประพฤติจังหวัดตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติ (4) ให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด

6. การส่งตัวเยาวชนจากสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน

สถานพยาบาลยาเสพติด

สถานพยาบาลยาเสพติด ซึ่งมีกระบวนการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้การบำบัดรักษาด้วยยา หรือการบำบัดรักษาด้วยยาและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งได้ดังนี้

1. สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สถานพยาบาลของรัฐ หรือ รัฐวิสาหกิจ
3. สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

กรณีสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชนที่ได้รับการประกาศให้เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาติดยาเสพติดอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามประมวลกฎหมาย กรณีที่สถานพยาบาลยาเสพติดที่มีลักษณะไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานให้ดำเนินการให้ครบถ้วนตามมาตรฐานการขึ้นทะเบียนภายในระยะเวลาหนึ่งปีนับถัดจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรฐานสถานพยาบาลยาเสพติด สถานพยาบาลยาเสพติดที่ขอจัดตั้งต้องมีมาตรฐาน 4 ด้าน คือ

1. **มาตรฐานสถานที่** มีอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด อย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยที่สถานพยาบาลเอกชนต้องมีการแบ่งเขตพื้นที่บริการ อย่างชัดเจนในการให้บริการมีการจัดห้องสำหรับให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

2. **มาตรฐานบุคลากร** มีบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก ได้แก่

(ก) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และ หลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นที่ คณะอนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

(ข) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตร เวชศาสตร์สำหรับพยาบาล 10 วัน หรือหลักสูตรอื่นที่คณะอนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ให้ บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

สถานพยาบาลยาเสพติดอาจจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นตามความเหมาะสมโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการกำหนด คณะอนุกรรมการอาจ กำหนดคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือวิชาชีพสาขาอื่นได้ตามที่ เห็นสมควร เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรณีที่สถานพยาบาลยาเสพติดมีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยยาเสพติดในประเภท 2 ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) ตามหลักเกณฑ์การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่กรมการแพทย์กำหนด ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลยาเสพติดที่ คณะอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ

3. **มาตรฐานเวชภัณฑ์และอุปกรณ์**

มีเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเหมาะสมและเพียงพอในการให้บริการ บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

4. **มาตรฐานการบำบัดรักษา**

4.1 มีแผนการบำบัดรักษาหรือคู่มือในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลัก วิชาการ

4.2 สามารถให้การรักษาโรคแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาได้ และในกรณีจำเป็นให้ส่งต่อผู้ติดยาเสพติดที่เกินศักยภาพของสถานพยาบาลให้ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ที่เหมาะสมได้

การขึ้นทะเบียน ติดตาม กำกับและรับรองคุณภาพ

1. **การขึ้นทะเบียน**

การยื่นขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด

- กรุงเทพมหานคร ยื่นที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
- จังหวัด ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งเอกสารมายัง

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รวบรวมคำขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด นำเข้าคณะกรรมการจัดตั้งฯ พิจารณา หากครบถ้วนสมบูรณ์ จะดำเนินการขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.)

2. การติดตามกำกับ

หลังจากขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด คณะกรรมการจัดตั้ง และควบคุมคุณภาพ มาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะทำหน้าที่ตรวจติดตาม กำกับ การดำเนินงานของสถานพยาบาลยาเสพติด

3. การรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาลยาเสพติดที่ดำเนินงานขึ้นทะเบียนครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีกระบวนการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ไม่รวมถึงขั้นตอนของการบำบัดรักษาด้วยยาแบ่งได้ดังนี้

1. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ
2. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล

กรณีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพหรือศูนย์ฟื้นฟูที่ได้รับการประกาศให้เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมายที่จัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการขึ้นทะเบียนตามประมวลกฎหมาย กรณีที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีลักษณะไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานให้ดำเนินการให้ครบถ้วนตามมาตรฐานการขึ้นทะเบียนภายในระยะเวลาหนึ่งปีหลังจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขอจัดตั้งต้องมีรายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสมาคมสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และมีมาตรฐาน 4 ด้าน คือ

1. มาตรฐานสถานที่

1.1 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยจากเหตุรำคาญที่อาจรบกวนความเป็นอยู่ที่ดี

1.2 มีการทำความสะอาดและจัดสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ต้องมีการแบ่งเขตพื้นที่บริการอย่างชัดเจนในการให้บริการ มีพื้นที่ส่วนกลางแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานสำหรับประกอบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือสันทนาการที่หลากหลาย

1.3 มีการจัดห้องสำหรับให้คำปรึกษาและสถานที่รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ

1.4 มีห้องน้ำและห้องส้วมที่เพียงพอต่อผู้รับบริการ 1 ห้องต่อผู้รับบริการ 10 - 15 คน เพื่ออำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการแต่ละประเภท โดยอย่างน้อยต้องจัดสถานที่ให้ทางลาดเอียงราวเกาะและห้องส้วมสำหรับผู้พิการด้วย

1.5 มีระบบสัญญาณเตือนไฟไหม้ มีการติดตั้งถังดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนในทุกอาคาร มีการกำหนดช่องทางหนีไฟ และมีการฝึกอบรมผู้ดำเนินการและผู้ปฏิบัติงานและมีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

2. มาตรฐานบุคลากร ประกอบด้วยบุคลากร 4 ประเภท ดังนี้

2.1 ผู้ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
- (4) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ไม่เป็นโรคต้องห้าม ดังต่อไปนี้
 - (5.1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ
 - (5.2) วัณโรคในระยะติดต่อ
 - (5.3) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง
 - (5.4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (6) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

ในกรณีผู้ขอจัดตั้งเป็นนิติบุคคล ผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคลต้องมีคุณสมบัติตามวรรคหนึ่งด้วย

2.2 ที่ปรึกษา

โดยที่ที่ปรึกษาต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการกำหนดและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งปี มีหน้าที่ให้คำปรึกษาให้ความเห็น และให้คำแนะนำแก่ผู้ขออนุญาตจัดตั้งหรือผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเรื่องต่อไปนี้

- (ก) แนวทางและรูปแบบการให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- (ข) การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ
- (ค) การป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- (ง) ส่งเสริมให้สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดผ่านการรับรองคุณภาพสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่ปรึกษาต้องเข้าเยี่ยมสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อยสี่ชั่วโมง

2.3 ผู้ดำเนินการ

ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการกำหนด และมีประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยหกเดือน มีหน้าที่ดำเนินการ ดังนี้

(ก) ควบคุมและดูแลสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการรับรองคุณภาพ รวมถึงดูแลให้มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินจำนวนที่ขอจัดตั้ง

(ข) ควบคุมและดูแลสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้สะอาด เรียบร้อย ปลอดภัย และมีลักษณะอันเหมาะสมแก่การเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(ค) ควบคุมและดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของตนดูแลมิให้ผู้อื่นซึ่งไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทำการประกอบวิชาชีพในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงดูแลเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ยื่นขอจัดตั้งไว้

(ง) ปฏิบัติหน้าที่ในวันเวลาทำการ อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

2.4 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องเป็นระดับวิชาชีพทางการแพทย์หรือการพยาบาล หรือการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือนักอาชีวบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีจำนวนที่เหมาะสมเพียงพอในการดูแลผู้ติดยาเสพติดหนึ่งคน ต่อผู้รับบริการ 10 - 15 คน และไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับที่ปรึกษาหรือผู้ดำเนินการ

ในกรณีที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในน้อยกว่า 50 คนต้องจัดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่ 50 คนขึ้นไปต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนอย่างน้อย 1 คน และมีจำนวนที่เพียงพอตามความเหมาะสมในการให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูฯ โดยปฏิบัติงานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3. มาตรฐานเวชภัณฑ์และอุปกรณ์

มีเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเหมาะสมและเพียงพอในการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

4. มาตรฐานการบริการ

4.1 มีแผนหรือคู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ

4.2 จัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำตัวผู้ติดยาเสพติดที่รับการฟื้นฟูฯ และการบันทึกการประเมินสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟู การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูและการติดตามผล

4.3 มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ติดยาเสพติดที่รับการฟื้นฟูฯ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งอยู่ในสภาพที่อันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน ไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมได้ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดดังกล่าวพ้นจากสภาพที่อันตราย

การดำเนินการทางทะเบียน

1. การขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การพิจารณาคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้คณะอนุกรรมการตรวจสอบคำขอและสถานที่ตามมาตราฐานที่กำหนดเพื่อพิจารณาให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หรือสถานที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แล้วแจ้งไปยังสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2. การย้ายที่ตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดเอกชนหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะต้องแจ้งขอยกเลิกการเป็นสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเดิมและดำเนินการขอจัดตั้งใหม่

3. การเพิกถอนสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขเพื่อควบคุมการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือปรากฏในภายหลังว่ามีลักษณะไม่เป็นไปตามมาตราฐานที่กำหนดไว้ใน หรือไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ ให้คณะอนุกรรมการพิจารณาการเพิกถอนแล้วแจ้งไปยังสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) เพื่อดำเนินการเพิกถอนการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และให้สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกเพิกถอนจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อตรวจสอบและส่งให้คณะอนุกรรมการดำเนินการต่อไป

4. กรณีสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐหรือรัฐวิสาหกิจเปิดสาขาให้บริการเพิ่มเติมในจังหวัดเดียวกับสถานพยาบาลยาเสพติดหลัก ให้อยู่ภายใต้การกำกับติดตามของสถานพยาบาลยาเสพติดหลัก หากประสงค์จะเปิดสาขาให้บริการในจังหวัดอื่นให้ดำเนินการขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดใหม่

5. กรณีสถานพยาบาลยาเสพติดเอกชนหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ขยายการรับผู้ติดยาเสพติด หรือเปลี่ยนแปลงที่ปรึกษาผู้ดำเนินการ วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ส่งเอกสารขอยกเลิกกิจการสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพให้ยื่นคำขอพร้อมหลักฐานการเปลี่ยนแปลงรายละเอียด ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ

6. สถานพยาบาลยาเสพติดภาคเอกชน หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ต้องการยกเลิกการให้บริการให้ส่งเอกสารขอยกเลิกกิจการสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง

สถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อตรวจสอบและส่งให้คณะกรรมการดำเนินการต่อไป

การขึ้นทะเบียน ติดตาม กำกับและรับรองคุณภาพ

1. การขึ้นทะเบียน การยื่นขอขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- กรุงเทพมหานคร ยื่นที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

- จังหวัด ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งเอกสารมายังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รวบรวมคำขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด นำเข้าคณะกรรมการจัดตั้งฯ พิจารณา หากครบถ้วนสมบูรณ์จะดำเนินการขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.)

2. การติดตามกำกับ

หลังจากขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะทำหน้าที่ตรวจติดตาม กำกับ การดำเนินงานของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

3. การรับรองคุณภาพ

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ดำเนินงานขึ้นทะเบียนครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมคือ สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา เป็นหน่วยงานที่คอยติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และสงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยได้รับการด้านสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก

โดยที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครมีหน้าที่จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (มาตรา 118) โดยให้ใช้พื้นที่ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครหรือพื้นที่อื่นที่เหมาะสมเป็นที่ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตาม และให้ครอบคลุมพื้นที่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลและระดับหมู่บ้าน

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมมีหน้าที่และอำนาจ (มาตรา 120) ดังต่อไปนี้

- (1) ให้คำแนะนำ ปรึกษา และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา
- (2) ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งการสนับสนุนผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว
- (3) ช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา เงินทุนสงเคราะห์ และให้การสงเคราะห์อื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา
- (4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้นายจ้างหรือสถานประกอบการรับผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเข้าทำงาน

(5) ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

(1) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับสถานที่ตั้งและศักยภาพในการเข้าถึงและความสะดวกในการรับบริการของผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(2) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในกรุงเทพมหานคร โดยให้ผู้ว่ากรุงเทพมหานครแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ของกรุงเทพมหานครให้สอดคล้องกับสถานที่ตั้งและศักยภาพในการเข้าถึงและความสะดวกในการรับบริการของผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(3) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอื่นที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้งโดยพิจารณาจัดตั้งจากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นที่ให้ความร่วมมือและมีความประสงค์จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมขึ้นเป็นการเฉพาะเพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นแจ้งความประสงค์ไปยังกระทรวงมหาดไทยหรือกรุงเทพมหานครเพื่อพิจารณา

- การบริหารจัดการและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้นำรูปแบบการดำเนินงานในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดหรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในกรุงเทพมหานครมาใช้ได้โดยอนุโลม

หน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระดับจังหวัด

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระดับจังหวัดที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานคร จัดตั้งทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติงานกลางของจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร โดยให้มีหน้าที่ดังนี้

(1) ประสานงานกับราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐในพื้นที่ เพื่อประสานนโยบาย แผนงาน และความร่วมมือต่างๆ

(2) ดำเนินการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่

(3) รวบรวมการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์จากภาครัฐกิจ เอกชน สมาคม องค์กรชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือต่างๆ เพื่อแจ้งไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่

(4) กำหนดช่องทางการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ จากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่

(5) จัดให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์อย่างใด ๆ แก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อให้สามารถคืนสู่สังคมได้ตามปกติ

(6) กำกับติดตามผลการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในพื้นที่และกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาอุปสรรคภาพรวมที่เกิดขึ้น เพื่อวางแนวทางการปรับปรุง แก้ไขกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือ

การสนับสนุนช่วยเหลือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน ป.ป.ส. ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือการดำเนินการของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในส่วนที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การศึกษา การติดตามดูแลปัญหาด้านสุขภาพ และการให้การสงเคราะห์อื่น ๆ (มาตรา 118 วรรค 3)

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอื่นที่จัดตั้งขึ้นจากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยความเห็นชอบของคณะทำงานที่คณะอนุกรรมการประสานนโยบายและอำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน) แต่งตั้ง

การขึ้นทะเบียน ติดตามกำกับและการรับรองคุณภาพ

1. การขึ้นทะเบียน

การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ให้มีการขึ้นทะเบียนเพื่อการกำกับตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานโดยยื่นขอขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.)

2. การติดตามกำกับ

หลังจากขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม คณะอนุกรรมการประสานนโยบายและอำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม จะทำหน้าที่ตรวจติดตาม กำกับ การดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ

3. การรับรองคุณภาพ

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ดำเนินงานขึ้นทะเบียนครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ในกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ก่อนส่งผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจะมีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรอง หมายถึง การคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต โดยมีการดำเนินการดังนี้

(1) ตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย

(2) คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต

(3) พิจารณาส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(4) จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองและข้อมูลอื่นของผู้รับการคัดกรอง

2. การบำบัดรักษา หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การกระทำใด ๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

ทั้งนี้ให้ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดดำเนินการ คัดกรองและประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามแนวทางที่ กรมการแพทย์กำหนด

4. การควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัย สำหรับเฉพาะศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ในศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีการควบคุมและมีบทลงโทษ กรณีไม่ ปฏิบัติตามกฎหมายหรือฝ่าฝืนระเบียบ คณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จึงได้กำหนดดังนี้

การปฏิบัติตามกฎหมายและหน้าที่

1. ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ต้องให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การคัดกรองการบำบัดรักษา การฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่คณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่กำหนด

2. หน้าที่ของผู้อำนวยการ

ผู้อำนวยการ ตามระเบียบนี้ หมายถึง หัวหน้าศูนย์คัดกรอง ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาล ยาเสพติด หรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยาเสพติดหรือผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยผู้อำนวยการมีหน้าที่ในการควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาล ยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังต่อไปนี้

(1) ควบคุมการดำเนินงานศูนย์คัดกรองสถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(2) กำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(3) ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบหรือประกาศที่คณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนด

(4) รายงานการรับผู้เข้ารับการคัดกรอง การบำบัดรักษาและสถิติข้อมูลต่าง ๆ ของการบำบัดรักษา หรือรายงานอื่น

(5) พิจารณาการส่งตัวจากศูนย์คัดกรองไปยังสถานพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 116 การออกหนังสือรับรองผู้ผ่านการบำบัดรักษาตามมาตรา 113 มาตรา 114 หรือ มาตรา 169 หรือมีหนังสือรับรองกรณีที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา

3. หน้าที่ของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ ตามระเบียบนี้ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของศูนย์คัดกรองผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหัวหน้าศูนย์คัดกรองหรือผู้อำนวยการมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ในศูนย์คัดกรองหรือสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยมีหน้าที่ให้การ บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการ
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

บทกำหนดโทษ

1. กรณีสถานที่ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย
คณะกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธานอาจมีคำสั่ง ดังนี้

(1) ตักเตือน

(2) ดำเนินการหรือยุติการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างเพื่อระงับความเสียหายที่เกิดขึ้นจาก
กระบวนการบำบัดรักษาเป็นการชั่วคราว

(3) ไม่รับรองคุณภาพหรือถูกเพิกถอนจากการเป็นศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและ
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(๔) การส่งเรื่องเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลหรืออนุญาตให้ดำเนินการ
สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

2. กรณีฝ่าฝืนระเบียบ ผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ที่ฝ่าฝืนระเบียบนี้อาจได้รับโทษ ดังนี้

(1) ตามมาตรการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพของผู้ที่เป็นผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่

(2) ตามกฎหมายที่ใช้บังคับกับตำแหน่งของผู้ที่เป็นผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่

(3) ความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร ตามประมวลกฎหมายอาญา

(4) การตัดสิทธิการขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
การฝึกอบรมหลักสูตรของเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายยาเสพติด

2. ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499

3. ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขใน
การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง พ.ศ. 2565

4. ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการ
จัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565

5. ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการ
คัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565

6. ระเบียบคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดว่าด้วยการควบคุมการบำบัดรักษา
และระเบียบวินัยสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
พ.ศ. 2565

7. ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม พ.ศ. 2525

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วยโรคจิต จากสารแอมเฟตามีน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Stages of behavioral change for amphetamine cessation among patients with amphetamine-induced psychosis at the Galya Rajanagarindra Institute

เอกพล สุตาชม*

บทคัดย่อ

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กุญแจสำคัญในการรักษาผู้เสพยาแอมเฟตามีน เพื่อนำไปออกแบบกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาของแต่ละบุคคล แต่สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนยังมีข้อจำกัดวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน โดยการศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน 95 คน เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อยู่ในขั้นเตรียมตัว ร้อยละ 50.5 ขั้นลังเลใจ ร้อยละ 29.5 ขั้นไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 13.7 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนที่แตกต่างกัน ดังนั้น หน่วยบริการจิตเวช ควรประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : กระบวนการเปลี่ยนแปลง, การรับรู้ความสามารถตนเอง, ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง, โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน, สมดุลการตัดสินใจ



Abstract

The stages of behavior change are a key component in the treatment of amphetamine abusers. to develop plans for individualized mental health education. However, for patients with amphetamine-induced psychosis, there are limitations. To investigate stages of behavioral change for amphetamine cessation among patients with amphetamine-induced psychosis. Method : A descriptive cross-sectional study. The samples are from 95 patients with amphetamine-induced psychosis who were admitted to the Galya Rajanagarindra Institute. The data were collected between August and October 2022. The research tools included the stages of behavioral change questionnaire, the behavioral processes of change questionnaire, the decisional balance questionnaire, and the perceived self-efficacy questionnaire. Results: The following percentages of the sample representatives were found: preparation (50.5%); contemplation (29.5%); pre-contemplation (13.7%); and action (6.3 %), respectively. average score of The behavioral processes of change, the decisional balance, and the perceived self-efficacy were at a moderate level. and discovered a link between stages of behavioral change for amphetamine cessation ($p\text{-value} < 0.05$).

Conclusion: This study concluded that patients with amphetamine-induced psychosis have different stages of behavioral change for amphetamine cessation. Therefore, psychiatric organizations should evaluate the stages of behavioral change and plan accordingly for effective behavior modification.

Keywords : amphetamine-induced psychosis, decisional balance, processes of change, self – efficacy, stages of behavioral change

,

บทนำ

การเสพติดแอมเฟตามีน หรือ “ยาบ้า” ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านกำลังคน เศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครองและสาธารณสุข ทั่วโลก ความรุนแรงและแพร่ระบาดในหลายภูมิภาคทั่วโลก โดยในปี 2563 ประมาณ 34 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของประชากรโลกเสพติด¹ จากข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยในปี 2563 พบว่า มีจำนวนผู้เสพติดแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสารที่เข้ารับการรักษามากที่สุด เมื่อพิจารณา ระดับของปัญหา พบว่า สัดส่วนผู้ติดยาเพิ่มขึ้นจากปี 2556 เกือบ 2 เท่า แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น เป็นผลมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการกลับไปเสพติด เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและอาการของโรคกำเริบ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพติดแอมเฟตามีนตามมา²

โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้เสพติดแอมเฟตามีน มีรายงานว่าผู้เสพติดเป็นประจำ จะพบอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 13 –45³ มีความคล้ายคลึงกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง⁴ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคทางจิต พฤติกรรมรุนแรง และการฆ่าตัวตาย⁵ และมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการจิตเวชเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2562 – 2564 พบว่า มีจำนวน 453, 458 และ 1,026 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8, 20.4 และ 26.3 ตามลำดับ⁶ การรักษาในปัจจุบัน มี 2 รูปแบบคือ 1) ยาต้านโรคจิต ยาต้านวิตกกังวล และยาต้านเศร้า และ 2) จิตสังคมบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การบำบัดความคิด พฤติกรรม การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น ครอบครัวยุติ และ การดูแลเชิงรุกในชุมชน การรักษาเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้ผู้ป่วยเลิกเสพติดแอมเฟตามีนลดอาการทางจิต และให้ความร่วมมือในการรักษา^{4,7,8}

หลักการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรได้รับการผสมผสานการรักษา

อาการทางจิตร่วมกับการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน^{2,8} ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตในระยะโรคสงบ ผู้รักษาจำเป็นต้องประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเลือกใช้กลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาให้เหมาะสม⁸ โดยแบบจำลองข้ามทฤษฎี (TranTheoretical Model : TTM) ของ Prochaska & DiClemente ได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดนี้เชื่อว่า ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความแตกต่างกันต้องอาศัยกลวิธีจูงใจประกอบด้วย ขั้นตอนและกระบวนการเปลี่ยนแปลง สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง⁹ ถูกนำไปใช้กับผู้เสพติดแล้วได้ผลดี¹⁰ เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจพฤติกรรมและทำนายผลการรักษา¹¹ แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากความซับซ้อนของอาการทางจิตและสารเสพติด¹² ขาดทักษะการดูแลตนเองและสัมพันธภาพทางสังคม ปัญหาทางกฎหมาย การไม่เข้าถึงการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา^{13,14} รวมทั้งการรู้คิดบกพร่อง¹⁵ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษานักป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคจิต ลักษณะอาการทางจิต ความบกพร่องการรู้คิด ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการทางจิต และแนวทางการรักษา^{4,15,16,17} และจิตสังคมบำบัดเพื่อลดอาการทางจิตและลดพฤติกรรมเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ^{18,19,20} ไม่พบการศึกษาระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการทราบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนว่าอยู่ในขั้นตอนใด มีความแตกต่างกันตามที่ Prochaska & DiClemente⁹ ได้กล่าวไว้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับหน่วยบริการจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก อายุระหว่าง 20 – 60 ปี เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน มีประวัติเสพยาเสพติดอย่างน้อย 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล
 2. เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 60 ปี
 3. มีอาการทางจิตในระยะโรคสงบ
 4. ไม่บกพร่องด้านสติปัญญา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง
 5. ยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูล
- เกณฑ์การคัดออก** ดังนี้
1. มีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีโรคทางกายระยะเฉียบพลันขณะรวบรวมข้อมูล
 2. ผู้ป่วยเสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย เช่น สุรา กัญชา ไอซ์ อี เคตาไมน์ เฮโรอีน กระเทียม เป็นต้น
 3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง²¹ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล เป็นขนาดกลาง $r = .30$ จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย ซึ่งผู้วิจัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาเสพยาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente⁹ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบจำนวน 1 ข้อ จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติด 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นไม่สนใจปัญหา ขั้นลังเลใจ ขั้นเตรียมตัว ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ของไซเฟีย สุรากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต²² แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava²³ ทั้ง 10 กระบวนการ โดยแบ่งเป็นด้านการรู้คิด 1 ข้อ และด้านพฤติกรรม จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง และไม่เคย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำคะแนน 5 บ่อยครั้งคะแนน 4 เป็นครั้งคราว คะแนน 3 นานๆ ครั้งคะแนน 2 และไม่เคยเลย คะแนน 1 แบ่งกลุ่มคะแนนด้านการรู้คิดด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น²⁴ ดังนี้ 16 – 37 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 38 – 59 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 60 – 80 คะแนน หมายถึง ระดับสูง แบ่งกลุ่มคะแนนด้านพฤติกรรม

ดังนี้ 19 – 44 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 45 – 70 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 71 – 95 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมดุผลการตัดสินใจ การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ของ โซเฟีย สุธากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต²² แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามสมดุผลการตัดสินใจการสูบบุหรี่ของ Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenberg²⁵ โดยแบ่งเป็นด้านผลดีของพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีน 10 ข้อ และผลเสียหรืออุปสรรคของพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5 เห็นด้วย คะแนน 4 เฉย ๆ คะแนน 3 ไม่เห็นด้วย คะแนน 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 1 แบ่งกลุ่มคะแนนด้านผลดีด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น²⁴ ดังนี้ 10 – 22 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 23 – 35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง แบ่งกลุ่มคะแนนด้านผลเสียหรืออุปสรรค ดังนี้ 10 – 22 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 23 – 35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามในความสามารถตนเองของ วาทีนี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา²⁶ แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามของ Schwarzer²⁷ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง ไม่มั่นใจไม่มั่นใจเลย มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ มั่นใจมากที่สุด คะแนน 5 มั่นใจมาก คะแนน 4 มั่นใจปานกลาง คะแนน 3 ไม่มั่นใจ คะแนน 2 และไม่มั่นใจเลยคะแนน 1 แบ่งกลุ่มคะแนนความสามารถตนเองวิธีการหาอันตรภาคชั้น²⁴ ดังนี้ 10 – 22 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 23 – 35 คะแนน

หมายถึง ระดับปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย นักศึกษา 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแต่ละข้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 (0.6 – 1) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบคงที่ภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ของแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุผลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.94, 0.70 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุผลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลง สมดุผลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีน โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ วันที่ 24 มิถุนายน 2565 ตามเอกสารเลขที่ 4/2565 รหัสโครงการวิจัย F3/65 เมื่ออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมและดำเนินการวิจัยต่อไป ขณะเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกได้หากไม่ต้องการเข้าร่วมโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 34.4 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 52 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.02 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพโสด ระยะเวลาเสพติดแอมเฟตามีน อยู่ในช่วง 6 – 10 ปี ระยะเวลาเสพติดเฉลี่ย เท่ากับ 9.93 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.64 ระยะเวลาเสพติดน้อยสุด 1 ปี ระยะเวลาเสพติดมากที่สุด 30 ปี ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อยู่ในขั้นเตรียมตัว ร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ ขั้นลงมือ ร้อยละ 29.5 ขั้นไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 13.7 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุผลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรู้คิดระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 17 – 74 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 48.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.19 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรมระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 23 – 82 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 56.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.62 สมดุลการตัดสินใจด้านผลดีระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 16 – 39 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 27.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.49 สมดุลการตัดสินใจด้านผลเสียหรืออุปสรรคระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 24 – 49 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 35.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.99 การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง ในช่วง 16 – 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 33.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.09 ดังตารางที่ 2

ความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุผลการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรู้คิด ($X^2 = 19.66$, $p = .03$) กระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมด้านพฤติกรรม ($X^2 = 35.12$, $p = .00$) สมดุลการตัดสินใจด้านผลดี ($X^2 = 20.25$, $p = .02$) สมดุลการตัดสินใจด้านผลเสียหรืออุปสรรค ($X^2 = 8.20$, $p = .04$) และการรับรู้ความสามารถตนเอง ($X^2 = 42.84$, $p = .00$) มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเสพติดแอมเฟตามีน ไม่มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเข้าบำบัดรักษาในหน่วยบริการจิตเวชระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกัน เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ระดับการศึกษา และระยะเวลาเสพติดแอมเฟตามีนมีความใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงทำให้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Jang, Kim, Park & Kim²⁸ ที่พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยสุราไม่มีความแตกต่างกันตามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกดื่มสุรา และการศึกษาของ de Weert-van Oene, Gongora, von Stenberg & de Jong²⁹ ที่พบว่า ระยะเวลาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดไม่แตกต่างกันตามความพร้อมในการรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพติดผิดกฎหมาย

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน พบว่า อยู่ในขั้นเตรียมตัว ร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ ขั้นลงมือ ร้อยละ 29.5 ขั้นไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 13.7 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการเสพติดแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ขณะรักษาและมีอาการทางจิตในระยะโรคสงบ เริ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเสพติด สมดุลตัดสินใจด้านผลดีและผลเสีย และแสวงหาแนวทางการรักษาจากผู้ให้การบำบัด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹

ที่กล่าวว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเตรียมตัวส่วนใหญ่ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเตรียมพร้อมเข้ารับการรักษา มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Opsal, Kristensen & Clausen³⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้งสมัครใจและไม่สมัครใจ ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมตัวเพื่อรับการช่วยเหลือขณะเข้ารับการรักษ และการศึกษาของ de Weert-van Oene, Gongora, von Sternberg & de Jong²⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษามีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพติดผิดกฎหมายในระดับสูง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านรู้คิดและพฤติกรรม มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมตัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการด้านการรู้คิดถูกนำมาใช้ในกลุ่มไม่สนใจปัญหาและลังเลใจ ส่วนกระบวนการด้านพฤติกรรมถูกนำมาใช้ในกลุ่มเตรียมตัวและลงมือปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Finnell³¹ ที่พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และการศึกษาของ Fava, Velicer & Prochaska³² ที่พบว่า ผู้ที่อยู่ในขั้นเตรียมตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ให้ความสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากที่สุด

สมดุผลการตัดสินใจด้านผลดีและผลเสียหรืออุปสรรคมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเตรียมตัว ซึ่งเป็นไป

ตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ผลดีและผลเสียของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ย่อมมีแนวโน้มตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Stockings et al.³³ ที่พบว่า ความไม่สุขสบายจากการสูบบุหรี่และความพยายามเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาแบบผู้ป่วยใน มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Morris et al.¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาเฮโรอีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลางและระดับสูงส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมตัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ย่อมมีแนวโน้มตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือพบในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงขั้นเตรียมตัวและลงมือปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Morris et al.¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและพฤติกรรมเลิกเสพยาเฮโรอีน และการศึกษาของ Schmidt, Bischof, Harting & Rumpf³⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองในปัจจุบันของผู้ป่วยสารเสพติดมีอิทธิพลระดับสูงต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ ซึ่งมีข้อคำถามค่อนข้างมาก และบางคำถาม

อาจไม่เข้ากับบริบทผู้ป่วยสารเสพติดอื่น ๆ โดยเฉพาะแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงและแบบสอบถามสมดุลการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายเกือบทั้งหมดเนื่องจากช่วงเวลาการศึกษาผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนน้อย จึงทำให้การเปรียบเทียบความแตกต่างด้านเพศมีข้อจำกัด และการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในบริบทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการจิตเวช ผลการศึกษาจึงไม่สามารถใช้อ้างอิงในระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการจิตเวช ควรประเมินผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขณะเข้ารับการรักษา และจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีนตามในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นประสบผลสำเร็จ

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของหน่วยบริการจิตเวช ซึ่งมีความแตกต่างจากหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เพราะฉะนั้นการศึกษารูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรคำนึงถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการเสพยาเสพติด และหน่วยบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับวิธีการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน เช่น ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การประเมินความพร้อม แรงจูงใจและการคงอยู่ในระบบการรักษา เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหอย่างครอบคลุม

2. ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้กับกลุ่มทดลอง

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ แสดงให้เห็นว่าแนวคิดนี้ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนได้ นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในขั้นเตรียมตัวเพื่อเลิกเสพยาแอมเฟตามีน จึงเป็นสัญญาณที่ดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้น หน่วยบริการจิตเวช สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะโรคสงบ และกำหนดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับสูงขึ้น จนสามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และศาสตราจารย์ ดร. วาทีนี สุขมาก ที่อนุญาตให้ใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจ การพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล (N = 95)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	95.8
หญิง	4	4.2
อายุ (ปี)		
20 – 29 ปี	24	25.3
30 – 39 ปี	46	48.4
≥ 40 ปี	25	26.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	33.7
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	30	31.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	33	34.7
สถานภาพสมรส		
โสด	61	64.2
สมรส	19	20.0
หม้าย หย่า แยกทาง	15	15.8
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาแอมเฟตามีนจนถึงปัจจุบัน (ปี)		
1 – 5 ปี	31	32.6
6 – 10 ปี	35	36.9
≥ 11 ปี	29	30.5

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุล การตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีน (N = 95)

ตัวแปร	($\bar{x}$)	S.D.	Rang	แปลผล
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม				
ด้านการรู้จัก	48.68	11.19	17 – 74	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	56.60	12.62	23 – 82	ปานกลาง
สมดุลการตัดสินใจ				
ด้านผลดี	27.47	5.49	16 – 39	ปานกลาง
ด้านผลเสียหรืออุปสรรค	35.81	4.99	24 – 49	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเอง	33.42	7.09	16 – 50	ปานกลาง

$\bar{X}$, Mean; S.D., Standard Deviations

ตารางที่ 3 ความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน โดยการทดสอบไคสแควร์ (N = 95)

ตัวแปร	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการเลิก								X ²	df	p	
	เสพยาแอมเฟตามีน											
	PC		C		P		A					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
เพศ												
ชาย	13	13.7	27	28.4	45	47.4	6	6.3	2.09	3	.55	
หญิง	0	0.0	1	1.1	3	3.2	0	0.0				
อายุ (ปี)												
20 – 29 ปี	4	4.2	7	7.4	12	12.6	1	1.1	6.89	6	.33	
30 – 39 ปี	7	7.4	11	11.6	23	24.2	5	5.3				
≥ 40 ปี	2	2.1	10	10.5	13	13.7	0	0.0				
ระดับการศึกษา												
ประถมศึกษา	6	6.3	8	8.4	16	16.8	2	2.1	6.39	6	.38	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	1	1.1	11	11.6	15	15.8	3	3.2				
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	6	6.3	9	9.5	17	17.9	1	1.1				
สถานภาพสมรส												
โสด	9	9.5	19	20.0	28	29.5	5	5.3	6.15	6	.40	
สมรส	2	2.1	7	7.4	9	9.5	1	1.1				
หม้าย หย่า แยกทาง	2	2.1	2	2.1	11	11.6	0	0.0				
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาแอมเฟตามีนจนถึงปัจจุบัน (ปี)												
1 – 5 ปี	3	3.2	9	9.5	15	15.8	4	4.2	4.68	6	.58	
6 – 10 ปี	7	7.4	10	10.5	17	17.9	1	1.1				
≥ 11 ปี	3	3.2	9	9.5	16	16.8	1	1.1				
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรู้คิด												
ระดับต่ำ	7	7.4	6	6.3	2	2.1	1	1.1	19.66	6	.03*	
ระดับปานกลาง	5	5.3	20	20.1	40	42.1	3	3.3				
ระดับสูง	1	1.1	2	2.1	6	6.3	2	2.1				
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรม												
ระดับต่ำ	8	8.4	10	10.5	1	1.1	0	0.0	35.12	6	.00*	
ระดับปานกลาง	4	4.2	17	17.9	37	38.9	4	4.2				
ระดับสูง	1	1.1	1	1.1	10	10.5	2	2.1				

ตัวแปร	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิก								X ²	df	p
	เสพยาแอมเฟตามีน										
	PC		C		P		A				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
สมดุลการตัดสินใจด้านผลดี											
ระดับต่ำ	0	0.0	1	1.1	13	13.7	4	4.2	20.25	3	.02*
ระดับปานกลาง	12	12.6	25	26.3	32	33.7	2	2.1			
ระดับสูง	1	1.1	2	2.1	3	3.2	0	0.0			
สมดุลการตัดสินใจด้านผลเสียหรืออุปสรรค											
ระดับปานกลาง	10	10.5	16	16.8	21	22.1	1	1.1	8.20	3	.04*
ระดับสูง	3	3.2	12	12.6	27	28.4	5	5.3			
การรับรู้ความสามารถตนเอง											
ระดับต่ำ	4	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	42.84	6	.00*
ระดับปานกลาง	9	9.5	21	22.1	23	24.2	0	0.0			
ระดับสูง	0	0.0	7	7.4	25	26.3	6	6.3			

*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05); PC, Pre – contemplation; C, Contemplation; P, Preparation; A, Action

เอกสารอ้างอิง

- 1 . United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022. Vienna: United Nations; 2022.
2. ดนัย อินทรกำแหง. สถานการณ์ของยาบ้าไอซ์ และสารเสพติดโดยรวมในประเทศไทย. ใน: รัศมน กัลยาศิริ บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 = Facts and figures : illegal substances in Thailand 2017-2020. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2563; 13-20.
3. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. Addiction 2006; 101(10): 1473-1478.
4. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการติดยา (พรส.); 2556.
5. McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo Y, Foulds J, Lappin JM, et al. Mental health outcomes associated with of the use of amphetamines: A systematic review

and meta-analysis. EClinicalMedicine 2019; 16: 81-97.

6. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการปฏิบัติงานสำหรับผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต (สจ.ร.ง.201) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2565.

7 . Shoptaw SJ, Kao U, Ling W. Treatment for amphetamine psychosis. Cochrane Database Syst Rev 2009; 2009(1): CD003026.

8 . Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment for people with Co-Occurring Disorders. Updated 2020 . Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (U.S.); 2020.

9 . Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K editors. Healthbehavior and health education: Theory, research, and practice. 4thed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p.97-117.



- 10 . Krebs P, Norcross JC, Nicholson JM, Prochaska JO. Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *J Clin Psychol* 2018; 74(11):1964-1979.
11. Nidecker M, DiClemente CC, Bennett ME, Bellack AS. Application of the Transtheoretical Model of change: psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addict Behav* 2008; 33(8): 1021-1030.
12. DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(1): 25-35.
13. Brown CH, Bennett ME, Li L, Bellack AS. Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addict Behav* 2011; 36(5): 439-47.
14. Morris DH, Davis AK, Lauritsen KJ, Rieth CM, Silvestri MM, Winters JJ, et al. Substance use consequences, mental health problems, and readiness to change among Veterans seeking substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* 2018; 94:113-121.
15. Srisurapanonta M, Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, et al. Cognitive impairment in methamphetamine users with recent psychosis: a cross-sectional study in Thailand. *Drug Alcohol Depend* 2020; 210:107961.
16. พิษณุ วัฒนการุณ, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล. นิพนธ์ต้นฉบับอาการทางจิตของผู้ป่วยในโรคจิตจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2557; 8(2): 11-20.
17. Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, Khuwuthyakorn P, et al. Risks of psychosis in methamphetamine users: cross-sectional study in Thailand. *BMJ Open* 2019; 9: e032711.
18. โกศล วราอัศวปติ, วรท ลำไย, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี และปราณี จันทะโม. ผลของการบำบัด starts over and survive ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2565; 30(2): 87-99.
19. กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์ และสุพัตรา สุขาวท. ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2561; 63(2): 127-140.
20. นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, อรัญญา แพ้จุ้ย, อมรัตน์ ชัยนนธิ, นัชชา รินทร์ ข้าของกิจ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2565; 36(2): 180-203.
21. ธวัชชัย วงพงศธร, สุรีย์พร วงพงศธร. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power. *วารสารกรมอนามัย* 2561; 41: 11-21.
- 22 . Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(4): 520-8.
23. เต็มศรี ชำนิการกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
24. โซพิยา สุธากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. คุณสมบัติของแบบวัดตัวแปรจิตลักษณะตามแบบจำลองข้ามทฤษฎีในผู้ใหญ่. *วารสารเภสัชกรไทย* 2552; 1(1): 48-63.

- 25 . Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N. A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48: 1279-89.
26. วาทีนี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร, ประภาพร มีนา. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2545; 47(1): 32-36.
27. Schwarzer R. General perceived self-efficacy in 14 cultures.[online], 1997. Available from:<http://userpage.fuberlin.de/~health/world14.htm>. [Cited 1 March 2022].
- 28 . Jang O, Kim Y, Park H, Kim H. Factors influencing readiness to change among hazardous drinkers in South Korea. *Psychiatr Clin Psychopharmacol* 2021; 31: 110-116.
29. de Weert-van Oene GH, Gongora V, von Sternberg K, de Jong CA. Motivation for Treatment and Motivation for Change in Substance-Dependent Patients with Co-Occurring Psychiatric Disorders. *J Psychoactive Drugs* 2015; 47(5): 393-400.
- 30 . Opsal A, Kristensen Ø, Clausen T. Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2019; 14(1): 47.
31. Finnell DS. Use of the Transtheoretical Model for individuals with co-occurring disorders. *Community Ment Health J* 2003; 39(1): 3-15
32. Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO. Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addict Behav* 1995; 20(2): 189-203.
33. Stockings E, Bowman J, McElwaine K, Baker A, Terry M, Clancy R, et al. Readiness to quit smoking and quit attempts among Australian mental health inpatients. *Nicotine Tob Res* 2013; 15(5): 942-9.
- 34 . Schmidt C, Bischof G, Harting M, Rump H-J. Motivation to change and readiness for counseling in prescription-drug-dependent patients in a general hospital population. *Addict Res Theory* 2009; 17(2): 186-190.

การพัฒนาแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Development of Drug Addict Treatment Model with Family and Community Participation in SuratThani Province

อรรจนกร สมเกียรติกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 65 คน เพื่อวิเคราะห์ สภาพปัญหา ข้อจำกัด และ Best practice 2) การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อประเมินการรับรู้และผลการดำเนินงานตามรูปแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 จำนวน 30 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ส่วนการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ประเมินผู้ติดยาเสพติด จำนวน 68 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่หนึ่ง 2) แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่สอง 3) แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทีแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษายาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา ผลการประเมินรูปแบบพบว่าก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{x} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{x} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.01) โดยผลการประเมินบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในประเด็นความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โดยผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ผลการประเมินภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มภาคีที่เกี่ยวข้อง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; ครอบครัวและชุมชน; การป้องกันและบำบัดยาเสพติด

*นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริหารสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Abstract

This action research purposed to developed and evaluated a drug addict treatment model with family and community participation in Surat Thani Province. The study was divided into 2 phases: Phase 1 was qualitative research using Delphi technique. There were 65 representatives involved key informants from community leader. President of the local government organization, Secondary School Director, director of community hospital and Director of the Tambon Health Promoting Hospital and drug addicts' family. The problems, limitations and best practice were analyzed for quantitative research. Assessment of recognition and implementation of the model were conducted for quantitative research. The samples sized were representatives of relevant health personnel which determine from a computer program. G*Power version 3.1.9.4 amount 30 population. The assessment of model applied results were done in all 68 drug addicts. The research instruments consisted of 1) an open-ended questionnaire for the model development of the first Delphi technique. 2) a questionnaire for model developing according to the second Delphi technique. 3) a questionnaire for evaluating the model's suitability. 4) Participation in drug prevention and treatment questionnaire, and 5) Satisfaction questionnaire for model implementation. Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. and t-test.

The results illustrated that the model of treatment for drug addicts with family and community participation in Surat Thani Province consisted of 5 steps: 1) family and community participation strengthening; 2) planning operations; 3) drug addict's treatment. 4) participation in control and monitoring, and 5) long-term care. The model assessment indicated that, before using the model, the representative families of drug addicts who participated in the activities were low level participated in drug prevention and treatment ($\bar{x} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$), then family representatives participated in high level ($\bar{x} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) after using the model, which increased statistically significant level of 0.05 (p-value=0.01). The overall satisfaction assessment results were increased significantly (p-value < .001).

Keywords: participation; family and community; drug addiction prevention and treatment

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพผลกระทบต่อสังคมและครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศไทย โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย แม้ว่าจะมีมาตรการและนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมถึงการรณรงค์เรื่องยาเสพติดจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สถิติของผู้ป่วยยาเสพติดและจำนวนคดียาเสพติดในประเทศไทยก็ยังไม่มีความยี่หุบและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในประเทศมากขึ้น¹ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงเครือข่ายการค้าจากตลาดออฟไลน์สู่ออนไลน์ ด้วยการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเพื่อเพิ่มโอกาสทางการค้าและทำให้ผู้เสพยาสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้นผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย อาทิ Line, Facebook, Twitter, และ Instagram เป็นต้น โดยช่องทางเหล่านี้ นอกจากจะช่วยลดความเสี่ยงในการเปิดเผยตัวตนของผู้ค้าแล้ว ยังช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการตัดสินใจให้กับผู้ซื้อได้มากขึ้นอีกด้วย เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ผู้ขายสามารถยกระดับการตลาดให้ดีขึ้นได้ด้วยการใช้ ภาพ วิดีโอ และข้อความที่ดึงดูดใจ เพื่อกระตุ้นความอยากซื้อให้กับผู้เสพ นอกจากนี้ เพื่อให้การขายยาเสพติดตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้ารายย่อยได้ดียิ่งขึ้น จึงพบว่าลักษณะและขนาดของบรรจุภัณฑ์มีความหลากหลายกว่าแต่ก่อน รวมถึงการแบ่งขายยาเสพติดในปริมาณที่แตกต่างกัน เพื่อให้ลูกค้าได้เลือกซื้อตามจำนวนเงินที่มี ทั้งนี้ยังยาเสพติดเข้าถึงผู้คนได้ง่ายมากขึ้นเท่าไร ก็จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดมีมากขึ้นตามไปด้วย² รัฐบาลไทยจึงเร่งรัดดำเนินนโยบาย “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูด้วย

แนวคิดที่ว่า ‘มองผู้เสพยาเป็นผู้ป่วย’ มากกว่าเป็นอาชญากร ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการใช้แล้วในต่างประเทศ เช่น ประเทศโปรตุเกส กระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกฎหมายฉบับใหม่นี้ จึงเน้นไปที่การใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ในสัดส่วนที่มากกว่าการลงโทษทางอาญา จากเดิมที่เน้นการบังคับบำบัดรักษาตามพรบ.45 ได้ปรับให้เป็นการบำบัดแบบไม่ต้องโทษ โดยหาผู้กระทำผิดเป็นผู้เสพยา กฎหมายกำหนดแนวทางให้ศาลพิจารณาคดีโดยคำนึงถึงการสงเคราะห์ให้ผู้เสพยาเลิกเสพยา ด้วยการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา³ นอกจากการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยคำสั่งศาลผู้กระทำผิดยังสามารถเลือกสมัครใจเข้าสู่กระบวนการได้ด้วยตัวเองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ โดยผู้ทำผิดจะไม่ถูกดำเนินคดี ทำให้ผู้ทำผิดนั้นจะไม่มีประวัติอาชญากร ซึ่งจะช่วยให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การบำบัดรักษาจะไม่มี การนำโทษทางอาญา อย่างการกักขังมาใช้ร่วมด้วย แต่ใช้มาตรการอื่นแทน เช่น การรายงานตัว การจำกัดการเดินทาง และการใช้ชุมชนเข้ามาร่วมสอดส่องดูแล ซึ่งทำให้ผู้ทำผิดยังคงดำเนินชีวิตตามปกติได้ ในขณะที่ได้รับการบำบัดรักษา⁴ โดยมีเพียงแค่บางเวลาที่ต้องรับการนัดหมายเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น โดยแนวคิดนี้ถือว่า ผู้เสพยาทุกคน เป็นผู้ป่วยและจะให้อีกโอกาสในการบำบัดรักษา รวมถึงดูแลช่วยเหลือให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยรัฐบาลได้ให้อีกโอกาสแก่ผู้ต้องสงสัยว่า ผู้เสพยาเสพติดทุกคนสามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู โดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย โดยหากพบผู้ใกล้ชิดใช้ยาเสพติดขอให้ทำ ความเข้าใจและแนะนำให้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) รวมถึง โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลอภัยภูธรและโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติด

ของโลก พ.ศ. 2559 (United Nations General Assembly Special Session 2016 : UNGASS 2016) ได้มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหาเสพติดว่าแท้จริงแล้วปัญหาเสพติดเป็นเรื่องสุขภาพ เรื่องของระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจน ฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วย^{5,6}

โดยจากประเด็นปัญหาและความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ จึงดำเนินการศึกษา “การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงรูปแบบและแนวทางการบริหารบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้เกิดประสิทธิภาพ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ใช้และเสพสารเสพติดให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ดำเนินการศึกษาวิจัย 1 ปี 3 เดือน (1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2565) ตามรายละเอียดระเบียบวิธีการศึกษาดังนี้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยความร่วมมือของครอบครัว

รักษาผู้ติดยาเสพติดโดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามรายละเอียดดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ข้อจำกัด Best practice และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature reviews) โดยมุ่งศึกษาค้นคว้าเอกสารและตำราทางวิชาการ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด (conceptual framework) และเป็นข้อมูลประกอบการออกแบบแบบสอบถาม และพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2) การสอบถามในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและเครือข่ายบริการในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ส่งแบบสอบถามปลายเปิดให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทางไปรษณีย์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเมื่อได้รับการตอบกลับมารอบแล้วรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปประเด็น วิเคราะห์เพื่อนำไปประกอบการจัดทำแบบสอบถามของกระบวนการเดลฟายในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟายครั้งที่ 2 ให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวมและผลสรุปเฉพาะบุคคลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคล ในครั้งที่ 1 เมื่อได้รับการตอบกลับมารอบแล้ว วิเคราะห์และสรุปข้อมูลภาพรวมของความคิดเห็น และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อใช้ประกอบการตอบแบบสอบถามในกระบวนการครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟายครั้งที่ 3 ให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวม และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถามครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการตอบกลับมารอบแล้ว ทำการวิเคราะห์และ สรุปข้อมูล หากผลสรุปข้อมูลยังไม่คงที่ที่เป็นฉันทามติ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญแสดงความคิดเห็นยังไม่สอดคล้องกันถึง

ร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 15 จะทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งหรือ จนกว่าผู้ให้ข้อมูลนั้นแสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันถึงร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 แล้ว จึงนำข้อสรุปที่ได้ไปรวมประเด็นกับแนวคิดหลักการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และส่งรูปแบบดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญ รวมจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ เพื่อดำเนินการแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ผ่านความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญไปใช้และประเมินผลลัพธ์ โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่พัฒนาขึ้น หลังจากผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกแห่ง โดยเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้และประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดจำนวน 65 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก

ของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีจากผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษานี้มีระยะเวลาการศึกษารวม 1 ปี 3 เดือน ดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) คือ แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 1 จำนวน 7 ข้อ ในประเด็น วัตถุประสงค์ของรูปแบบ หลักการของรูปแบบ ระบบงานและกลไกของรูปแบบ วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผลเงื่อนไขการนำไปใช้ และคู่มือการใช้รูปแบบ

แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 2 และ 3 จำนวน 20 ข้อ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบจากเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (ร่าง) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด จำนวน 20 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามปลายเปิดได้ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์คนที่มีความสัมพันธ์เหมือนผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 คน ที่อยู่ในพื้นที่อื่น นอกพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

ระยะที่ 3 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ได้แก่ 1. แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษา ยาเสพติด 2. แบบสอบถามประเมินการรับรู้แนวทางการเหมาะสมของรูปแบบ และความพึงพอใจ ต่อรูปแบบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 และ น้อยที่สุด=1 สร้างและกำหนดรูปแบบของข้อคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง ด้วยค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC: Index of congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นรายชื่อจำนวน 3 คน และค่าความเชื่อมั่น ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อระหว่าง 0.65 - 1.00 ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับและค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงที่สามารถนำไปใช้ได้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.87 พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ผลการทดสอบพบว่ามียุทธศาสตร์ทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความหมายเป็นระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนนเป็นระดับมาก 2.51-3.50 คะแนนเป็นระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน เป็นระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนนเป็นระดับน้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยเชิงคุณภาพ หลังตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

(Content Analysis) แบบ บ Thematic analysis ในประเด็นด้านปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด (Gap analysis) และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้รับจากแบบบันทึกข้อมูลและจากแบบสอบถาม จะผ่านการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average of mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติการทดสอบค่าที่ (paired t-test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 โดยข้อมูลการวิจัย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, p-value=0.08)

ผลการศึกษา

1. การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และหลักการของรูปแบบ

2. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยมุ่งการเสริมสร้างความรู้ สร้างความรักและความเข้าใจภายในครอบครัว และการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วม

3. การจัดระบบและกลไกการดำเนินงานของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามแนวคิดการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ประกอบด้วย 1) ระบบการป้องกันการติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชน และครอบครัวแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายของชุมชน การสร้างสภาพแวดล้อม และการส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายชุมชน สร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนให้น่าอยู่ และส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน โดยส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนรวมถึง การส่งเสริมและสร้างอาชีพให้แก่คนในชุมชน

2) การจัดระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยครอบครัวและชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วม ด้วยการสมัครใจบำบัด พื้นฟู และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and rehabilitation: CBTx) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากขึ้น โดยมีการดำเนินการในชุมชน มีการระดมทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมองว่า ชุมชนนั้น เป็นเสมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ที่มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการ การรักษาฟื้นฟูเข้ากับบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน ซึ่งการเข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ และชุมชนรองรับค่าใช้จ่ายได้ โดยมีองค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของการดำเนินงานแบบ CBTx ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วม ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : CBTx

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้กำหนดแนวทาง โดยหากเมื่อในชุมชนทราบว่าผู้ติดยาหรือผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในพื้นที่ ได้ทำการประสานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อคัดกรอง และจำแนกระดับความรุนแรงของอาการ ถ้ามีอาการรุนแรง และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางกายและจิตเวช จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป

หรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีคณะกรรมการหรืออาสาสมัคร ในชุมชน ติดตามเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการบำบัดนั้น มีกระบวนการสร้างการยอมรับในสังคมปรับเปลี่ยนทัศนคติ ครอบครัว ชุมชน สังคม ว่าผู้เสพคือผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ต้องโทษ นอกจากนี้ มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ฝึกทักษะอาชีพ สร้างกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เพื่อไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เมื่อผ่านการบำบัดแล้ว ต้องมีการตรวจติดตามเป็นระยะ ๆ และมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งทางกายและทางจิต และครอบครัว ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ดังภาพที่ 2 3.) สร้างกลไก การดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วยคณะกรรมการ ป้องกันและรักษายาเสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วนในสัดส่วนที่เน้นครอบครัวและองค์กร ชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทน ครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ตัวแทนผู้ที่ผ่านการบำบัด แล้ว ตัวแทนภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับขนาดของชุมชน โดยมีขั้นตอน ในการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน, วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการร่วมตัดสินใจ, ปฏิบัติการรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยใช้กระบวนการร่วมปฏิบัติที่เริ่มด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกัน ปัญหาเสพติด, ร่วมติดตามและประเมินผล และดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรักและการดูแล รวมถึงคณะกรรมการครอบครัวและชุมชนได้มีการร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้าน อาชีพ การศึกษา และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้ผ่านการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ได้ผ่านการรักษาต้องการ รวมถึงระดับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหาเสพติด ในอนาคตทั้งของผู้รักษาและบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในช่วงวัยที่อ่อนไหวต่อการติดยาเสพติด



ภาพที่ 2 การดำเนินงานตามรูปแบบ CBTx

การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการประเมินผลจากผลลัพธ์การดำเนินงานตามรูปแบบ การขับเคลื่อนการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ ซึ่งได้มีการขับเคลื่อนผ่านนโยบายและการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ คู่มือ SOP และ CPG ในการดำเนินงานและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมชี้แจงและการฝึกอบรม โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและมีความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินการตามรูปแบบ ร้อยละ 100 และได้รับการสนับสนุนการจัดบริการตามบทบาทการสนับสนุนการจัดบริการของระดับพื้นที่ในชุมชน ร้อยละ 96.67 โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวปฏิบัติ โดยเข้าร่วมประเมินพื้นที่ และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดขึ้น และร่วมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 98.50

ส่วนความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการตามรูปแบบ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากถึงมากที่สุด โดยผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าความเหมาะสมของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด อยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด ส่วนความเหมาะสมด้านขั้นตอนของรูปแบบ และความเหมาะสมด้านคู่มือการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติด ในระดับน้อย ($\bar{x} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{x} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.01) โดยผลการประเมินบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในประเด็นความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โดยผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ผลการประเมินภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มภาคีที่เกี่ยวข้อง (อสม. ผู้นำชุมชน จพต.) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=30)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด	$\bar{x}$	sd	$\bar{d}$	s $\bar{d}$	df	t	p-value
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.38	0.49	2.15	0.16	29	13.44	0.01*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.23	0.33					

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(29, 0.05)} = 1.69$)

การประเมินผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้เสพและใช้สารเสพติด เข้ารับการรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในพื้นที่อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จำนวน 53 ราย อำเภอบ้านนาเดิม จำนวน 8 ราย อำเภอเกาะสมุย จำนวน 7 ราย รวมเข้ารับการรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 68 ราย โดยส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.65 ส่วนใหญ่อายุ 10 - 19 ปี ร้อยละ 39.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.12 ปี ส่วนเปี่ยงเบนมาตรฐาน 10.15 ปี สถานภาพ โสด ร้อยละ 70.10 ด้านการศึกษา พบว่าจบการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.82 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.71 ทั้งนี้พบว่ามีกลุ่มที่ไม่มีรายได้สูงถึงร้อยละ 33.82 และอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 29.41

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามข้อมูลการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยใช้สารเสพติดครั้งแรกอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 69.12 ชนิดสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก คือ ยาบ้าหรือ ยาไอซ์ ร้อยละ 75.00 โดยสาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกคือทำให้หายป่วยร้อยละ 40.20 ชนิดสารเสพติดสุดท้ายก่อนบำบัดรักษา คือ ยาบ้าหรือยาไอซ์ ร้อยละ 76.10 โดยผลการจำแนกประเภทเป็นผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 54.41 เข้ารับบำบัดแบบสมัครใจร้อยละ 97.06 ส่วนผลการติดตามหลังจบโปรแกรมที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยหยุดเสพยาเสพติดที่ 3 เดือน หลังจบ โปรแกรมคิดเป็น ร้อยละ 95.59 ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วย หยุดเสพยา 3 เดือน หลังจบ โปรแกรมตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การบำบัดรักษาแบบสมัครใจ ($P=0.017$)

ตารางที่ 2 ผลการติดตามหลังจบโปรแกรมที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน (n=68)

ระยะเวลาหลังการบำบัดรักษา	ผลของการติดตามหลังจบโปรแกรม					
	ไม่เสพ		เสพ		ติดตามไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2 สัปดาห์	63	92.65	5	7.35	2	2.94
1 เดือน	65	95.59	3	4.41	0	0.00
2 เดือน	67	98.53	1	1.47	0	0.00
3 เดือน	68	95.59	3	4.41	0	0.00

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด

ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อการบริการที่ได้รับตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในจังหวัด

สุราษฎร์ธานี พบว่าผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทราบเกี่ยวกับกาบำบัดรักษายาเสพติด ระดับมากที่สุด ร้อยละ 79.91 ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแนวทางและรูปแบบที่กำหนด ระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.65 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว

และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเจ้าหน้าที่ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.50 การได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในประเด็นด้านสุขภาพและการดูแลด้านอื่นๆ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.30

ความพึงพอใจต่อการได้รับการบำบัด

ผลการประเมินพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 57.35 รองลงมา พึงพอใจมาก ร้อยละ 29.41

วิจารณ์ผล

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พัฒนาขึ้นภายใต้เป้าหมายเพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและรักษายาเสพติด ภายใต้การบูรณาการและการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการขั้นตอนและเกิดภาคีเครือข่ายการในดำเนินงาน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและเครือข่าย ด้วยระบบกลไกการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วมในการรักษาโดยใช้ครอบครัวและชุมชนในการบำบัดรักษา แบบมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจบำบัด ฟื้นฟู และติดตาม ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการป้องกัน และรักษาเสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วน ซึ่งมีขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการร่วมคิด 2) วางแผนการดำเนินงานด้วยการร่วมตัดสินใจของครอบครัวและชุมชนที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 3) ปฏิบัติการรักษาผู้ติดยาเสพติดตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ 4) ร่วมติดตาม และประเมินผล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว แก่ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการ

เพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น 5) ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัย ให้โอกาสให้ความรักและดูแลในการการประเมินผลการดำเนินงาน โดยประเมินจากจำนวนครอบครัวและผู้เสพยาเสพติด ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางคัน จำนวนผู้เสพ หน้าใหม่ ความคิดเห็นต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจกิจกรรมตามรูปแบบ ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติด และองค์กรชุมชน ภายใต้เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จจากคณะกรรมการที่สมัครใจและเสียสละเวลาในการดำเนินงานโดยมีคู่มือการใช้รูปแบบที่มีรายละเอียดของรูปแบบที่ชัดเจน ที่เข้าใจได้ง่าย

ผลการประเมินที่พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี⁷ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ⁸ ที่มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดรูปแบบ 2) หลักการรูปแบบ 3) เป้าหมาย รูปแบบ 4) กระบวนการรูปแบบ และ 5) การประเมินผลรูปแบบ ซึ่งพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมในระดับมาก

ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{x} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{x} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$)

ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.01$) เนื่องจากรูปแบบนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการและสามารถแสดงออกในการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้⁹ ที่พบว่าหลังการปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิต และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน¹⁰ ที่ศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมที่ส่งผลให้ภายหลังการได้รับโปรแกรมเยาวชนมีการพัฒนาทักษะชีวิต และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นการศึกษาผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ตติยานันทพร⁸ ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด สอดคล้องกับการใช้แนวคิดการแก้ปัญหาโดยชุมชน (Community Based) เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษา

การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัดรักษาและดูแลผู้บำบัดหลังการบำบัดรักษา/การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ในการสอดส่องดูแล/คัดกรอง/ติดตามผลผู้บำบัดในชุมชน การขยายเครือข่ายสถานศึกษา ผู้นำและอาสาสมัครในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครรุ่นใหม่และวิทยากรกลุ่มเยาวชน เน้นการทำงานแบบจิตอาสาและอาสาสมัคร (Volunteer) ทำให้งานบำบัดรักษาสามารถดำเนินการได้ด้วยความ

เข้มแข็งของชุมชนในการดูแลบุตรหลานของ ตนเองมากกว่าการพึ่งพิงการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ โดยให้หน่วยงานของรัฐและทีมงานสหวิชาชีพทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือในการเขียนแผนการดำเนินงานและการจัดทำงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งแก้ปัญหาบางประการและการประสานงานการส่งต่อผู้บำบัดในพื้นที่ที่มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยมีผู้นำชุมชนเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันช่วยเหลืองานในชุมชน เช่น การบริการสังคม การส่งเสริมอาชีพ การอยู่เวรยาม การชักจูงให้เข้ารับการบำบัดรักษาและมีส่วนช่วยในการติดตามผลผู้ผ่าน การบำบัดในชุมชนด้วยการปรับนโยบายให้มีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สามารถปรับระเบียบและนโยบายมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาการดำเนินงานบำบัดรักษาต้องตั้งเป้าหมายตามสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ โดยเน้นที่การทำงานในลักษณะบูรณาการนโยบายของรัฐ ต้องให้ความสำคัญกับความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติและเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมไม่แยกส่วน โดยการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดประจำจังหวัด ถือเป็นการทำงานแบบบูรณาการที่มีการร่วมมือกันกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งให้เป็นศูนย์บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ รวมทั้ง สถานบำบัดหรือสถานพยาบาลและ คลินิกภาคเอกชนที่มีความพร้อมและได้รับการตรวจสอบมาตรฐานให้มีส่วนร่วมในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ควรมีการจัดตั้งศูนย์ฝึกประจำจังหวัดและศูนย์แยกประเภทการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความสำเร็จและการดำเนินงานที่เป็นเลิศในระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ คือ การให้การสนับสนุนจากผู้บริหาร

ระดับสูงของจังหวัดและท้องถิ่นในการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่และเป็นผู้อำนวยการ ศพสจ. ดำเนินงานอำนวยการบูรณาการแผนงานและงบประมาณทำให้หน่วยงานฝ่ายปกครองและหน่วยงานในท้องถิ่นในระดับตำบลและหมู่บ้าน รวมทั้งภาคเอกชนที่ร่วมเป็นคณะกรรมการให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่และทำงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยปัจจัยของกิจกรรมที่มีความน่าสนใจและมีความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่และเป็นพลังให้ผู้บำบัดสามารถกลับมาดำรงชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษา กิจกรรมในค่ายบำบัด มีความสำคัญและเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้บำบัดสามารถประสบความสำเร็จในการบำบัดและกลับตัวเป็นคนดีของสังคม ประกอบอาชีพโดยสุจริต การให้ผู้เสพทบทวนสาเหตุ ของการเสพยาเสพติดและผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัวในการเสพยาเสพติด การเขียนแผนที่ชีวิต การอบรมธรรมะ การฝึกกระบี่กระบอง การฝึกอาชีพ ที่เป็นไปตามความต้องการและการสมัครใจของผู้บำบัดเอง อาชีพมีความเหมาะสมตามของวัฒนธรรมท้องถิ่น และสามารถนำไปประกอบอาชีพได้จริงในพื้นที่ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้นบำบัดไปจนถึงการติดตามผลการบำบัดรักษา

ความเข้มแข็งและความร่วมมือของชุมชน โรงเรียน การศึกษานอกโรงเรียน สถานประกอบการ ในการทำงานสนับสนุนการทำงานของภาครัฐ อาสาสมัครในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและเสียสละทั้งกำลังกายและกำลังทรัพย์ในการติดตามผลการคัดเลือกผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน การลงพื้นที่ติดตามผลโดยการทำงานเป็นทีมทำให้มีพลังและมีความปลอดภัยในการทำงาน การให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ชุมชนในการแก้ปัญหาทั้งแนวทางตำรวจชุมชนและการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการแก้ปัญหา

ของชุมชนด้วยตนเอง ส่งเสริมการทำงานของผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน ประชาชนชาวบ้านและประชาคมหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมและค่ายจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนเพื่อป้องกันและบำบัดกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา

สรุปผลการศึกษา

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้การเชื่อมต่อการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลควบคู่กับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่เป็นการบูรณาการจากทุกภาคส่วนส่งผลให้ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม โดยพบว่าร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value $< .001$) โดยรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปขยายใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารการแพทย์ สาธารณสุขในทุกระดับที่สนับสนุนในการศึกษาค้นคว้านี้ จนผลการศึกษามีขึ้นครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนประชารัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/Plan%20SafeDrug_2561.pdf



2. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนประชารัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/Plan%20SafeDrug_2561.pdf World
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 2566 - 2570. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; 2565.
4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 3/2561 เรื่อง แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: [www.nccd.go.th/upload/news/2\(29\)](http://www.nccd.go.th/upload/news/2(29))
5. ไชยยา รัตนพันธ์. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. Journal of Roi Kaensarn Academi 2019; 4(2): 18-33.
6. UNODC. Drugs and HIV/AIDS in Southeast Asia: A Review of Critical Geographic Areas of HIV/AIDS infection Among Injecting Drug Users and of National Program Responses in Cambodia, China, LaoPDR, Thailand and Vietnam; 2004.
7. ชฎากาญจน์ ชาลรัตน์, ยอดชาย สวรรณวงษ์. รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวทางการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565; 2(1): 49-68.
8. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(2): .
9. พาตีเมาะ นิมา, ฤทธิ หะยีหมัด, รอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2565;28(1):127-42.
10. นฤมล มีนา, วีระพร ศุทธาภรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร. 2561; 45(2): 88-98.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
(CBTx) กรณีศึกษา โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด
แบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และ โครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน
พื้นที่อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

Success Factors in Drug Rehabilitation by Community Participation (Community
Based Treatment and Rehabilitation: CBTx), Case Study of Sustainable
Community Implementation Project to Solve Drug Problems
Comprehensively According to the National Strategy and Project
1 Local 1 Sustainable Community in Chatturat District,
Chaiyaphum Province.

พิชิต มีแสง*, อาทิตย์ ฉัตรชัยรัตนเวช**,
ปริญกร ชาลีพรหม***, ปิธิญาลักษณ์ ต้นดี****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ ในการบูรณาการร่วมกันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัด (CBTx) 2) ศึกษาถึงแนวทางและปัจจัยแห่งความสำเร็จของหน่วยงานที่ร่วมบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัด ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารของจังหวัดชัยภูมิ ที่รับผิดชอบงานป้องกัน บำบัดฟื้นฟู ข้าราชการ และประชาชนในพื้นที่อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย พบว่า เป็นการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัดที่มีประสิทธิภาพ โดยมีจุดเด่น คือ ก่อนเริ่มโครงการบุคลากรได้รับการฝึกอบรมในการเข้าไปค้นหา คัดกรองผู้ติดยาเสพติดในชุมชนให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มีวางแผนการรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ตามหลักวิชาการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ผู้ที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ และโครงการดังกล่าวมีประสิทธิภาพของการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้าบำบัดจนครบกระบวนการ และได้รับเอกสารรับรองทางการแพทย์ มีการแสวงหาทุนประกอบอาชีพให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคม มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนทุกมิติไม่ให้เกิดการกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ กำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเป็นวาระเร่งด่วนของจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเปรียบเสมือนเป็นเสาเอก โดยมีตำรวจ สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเสาหลัก ช่วยกันแก้ไขปัญหายา มีแหล่งงบประมาณที่ครบถ้วน เพียงพอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนในการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ติดยาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม มีความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : CBTx, แก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร, 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน

*ตำรวจภูธรจังหวัดชัยภูมิ **สถานีตำรวจภูธรจตุรัส

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรัส *โรงพยาบาลจตุรัส



Abstract

Success Factors in Drug Rehabilitation by Community Participation (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx), Case Study of Sustainable Community Implementation Project to Solve Drug Problems Comprehensively According to the National Strategy and Project 1 Local 1 Sustainable Community in Chaturat District, Chaiyaphum Province. The objectives of this research were 1) to study the operational patterns of government agencies. Integrating drug rehabilitation treatment to drug users in the community in the form of community therapy centers (CBTx) and 2) to study the guidelines and the success factors of the integrated agencies community rehabilitation in the form of a community therapy center under the drug law using a qualitative research model with a study from documentary research and in-depth interviewing with key informants. The sample group was executives of Chaiyaphum Province. who is responsible for prevention, treatment, rehabilitation, government officials and people in the Chaturat District, Chaiyaphum Province.

The research results showed that this project It is an integration of many agencies. in the rehabilitation of drug patients in the community in the form of community therapy centers effective, The highlight is that before the starting of the project, the personnel have been trained in search. Screening drug patients in community to comply with the Narcotics Code. There is a plan for the treatment of drug users in the community, with the medical principles appropriately People who participated in the project were satisfied. And such projects have. the efficiency of taking care of drug patients who have undergone treatment until the end of the process. and will receive a medical certificate. There is a quest for a career capital to be able to live in society. The community environment has been improved in every dimension so that it is not conducive to get involved in drugs. The success factor is setting up urgent agenda to solve drug patients in province. There is a provincial governor as a pillar. The police departments, public health departments, administrative departments, and local government organizations are the pillars to jointly solve problems. There are complete and sufficient budget sources. and social rehabilitation center local government branch To act as a driving force in the search, screening, treatment and rehabilitation of drug patients in a concrete way to continue with sustainable.

Keywords : CBTx, One Stop Drug Solution, 1 Local 1 Sustainable Community

บทนำ

จากรายงาน World Drug Report 2022 โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) สรุปสถานการณ์ยาเสพติดโลกพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 284 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรช่วงอายุ 15 – 64 ปี โดยคิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26 ในห้วงทศวรรษที่ผ่านมา และคาดการณ์ว่าผู้ใช้ยาเสพติด ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 สถิติการจับกุมคดียาเสพติดสูงถึง 341,137 คดี เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่มี 208,066 คดี คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 64 ในห้วงระยะเวลา 5 ปี ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอุปสงค์ที่สูงขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทานยาเสพติด และการแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ครบวงจรส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกระเสพซ้ำจากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ ประกอบกับกลยุทธ์การค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติดที่ทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติด จนเกิดเป็นภาวะท่วมท้นทั้งอุปทานและอุปสงค์ยาเสพติด ทำให้มีผู้เสพยาใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น ข้อมูลผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในห้วงปี พ.ศ. 2560 - 2564 จะพบสัดส่วนผู้เสพยาใหม่ เฉลี่ยร้อยละ 80 ขณะที่ผู้เสพยาเก่าที่เข้ารับการบำบัดซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่นับรวมผู้เสพยาจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และสามารถหายาเสพติดมาเสพได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำ เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชจากยาเสพติด ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับการรักษาอาการจิตเวชจากยาเสพติด 434,826 ราย เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้ากว่าเท่าตัว และเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปี พ.ศ. 2558 ที่มีเพียง 26,308 ราย โดยปัจจุบันมีสัดส่วนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 18 จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาอาการทางจิตเวชทั้งหมด

นอกจากนี้ พบข้อมูลจากรายงาน World Prison Brief 2021 ฐานข้อมูลการศึกษาและวิจัยเชิงนโยบายของระบบนักโทษคืออาชญากรรมของโลก พบว่าประเทศไทยติดอันดับ 6 ของประเทศที่มีอัตราผู้ต้องขังล้นเรือนจำมากที่สุดในโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ต้องขังคดียาเสพติดในเรือนจำ จำนวนทั้งสิ้น 228,049 คน คิดเป็นร้อยละ 81.5 ของนักโทษทั้งหมด จากผลสรุปของการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก (United Nations General Assembly Special Session 2016 : UNGASS 2016) ได้ถูกนำไปปรับใช้ในหลายประเทศ มีกรอบนโยบายที่สำคัญเช่นการใช้สาธารณสุขนำการแก้ปัญหา ลดอุปสงค์ โดยการให้ความสำคัญกับสุขภาพสิทธิ และความปลอดภัยของบุคคล โดยนโยบายดังกล่าวได้นำไปศึกษาและพัฒนาไปสู่การจัดทำ “ประมวลกฎหมายยาเสพติด” ของประเทศไทย ดังนั้นนับว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย เริ่มต้นขึ้นเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นวันแรกที่พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้

ในปี พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติขึ้น ซึ่งเป็นโครงการที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหายาเสพติดในมิติของผู้เสพ/ผู้ติด ที่อยู่ในชุมชนให้หายขาดจากการเสพหรือการติดยาเสพติด ดำเนินการในพื้นที่กองบัญชาการตำรวจนครบาล, ตำรวจภูธรภาค 1 – 9 สถานี ตำรวจละ 1 หมู่บ้าน/ชุมชน รวมจำนวน 1,483 หมู่บ้าน/ชุมชน ดำเนินการเป็นเวลา 3 เดือน มุ่งแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งด้านการป้องกันปราบปราม และการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) เพื่อให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมปกป้องชุมชนจากปัญหายาเสพติด สร้างรูปแบบการดำเนินงานชุมชนเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืนด้วยความร่วมมือจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยประชาชนในชุมชนรับผิดชอบดูแลเมื่อผู้ป่วยผ่านการบำบัดแล้วสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ตามปกติเช่นเดียวกับ

ประชาชนทั่วไป ลดปัจจัยหรือโอกาสที่จะกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดซ้ำ ผลการดำเนินโครงการฯ มีผู้ใช้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด สมัครใจเข้ารับการบำบัดจำนวน 16,540 คนและในช่วงต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ ได้สำรวจข้อมูลผู้ค้า/ผู้เสพในชุมชนโดยการทำประชาคมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้นำชุมชนทั้ง 16 อำเภอ ได้ข้อมูลผู้ค้ายาเสพติด 484 คน ผู้เสพ 2,337 คน ต่อมา นายโสภณ สุวรรณรัตน์ ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ ได้เล็งเห็นว่าโครงการที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2565 น่าจะเป็นแบบอย่างที่ดี ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชนต่าง ๆ จึงได้จัดทำโครงการคู่ขนานกันเรียกว่าโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน ดำเนินการทั้ง 16 อำเภอ โดยรูปแบบของโครงการทั้ง 2 โครงการเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นเตรียมการ ได้แก่ การคัดเลือกชุมชนที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด แล้วทำการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ขั้นปฏิบัติการคือการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในชุมชน ในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) เมื่อทำการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายจนเริ่มหายแล้วจะเป็นขั้นตอนที่ 3 คือการส่งต่อความยั่งยืน เมื่อผู้ป่วยหายขาดจากยาเสพติดสามารถอยู่ในชุมชนได้เช่นบุคคลทั่วไปไม่หวนคืนกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีกโครงการนี้ ดำเนินการเป็นเวลา 3 เดือน คือ ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2566 โดยคณะผู้วิจัยได้คัดเลือกใช้พื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นพื้นที่เป้าหมายในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เทศบาลตำบลหนองบัวใหญ่ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ได้ร่วมกับที่ทำการปกครองอำเภอจัตุรัส สถานีตำรวจภูธรจัตุรัส โรงพยาบาลจัตุรัส และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส ดำเนินการทั้ง 2 โครงการคู่ขนานกัน และมีการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนได้ 66 คน ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดของจังหวัดชัยภูมิ นับว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีในการศึกษาค้นคว้าแสวงหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) เพื่อนำไปเป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice)

เพื่อต่อยอดและพัฒนาการแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ ในการบูรณาการร่วมกันบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัด (CBTx) ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด
2. เพื่อศึกษาถึงแนวทาง ตลอดจนปัจจัยแห่งความสำเร็จของหน่วยงานที่ร่วมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัด (CBTx) ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) และการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) โดยมีขอบเขตการศึกษาไว้ไม่เกิน 1 เดือน เนื่องจากโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และ โครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นการพิจารณาสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 3 กลุ่มเป้าหมาย รวม 12 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานตามโครงการของอำเภอจัตุรัส จำนวน 5 คน ประกอบด้วย นายอำเภอจัตุรัส, สาธารณสุขอำเภอจัตุรัส, นายกเทศบาลตำบลหนองบัวใหญ่, ผู้ใหญ่บ้าน, ตัวแทนกรรมการคุ้มในหมู่บ้านเป้าหมาย และประชาชนที่เข้าร่วมโครงการฯ ของสถานีตำรวจภูธรจัตุรัส จำนวน 5 คน (ผู้ปกครอง และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ)

รูปแบบวิธีการศึกษา ได้แก่ การศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับตำรวจชุมชน ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม, กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking), ศึกษาจากประมวลกฎหมายยาเสพติด, ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี

เรื่อง นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน
ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566
– 2570) ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566, โครงการ
ดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด
แบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติของสำนักงาน
ตำรวจแห่งชาติ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ
การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือในการจัดทำ
กรณีศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)
ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง นำมา
วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลแบบ content analysis
จากเอกสาร ตรวจสอบปรับปรุงข้อมูลให้มีความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตในการศึกษา
และสรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา

1. ผลจากการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) คณะผู้วิจัย ได้ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจ บทบาทหน้าที่ ของตำรวจและหน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ที่เข้าไปดำเนินการตามโครงการดำเนินงานชุมชน ยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตาม ยุทธศาสตร์ชาติ และโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน ประกอบด้วย ทฤษฎีชุมชนสัมพันธ์ โดยพันตำรวจตรี พร้อมพงศ์ สนิทกลาง¹ กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้งานตำรวจ ชุมชนและมวลชนสัมพันธ์ในการป้องกันอาชญากรรม ในชุมชนประสบความสำเร็จ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้าน งบประมาณและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) ปัจจัยด้านกระบวนการทำงานและความร่วมมือ ของคนในชุมชน 3) ปัจจัยด้านความสม่ำเสมอใน การเข้าพบประชาชน 4) ปัจจัยด้านการทำงานด้วย ความเข้มแข็งของชุมชน และมวลชนสัมพันธ์ 5) ปัจจัยด้านการสร้างทัศนคติและการสื่อสารที่ดี กับประชาชน 6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ทฤษฎีการมีส่วนร่วม รัถยานภิศ รัชตะวรรณ² กล่าวว่า การมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ คือ กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมพัฒนา การบ่งชี้สถานะ ทางสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา และการกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรใน

การพัฒนาสุขภาวะชุมชน โดยให้ความสำคัญการใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต 3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนของ การเข้ามามีส่วนร่วมที่หน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น แนวคิดกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เป็นเครื่องมือสำคัญของการสร้าง ความสำเร็จให้องค์กรกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) จะทำให้เรามองเห็นวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหาสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ตลอดจนสร้าง นวัตกรรมตอบโจทย์ผู้บริโภคได้ กระบวนการคิดเชิง ออกแบบ (Design Thinking) จะทำให้เรารู้จักมองปัญหา ตลอดจนโจทย์ของการทำงานต่าง ๆ ได้รอบทิศและ รอบคอบขึ้น กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ฝึกให้มีการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน และมีลำดับการบริหารจัดการที่ดี ไม่ว่านำไปใช้ กับการปฏิบัติงานอย่างไรก็ตาม

จากการศึกษาทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีในเบื้องต้น นับว่าเป็นทฤษฎีหลัก ในการคัดเลือกข้าราชการตำรวจ ที่มีคุณสมบัติสำคัญ ในการเป็นผู้เข้าไปปฏิบัติงาน ในชุดปฏิบัติการ ของสถานีตำรวจทุกแห่ง ตลอดจน จะต้องทำหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้ประสานงานกับ หน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ให้เข้ามาร่วมกัน เป็นกลไกสำคัญ ในการดำเนินโครงการในชุมชนเป็น เวลา 3 เดือน หากไม่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะนำพา โครงการฯ ไปสู่เป้าหมายในการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน นำไปบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบชุมชนบำบัด ไม่ได้ จากการศึกษจากหนังสือ เรื่อง แนวทางการดำเนินงาน การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและ แนวทางปฏิบัติที่ดี Community Based Treatment and Rehabilitation CBTx and Best Practices ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ภูมิภาค สรุปไว้ว่าการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย เสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) มีหลักการ

ประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยชุมชนนั้น ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ พื้นฐาน 3 ด้าน ในการเริ่มดำเนินการคือ 1) การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง มีการบูรณาการงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 2) มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาและสารเสพติด และ 3) มีการกำหนดกิจกรรมและกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถประเมินผลลัพธ์เชิงบวกของการดำเนินงานได้ มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน และสามารถพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานและพัฒนาการต่อยอด ซึ่งสรุปได้ว่า การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบนี้ เป็นอีก 1 แนวทางการบำบัดที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหายา ไม่ให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างยั่งยืน และมีความคุ้มค่า คุ้มทุน ครอบคลุมเข้าถึงง่าย โดยในกระบวนการบำบัดรักษานี้มีการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ด้วย

นอกจากนี้แล้วยังได้ศึกษาเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายที่เกี่ยวข้องกับบทบาท อำนาจหน้าที่ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของหน่วยงานภาครัฐ ในโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืนของจังหวัดชัยภูมิ มาประกอบเพิ่มเติม โดยประมวลกฎหมายยาเสพติด ตั้งแต่มาตรา 113 - 115 ได้มุ่งเน้นในการนำผู้เสพ หรือผู้ป่วย เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา มากกว่า การจับกุมดำเนินคดี กล่าวคือหากผู้เสพได้สมัครใจขอเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติด ก่อนที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจจะตรวจพบ โดยบำบัดครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กำหนดและได้รับการรับรอง เป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดในข้อหาเสพยา นอกจากนี้แล้ว หากเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบเอง ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิด

อันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิต และประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ และสมัครใจเข้ารับการรักษา ให้เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวผู้นั้นไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองต่อไป และเมื่อคัดกรองแล้วกำหนดรูปแบบการบำบัดรักษาตามสภาพอาการจนได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดในข้อหาเสพยา อีกประการหนึ่งด้วย คณะผู้วิจัยเห็นว่ากฎหมายดังกล่าวเป็นกรอบในการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการเข้าไปในชุมชนที่กำหนด เพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชน นำมาเข้าสู่ศูนย์คัดกรอง และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดรูปแบบการบำบัดรักษา ซึ่งหากรายได้เข้าเงื่อนไขบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวทางปฏิบัติที่ดี Community Based Treatment and Rehabilitation CBTx and Best Practices ก็จะได้ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการดำเนินการตามโครงการฯ ต่อเนื่องต่อไป จนครบ 3 เดือน โดยกฎหมายได้ให้อำนาจในการตรวจปัสสาวะ คัดกรองไว้โดยไม่จำเป็นต้องจับกุมดำเนินคดีทุกราย

จากการศึกษาเอกสารของกองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำคู่มือการดำเนินงาน โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยกำหนดรายละเอียดการดำเนินการของโครงการไว้ให้ชุดปฏิบัติการของสถานีตำรวจได้นำไปเป็นกรอบในการปฏิบัติงานในพื้นที่ในกรอบระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ประกอบด้วยเรื่ององค์ประกอบและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ชุดปฏิบัติการ ได้แก่ ชุดปฏิบัติการบูรณาการปฏิบัติงานคณะกรรมการประจำหมู่บ้านหรือชุมชน คณะกรรมการประจำคุ้ม คณะกรรมการกลั่นกรองบุคคลหรือครัวเรือนสีขาว โดยกำหนดกระบวนการทำงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด

ซึ่งโครงการฯ ดังกล่าว มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด

ได้จัดทำเอกสารวิจัยสรุปไว้นำสนใจและนำไปใช้อภิปรายผลได้หลายประการในส่วนของผู้จัดเตรียมหรือข้อดีของโครงการ เช่นโครงการมีส่วนช่วยให้คนในชุมชนตื่นตัวเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในชุมชนและชุมชนข้างเคียงส่งผลให้เกิดความพยายามระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ ปัจจัยความสำเร็จมาจากความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน การประชาสัมพันธ์ภายในชุมชนอย่างทั่วถึง ตลอดจนเจ้าหน้าที่และคนในชุมชน ได้ให้ความสำคัญ และร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางของโครงการ โดยเสนอว่าหลายชุมชนที่เป็นชุมชนใกล้เคียงมีความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการ หรือมีกรณีผู้ปกครองของผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วยเองจากชุมชนอื่น ๆ ต้องการเข้ารับการรักษาผ่านโครงการเช่นกัน แต่ยังไม่สามารถ หรือไม่มีช่องทางการรับแจ้งที่กลุ่มคนเหล่านั้นจะเข้าร่วมได้อย่างสะดวกใจ คนในชุมชนส่วนใหญ่ต้องการให้โครงการ ดำเนินงานไปอย่างต่อเนื่องและยาวนานมากขึ้น มีแผนดำเนินการโครงการที่ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น รวมทั้งมีการแสวงหางบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานภาคประชาสังคม อาจด้วยการร้องขอให้เข้าร่วมหรือมาเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดภายในชุมชน ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการสำเร็จนั้น คนในชุมชนส่วนใหญ่มองว่าส่วนหนึ่งคือการมอบความรักและความจริงใจให้กับผู้เข้ารับการรักษา ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้

โครงการสำเร็จนั้น คนในชุมชนส่วนใหญ่มองว่าส่วนหนึ่งคือการมอบความรักและความจริงใจให้กับผู้เข้ารับการรักษา ทั้งนี้ โดยมากแล้วคนในชุมชนส่วนใหญ่มักเป็นผู้ขายแรงงาน ซึ่งเมื่อได้ใกล้ชิดกับผู้เข้ารับการรักษาเท่าใด ก็จะมีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหลาย ๆ ด้านได้มากขึ้น ภายหลังที่โครงการสิ้นสุดลง ด้วยความร่วมมือกันระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องประชาชนส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่า ชุมชน ผู้นำชุมชนและประชาชนมีความเข้มแข็งมากพอที่จะดำเนินโครงการได้ด้วยตนเอง เพียงแต่ต้องมีแผนการดำเนินการอย่างชัดเจน รวมถึงมีการประเมินโครงการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ต้องมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจ แพทย์หรือพยาบาลคอยให้คำปรึกษาหรือชี้แนะถึงระเบียบขั้นตอนหรือวิธีการอย่างสม่ำเสมอและรัดกุม ตลอดจนควรได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมตามโครงการอย่างต่อเนื่องต่อไป จากการศึกษาเอกสาร สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติและโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของสถานีตำรวจภูธรจังหวัดชัยภูมิ เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566 ใช้รอบการปฏิบัติตามโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ เป็นหลัก ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติ 3 ขั้นตอนที่สุดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด



ภาพที่ 1 ขั้นตอนของโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ

โดยมีหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันบูรณาการในการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย ที่ทำการปกครองอำเภอจตุรัส, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรัส, โรงพยาบาลจตุรัส, สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวใหญ่, สำนักงานท้องถิ่นอำเภอจตุรัส, สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอจตุรัส ตลอดจนความร่วมมือจากหน่วยงานย่อยในระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการคุ้ม และผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมโครงการ ในการกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการโครงการตามขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ได้คัดเลือกหมู่บ้านแพร่ระบาดรุนแรงระดับ สีแดง ในบัญชีของสำนักงาน ปปส. ภาค 3 คือ บ้านหนองบัวใหญ่ หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใหญ่ อำเภอจตุรัส เป็นหมู่บ้านเป้าหมายหลัก (พื้นที่สีแดง) และได้ขยายผลการดำเนินโครงการในพื้นที่ข้างเคียง ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 7 ส่วนพื้นที่เป้าหมายของโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน (พื้นที่สีขาว) ประกอบด้วยหมู่บ้านหรือชุมชนใกล้เคียง ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบัวใหญ่ ได้แก่ หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 6, หมู่ที่ 8 และหมู่ที่ 10 ซึ่งชุดปฏิบัติการและภาคีเครือข่ายได้ลงพื้นที่พบปะผู้นำชุมชน สสำรวจ สืบสภาพชุมชน โดยจัดตั้งคณะกรรมการคุ้ม โดยแบ่งคุ้ม ออกเป็นจำนวน 10 คุ้ม ในขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ ชุดปฏิบัติการของสถานีตำรวจภูธรจตุรัส ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายข้างต้น ได้ออกค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน นำมาสู่การคัดกรองในชุมชนแบบระบุตัวตน โดยสรุปสามารถค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดได้ 66 คน

และจากการวินิจฉัย (ทางการแพทย์ หรือทางการพยาบาล หรือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือคนในชุมชนที่เคยผ่านการอบรมเครื่องมือคัดกรอง) และได้แบ่งแยกความรุนแรง มีผลการคัดกรองตามแบบ V.2 พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช จำนวน 2 คน จึงใช้วิธีการบำบัดด้วยวิธีอื่น และเป็นกลุ่มผู้ใช้หรือผู้เสพ จำนวน 64 คน ใช้วิธีการบำบัดโดยชุมชนบำบัด CBTx ซึ่งทั้ง 64 คน สมัครใจเข้าร่วมบำบัดกับโครงการดังกล่าว ในการวางแผนการบำบัดรักษา ชุดปฏิบัติการชุมชนยั่งยืนฯ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจตุรัส และกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองบัวใหญ่ ร่วมกันวางแผนกำหนดกิจกรรมบำบัด CBTx ตามโปรแกรมทางการแพทย์ ผลการดำเนินการกิจกรรมชุมชนบำบัด CBTx จำนวน 16 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมทางการแพทย์ จำนวน 59 คน (ถูกจับกุมในคดียาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 3 คน หลบหนีออกนอกพื้นที่จำนวน 2 คน) โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมบำบัด CBTx ประกอบด้วยกิจกรรมพบคุณหมอบำบัดต่อเนื่อง, กิจกรรมครอบครัวและชุมชนร่วมกัน, กิจกรรมกีฬาบำบัด, กิจกรรมศาสนาบำบัด, กิจกรรมพัฒนาชุมชน, กิจกรรมดนตรีบำบัด, กิจกรรมอาชีพบำบัด และมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ศิลปะพื้นบ้าน, กิจกรรมศิลปะบำบัด และวินัยบำบัด เป็นต้น และการร่วมกิจกรรมทุกครั้งจะมีการตรวจปัสสาวะผู้ป่วยเพื่อประเมินผลทุกครั้งแนวน้อมเป็นไปในทิศทางที่ดี



กราฟเส้น แสดงผลการตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการของอำเภอจตุรัส จว.ชัยภูมิ

ที่มา : สถานีตำรวจภูธรจตุรัส, โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ

พ.ศ. 2566 หมู่บ้านเป้าหมาย บ.หนองบัวใหญ่ ม.2 ต.หนองบัวใหญ่ อ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ. 2566.

จากการบำบัดรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ผู้บำบัดที่เข้าร่วมโครงการ ได้รับการรับรองว่าหาย โดยมีการจัดทำหนังสือรับรองตามจากแพทย์โรงพยาบาล จัตุรัส ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จำนวน 36 ราย ส่วนรายอื่น ๆ มีแนวโน้มดีขึ้น แต่จะต้องประเมินและดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หายครบทุกรายต่อไป นอกจากนี้แล้วในขั้นตอนที่ 3 การส่งต่อความยั่งยืน ได้สนับสนุนด้านการฝึกอาชีพ และด้านการศึกษา เพื่อสนับสนุนตามความต้องการหรือความสนใจ โดยฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ จัดหน่วยงานสถานศึกษา แนะนำการศึกษาต่อ และจัดฝึกอบรมประกอบอาชีพพร้อมจัดหาเงิน หรือวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ ประกอบด้วย ทุนจากสำนักงาน ปปส. ภาค 3 จำนวน 2 ทุน ๆ ละ 20,000 บาท รวมเป็นเงิน 40,000 บาท, ทุนจากกองทุนถวายเป็นเจ้าพ่อพญาแล จำนวน 6 ทุน รวมเงิน 34,480 บาท, ทุนจากสำนักงานพัฒนาชุมชน จำนวน 5 ทุน ๆ ละ 3,500 บาท ทุนจากภาคเอกชน จำนวน 35 ทุน ๆ ละ 3,500 บาท รวมเป็นเงิน 122,500 บาท เป็นต้น และในการประชุมสภาเทศบาลฯ ได้บรรจุโครงการดังกล่าว เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น ประจำปี พ.ศ. 2566 - 2570 นอกจากนี้ ได้จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมฯ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดอีกส่วนหนึ่งด้วย

2. ผลจากการศึกษาภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยกลุ่มที่ 1 ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 2 คน ประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ให้ข้อมูลว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน เกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายตำรวจ ฝ่ายสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และท้องที่ ร่วมกันเข้าค้นหาในชุมชน โดยถือว่าเรื่องนี้เป็นวาระของจังหวัด ซึ่งแต่เดิมการบำบัดโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานนั้น ยังไม่อาจเพียงพอเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร และงบประมาณต่าง ๆ ทำให้การติดตามตัวเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เป็นไปค่อนข้างยาก แต่การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้การติดตามตัวมาเข้ารับการรักษา เป็นไปได้ครบถ้วนตามกระบวนการ เนื่องจากมีการติดตามโดยชุมชนเอง โดยเห็นว่าควรใช้การประชุม ศอ.ปส. จังหวัด ในการกำหนดแนวทางการดำเนินการจัดทำโครงการที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ และมีการขยายระยะเวลาในการดำเนินโครงการ เพื่อให้มีการบำบัดรักษาที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การขยายพื้นที่ในการดำเนินโครงการเป็นพื้นที่ทั้งตำบล โดยใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นงบประมาณตั้งต้นในการดำเนินการในส่วนของการค้นหาผู้ป่วย จะต้องดำเนินการอย่างเข้มงวด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ การบูรณาการร่วมกันทุกหน่วยงาน ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายตำรวจ ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายท้องถิ่น และคนในชุมชน ในการจัดกิจกรรมบำบัด (CBTx) ต้องมีความหลากหลาย โดยนำการดำเนินกิจกรรมที่เป็น Best Practice มาเป็นแบบอย่างของการดำเนินการต่อไป เมื่อบำบัดรักษาจนหายขาด ต้องมีการจัดทำหนังสือรับรองผู้ผ่านการบำบัดรักษาที่ลงนามโดยผู้อำนวยการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายของสถานพยาบาลยาเสพติดด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มที่ 2 และ 3 ได้แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานตามโครงการของอำเภอจัตุรัส และประชาชนที่เข้าร่วมโครงการฯ ให้ข้อมูลสรุปว่าโครงการดังกล่าวเป็นการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้งภาคราชการองค์กรส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และประชาชน ถือว่าเป็นการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาในชุมชน มุ่งเน้นดูแลผู้ติดยาเสพติด เป็นเสมือนผู้ป่วยที่ต้องบำบัดรักษา โดยผ่านขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมให้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ มีการฝึกอบรมส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยได้เรียนรู้ตามความถนัด และมอบเงินทุนให้สามารถนำไปประกอบอาชีพ กลับคืนเป็นคนดีสู่สังคม กลไกในการค้นหาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโครงการฯ ประกอบด้วยชุดปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ ทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ

สาธารณสุข ท้องถิ่นและท้องที่ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และไว้วางใจจากคนในหมู่บ้านหรือชุมชน แต่เดิมที่ผ่านมาพบกับอุปสรรคในเรื่องการติดตามตัวผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกือบครึ่งที่หายจากระบบไป ไม่กลับมาทำการบำบัดรักษาอีกให้ครบกระบวนการ ทำให้การบำบัดรักษาไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งเมื่อมีโครงการฯ เข้ามา ถือเป็นการอุดช่องว่างตรงส่วนนี้โดยการสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยให้ได้เข้ารับการบำบัดรักษาตามโปรแกรมได้ครบถ้วน โดยการอาศัยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และให้ข้อมูลว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้จัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูสภาพทางสังคมของหน่วยงานขึ้น โดยถือว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยโดยการเข้ารับการบำบัดจะไม่ถือว่ามีความผิดทางกฎหมายและจะได้รับการรับรองพร้อมทั้งสร้างแรงบันดาลใจในการส่งเสริมอาชีพเพื่อกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติ และไม่หวนกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องปรับบทบาทในการกำกับดูแลออกแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติด ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดคือการสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัดโดยสมัครใจและจะได้รับการรับรองไม่มีความผิดหรือถูกจับกุม และส่วนหนึ่งเห็นว่าก่อนหน้านี้ในหมู่บ้านเป้าหมายมีปัญหาเสพติดระบดมาก มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในชุมชน โดยชาวบ้านในชุมชนได้มีมติตอบรับเข้าร่วมโครงการโดยได้ร่วมกันทุกภาคส่วนเข้าไปในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการในบางวันมีหน่วยงานต่าง ๆ เดินเข้าไปร่วมกันมากกว่า 100 คน จนสามารถค้นหาผู้ป่วยได้จำนวน 66 คน ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ที่แก้ไขยังไม่สำเร็จที่ผ่านมา เป็นปัญหาที่หนักใจของชุมชนก็สามารถแก้ไขโดยใช้รูปแบบตามโครงการนี้ได้รวมถึงได้ร่วมกันแก้ปัญหาแหล่งมั่วสุมด้วยการติดตั้งกล้องวงจรปิดรอบ ๆ หมู่บ้าน นอกจากนี้แล้ว

ผู้ปกครองและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้ให้ข้อมูลว่าเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ก็ได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติใหม่ โดยเห็นว่าโครงการนี้มีแนวโน้มดี มีโอกาสแก้ไขปัญหาในชุมชนได้จริง มีรูปแบบที่น่าเชื่อถือเพราะว่ามี อสม. และผู้ใหญ่บ้าน แนะนำทำให้ไม่น่าเป็นห่วงว่าจะถูกจับกุมดำเนินคดีกิจกรรมต่าง ๆ ที่หน่วยงานภาครัฐได้ดำเนินการทั้ง 3 ขั้นตอน นั้น มีความเหมาะสม สามารถส่งผลดีต่อตนเองหรือคนในครอบครัว ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย คือการติดตามดูแลของคณะกรรมการคุ้มๆ อย่างต่อเนื่อง และการดูแลภายหลังการรักษาหายคือ ความเข้าใจของคนในชุมชนรอบข้างและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และปัจจัยแห่งความสำเร็จอีกประการ คือได้รับการสนับสนุนอาชีพ ทำให้มีโอกาสดักกลับตัวกลับใจเป็นคนดีมีอาชีพที่มั่นคงต่อไป

วิจารณ์ผล

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ ในการบูรณาการร่วมกันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัด (CBTx) ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยพบประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลการศึกษา ได้ 5 ประการ

ประเด็นที่ 1 รูปแบบของโครงการของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่ใช้พื้นที่เป้าหมายเพียงหมู่บ้านเดียว อาจจะไม่เหมาะสม เพราะบริบทของชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ มักจะมีหลายหมู่บ้านในพื้นที่ละแวกใกล้เคียงกัน การแก้ไขปัญหายาเสพติดเพียงหมู่บ้านเดียว ไม่สามารถทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้ การที่จังหวัดชัยภูมิ ได้เสนอรูปแบบของโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน นับว่ามีความเหมาะสมมากกว่าแนวทางที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ถือปฏิบัติ โดยกำหนดให้หมู่บ้านตามโครงการของตำรวจ เป็นหมู่บ้านไข่แดง และพื้นที่หมู่บ้านรอบ ๆ ใกล้เคียง เป็นพื้นที่หมู่บ้านไข่ขาวใช้กระบวนการตามโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน

ประเด็นที่ 2 ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการปฏิบัติตามโครงการ การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร ซึ่งนับว่าเป็นแบบอย่างที่ดีจนนำไปสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ประเด็นที่ 3 รูปแบบการบำบัดรักษารักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation, CBTx) เห็นว่าในระดับพื้นที่ ยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกันบ้างแต่การดำเนินการตามโครงการดังกล่าว อาจเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่รองรับหลักวิชาการนี้ได้ จากการสำรวจข้อมูลพบว่า หากมีรูปแบบการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่หลากหลายและมีความเหมาะสม จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในชุมชนมีโอกาสหายขาดจากยาเสพติดมากยิ่งขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอจตุรัส ได้จัดทำแผนการบำบัดรักษาในรูปแบบการบำบัดรักษารักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) ไว้ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้จะมีกิจกรรมการตรวจปัสสาวะจำนวน 16 ครั้ง เป็นประจำแล้วการพบแพทย์เพื่อวิเคราะห์อาการ สภาพร่างกายจิตใจตามหลักวิชาการแพทย์แล้ว ยังมีกิจกรรมที่หน่วยงานอื่นในพื้นที่ได้เข้ามาร่วมกิจกรรมอีกมากมาย เช่น กิจกรรมกีฬาบำบัด, กิจกรรมศาสนาบำบัด, กิจกรรมพัฒนาชุมชน, กิจกรรมดนตรีบำบัด, กิจกรรมอาชีพบำบัด กิจกรรมศิลปะบำบัด และวินัยบำบัด เป็นต้น แต่ทั้งนี้คณะผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางการบำบัดรักษาในรูปแบบนี้ส่วนหนึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับบริบทสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม สังคมของแต่ละพื้นที่ การจะนำแบบอย่างของพื้นที่ใดไปเป็นต้นแบบให้พื้นที่ภูมิภาคอื่น ๆ ก็อาจจะเป็นเรื่องที่จะต้องศึกษากันต่อไป

ประเด็นที่ 4 ประมวลกฎหมายยาเสพติดได้กำหนดหน่วยงาน บทบาท อำนาจหน้าที่ ในการรองรับ

การบำบัด รักษา ผู้ป่วยยาเสพติดไว้อย่างชัดเจนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องก็ได้ใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 ถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 1 ปีกว่าแล้ว ในการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน คณะผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางการปฏิบัติตามโครงการทั้ง 2 โครงการนี้ เป็นกิจกรรมสำคัญที่รองรับการปฏิบัติตามประมวลกฎหมายยาเสพติดเป็นอย่างดี โดยเป็นรูปแบบที่บูรณาการร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลที่กฎหมายกำหนด คือโรงพยาบาลของรัฐ กับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐได้ลงนามในหนังสือรับรองผู้ป่วยที่หายขาด เพื่อให้นำไปใช้ประโยชน์แสดงตนในการสมัครงาน หรือเข้าศึกษาต่อ หากทุกพื้นที่ในประเทศไทย สามารถบูรณาการขับเคลื่อนภารกิจในการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายยาเสพติด น่าจะเป็นสิ่งที่นำไปสู่หลักการที่ว่า การใช้การสาธารณสุขเป็นหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ได้อย่างถูกต้องทิศทางมากที่สุด

ประเด็นที่ 5 โครงการนี้มีความโดดเด่นในการดูแลชุมชนอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการผลักดันให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับทุนประกอบอาชีพจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ทุนจากสำนักงาน ปปส. ภาค 3 นอกจากนี้แล้วในด้านสภาพชุมชน ได้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ทำลายจุดเสี่ยงที่เป็นแหล่งมั่วสุมในชุมชนโดยการจัดวางเครือข่ายกล้องวงจรปิดและติดตั้งกล้องวงจรปิด เพิ่มเติมในส่วนที่เป็นจุดเสี่ยง จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมทุกภาคส่วนในชุมชนในการติดตามผลหลังเสร็จสิ้นโครงการ เป็นต้น

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาถึงแนวทางตลอดจนปัจจัยแห่งความสำเร็จของหน่วยงานที่ร่วมบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ในรูปแบบของศูนย์ชุมชนบำบัด (CBTx) ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยพบประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลการศึกษา ได้ 4 ประการ

ประเด็นที่ 1 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด หรือ ศอ.ปส.จ. จะต้องเป็นเจ้าภาพขับเคลื่อนภารกิจในภาพรวมของจังหวัด โดยการกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเป็นวาระของจังหวัด

ประเด็นที่ 2 ภาวะผู้นำของหัวหน้าส่วนราชการทุกหน่วยงาน ในระดับพื้นที่จังหวัด หรือ อำเภอ คือ บทบาทที่เด่นชัดในการสร้างการมีส่วนร่วมการบูรณาการกัน นับว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ประเด็นที่ 3 หากมีรูปแบบการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation, CBTx) ที่เหมาะสมชัดเจน มีแหล่งงบประมาณในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ครบถ้วน เพียงพอ เชื่อว่าจะเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ เช่นกัน

ประเด็นที่ 4 การดำเนินการภายใต้โครงสร้างของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดนั้น การที่เทศบาลแห่งนี้ ได้บรรลุรายละเอียด

ของโครงการ ไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น ประจำปี พ.ศ. 2566-พ.ศ. 2570 และได้จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจังหวัดชัยภูมิสาขาศูนย์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ดี ที่จะนำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการแก้ไขปัญหายาได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

สรุปผลการศึกษา

1. คณะผู้วิจัยเห็นว่าเห็นว่าแนวทางการปฏิบัติของจังหวัดชัยภูมิ ที่นำโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน นับว่าเป็นนวัตกรรมใหม่ของการบำบัดรักษาในชุมชน โดยการดำเนินการคู่ขนานกับโครงการของ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของหน่วยงานที่ร่วมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดคือ เสาเอก โดยมีภาคีเครือข่ายในจังหวัดอันประกอบด้วย หน่วยงานตำรวจ สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 4 หน่วยงานร่วมเป็น เสาหลัก ในการแก้ไขปัญหายาไปด้วยกัน



ภาพที่ 2 ภาพแสดงการสร้างความร่วมมือในชุมชน 4 เสาหลัก 1 เสาเอก

ที่มา : เอกสารบรรยายโครงการฝึกอบรมวิทยากรต้นแบบชุมชนยั่งยืน (ครู ก.) ของ พลตำรวจเอก ดำรงศักดิ์ กิตติประภัสร์ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ บรรยายที่จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เสนอให้รัฐบาล ควรกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน เป็นนโยบายเร่งด่วน

1.2 เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข นำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ถูกระบุไว้ในขั้นตอนการบำบัดรักษาของโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด

แบบครบวงจร ไปศึกษาขยายผลเพิ่มเติมว่า ควรจะกำหนดหมวดหมู่ หรือ รูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมและนำมาจัดทำเป็นคู่มือเพิ่มเติม และอาจจะต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต.หรือหน่วยงานภาคเอกชน ให้เป็นสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

1.3 เสนอให้กระทรวงมหาดไทย กำหนดแนวทางให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ได้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าภาพในระดับพื้นที่ชุมชนของตนเอง ในการจัดสรรงบประมาณของท้องถิ่น ในการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx)

1.4 เสนอให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปรับรูปแบบการดำเนินการตามโครงการฯ จากเดิม ดำเนินการเพียง 1 หมู่บ้าน เป็นการดำเนินการทั้งตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

โดยเสนอว่าจะต้องดำเนินโครงการในพื้นที่ทั้งตำบล ก่อนดำเนินโครงการฯ จะต้องทบทวนการปฏิบัติ โดยการฝึกอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคลากรที่เข้าไปดำเนินการในชุมชน และกำหนดให้ดำเนินการควรจะทำควบคู่กันไปกับโครงการ 1 ท้องถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืน ในคราวเดียวกัน โดยรวมงบประมาณเข้าไปดำเนินการในคราวเดียวกัน แต่เสนอว่าควรปรับระยะเวลาในการดำเนินการตามโครงการเป็นระยะเวลา 1 ปี ดังนี้

2.1 ขั้นเตรียมการ (เดือนที่ 1 ระหว่างวันที่ 1-15) ดำเนินการคัดเลือกชุมชนเป้าหมาย และชี้แจงรายละเอียดโครงการเพื่อทำความเข้าใจกับหน่วยภาคีเครือข่าย และชุมชน พร้อมจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน จัดเตรียมสถานที่เพื่อเตรียมการเปิดโครงการ พร้อมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่จะเข้าไปดำเนินการในชุมชน

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (เดือนที่ 1 ระหว่างวันที่ 16-30) จัดทำพิธีเปิดโครงการ แล้วทำการค้นหาผู้ใช้ผู้เสพ ผู้ติดยาในชุมชน และคัดกรองกลุ่มบุคคลดังกล่าว เพื่อจัดหาวิธีการบำบัดรักษาให้เหมาะสม และวางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรมในการบำบัด โดยชุมชนมีส่วนร่วม CBTx (เดือนที่ 2-4 ระหว่างวันที่ 31-120) ดำเนินการจัดกิจกรรมบำบัด CBTx ตามแผนที่กำหนด (อย่างน้อย 16 ครั้ง) โดยใช้ศูนย์ชุมชนบำบัด ภายใต้โครงสร้างและงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.3 ขั้นส่งต่อความยั่งยืน (เดือนที่ 4 ระหว่างวันที่ 90 - 120) จัดให้มีการฝึกอาชีพ หรือแนะแนวทางการศึกษาให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่ผ่านการบำบัด โดยแสวงหาแหล่งเงินทุนเพื่อใช้ในการส่งเสริมทั้งด้านอาชีพและการศึกษา จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชน (เดือนที่ 5 เป็นต้นไประยะเวลา 1 ปี) ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดสาขาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ได้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก พร้อมเข้าตรวจเยี่ยมชุมชน ติดตามผู้เข้าร่วมโครงการอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง และตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในผู้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ เฝ้าระวังการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ

3. ข้อเสนอแนะในการจัดทำการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 เห็นควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องรูปแบบของโครงการอื่น ๆ ที่เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยในชุมชน ในรูปแบบของการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกับโครงการดังกล่าว เห็นควรศึกษารูปแบบของกิจกรรมการบำบัดรักษา โดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) ว่าควรมีกิจกรรมใดบ้าง และกิจกรรมใดเหมาะสมกับชุมชนแบบใด

3.2 เห็นควรศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และแนวทางการฝึกอบรมทบทวนเพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ความสามารถแก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในปัจจุบัน

3.3 เห็นควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็น การแสวงหาแหล่งงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้นำมาใช้ในการกระบวนการบำบัดรักษาในชุมชนเพื่อเป็นคู่มือในการประสานงานขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งงบประมาณ

ให้ถูกระเบียบ และขั้นตอนต่อไป

3.4 เห็นควรศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่บำบัดรักษาจนหายขาดจากยาเสพติดแล้ว โครงสร้างของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่เหมาะสม และสอดคล้อง สามารถนำไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ให้ผู้ป่วยหวนคืนกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ตลอดจนการส่งเสริมให้ชุมชนสามารถมีระบบระวังป้องกันและลดระบบสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลเสียต่อการกลับไปพื้นที่แพร่ระบาดของยาเสพติดอีก

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายโสภณ สุวรรณรัตน์ ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ และนายแพทย์วัชรระ บทพิบูลย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่ได้ให้เกียรติในการเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดทำเอกสารศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณข้าราชการสังกัดที่ทำการปกครองอำเภอจัตุรัส, สถานีตำรวจภูธรจัตุรัส, โรงพยาบาลจัตุรัส, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส, เทศบาลตำบลหนองบัวใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองบัวใหญ่และประชาชน ตำบลหนองบัวใหญ่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำเอกสารศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พร้อมพงษ์ สนิทกลาง. บทบาทของตำรวจชุมชนและมวลชนสัมพันธ์ในการป้องกันอาชญากรรมในชุมชน กรณีศึกษา สถานีตำรวจภูธรโพรงมะเดื่อ จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561.
2. รัตยานภิศ รัชตะวรรณ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. สารเทคโนโลยีภาคใต้ 2561; 11(1): 231-238.

3. กองบัญชาการปราบปรามยาเสพติด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 66] เข้าถึงได้จาก: www.royalthaipolice.go.th.

4. ธาดา รัชกิต. กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เครื่องมือสำคัญของการสร้างความสำเร็จให้องค์กร [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190702-design-thinking/>

5. วรพงษ์ สำราญทิชาวัลย์, ชานูชัย ธงพานิช, ธิติ อึ้งอารี, ธวัช ลาพินี, อติศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวทางปฏิบัติที่ดี (Community based treatment and rehabilitation (CBTx) and Best Practices). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิกโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2561.

6. สำนักนายกรัฐมนตรี. นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566 - 2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2566.

7. ประวิช สุขุม. การศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการสานพลังประชารัฐเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: เอกสารวิจัย นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60; 2562.

8. แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 2566.

9. สุณีย์ กัลยาจิตร์. โครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานชุมชนยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด แบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2566.

10) ดำรงค์ศักดิ์ กิตติประภัสร์. เอกสารบรรยายโครงการฝึกอบรมวิทยากรต้นแบบชุมชนยั่งยืน (ครู ก.) จังหวัดขอนแก่น [เมื่อวันที่ 27 ก.พ. 2566]. 2566.

11) สุณีย์ กัลยาจิตร และคณะ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานชุมชนยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหา เสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2565.

12) สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก. Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence Information Brief for Southeast Asia [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก : https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbtx_brief_EN.pdf

13) สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก : www.ratchakitcha.soc.go.th

14) สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC). ข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 [อินเทอร์เน็ต]. 2023. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.phufaresthome.com/blog/world-drug-report-2022-summary/>

15) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. สรุปข้อมูลโครงการชุมชนยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก : <https://admin.xn-72cfa4db8bjb7kqcd1r.online/LandingPage>

16) สถานีตำรวจภูธรจตุรัส. โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหา ยาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2566 หมู่บ้านเป้าหมาย บ.หนองบัวใหญ่ ม.2 ต.หนองบัวใหญ่ อ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ. 2566.

17) องค์การสหประชาชาติ. Sustainable Development Summit. นิวยอร์ก.สหรัฐอเมริกา. 2558.

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต: กรณีศึกษา Amphetamine dependence with psychiatric comorbidity: case study

บุบผา บุญญามณี*

บทคัดย่อ

ชายไทยวัย 27 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพว่างงาน ประวัติการเสพยาแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ต่อเนื่องมานาน 12 ปี จนมีอาการทางจิต หูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกัน เคยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้งและกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ร่วมกับยาไอซ์ กัญชา และติ่มน้ำกระท่อม (4x100) ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีอาการหงุดหงิด หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของ ช่มชู้ ทำร้ายยาย ผู้ป่วยได้เสพยาบ้าครั้งสุดท้ายเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566 และญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หงุดหงิด หวาดระแวง มีสีหน้าวิตกกังวล หูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แพทย์ให้การรักษาด้วย Antipsychotic Antidepressant ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีอาการขาดยา มีอาการหูแว่วแต่รับรู้สิ่งแวดล้อม หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น แยกตัว บ่นอยากกลับบ้าน พยาบาลสังเกตอาการ พูดคุย ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังความปลอดภัยจากอาการทางจิต ป้องกันการทะเลาะวิวาท ดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากภาวะขาดยา เฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สอนวิธีการผ่อนคลายและจัดการความเครียด พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระยะถอนพิษยาได้ 38 วัน สุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการขาดยา พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยไม่พร้อมเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทีมบำบัดจึงได้มีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่าย ญาติเข้าใจแผนการรักษาดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมหลังจำหน่าย โดยมีการส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 45 วัน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน, ภาวะแทรกซ้อนทางจิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา



Abstract

Thai single male is 27 years old graduated in secondary school and unemployed. History of Amphetamine abuse for 12 years until had been some psychotic symptoms. He had been hallucination of people talking. He was first admission for inpatient department. Then relapse to take amphetamine again together with ice, marijuana and drinking Kratom water (4x100). One day before coming to the hospital, the patient was irritable, and heard the voices of people talking to him, aggression, rampage, destroy something, intimidation, and hurting his grandmother. The last time, when the patient used methamphetamine was on February 20, 2023, and relatives were taken to the hospital. The first symptom was good consciousness, irritable, paranoid with an anxious expression, and auditory hallucination which the sound of people talking. Laboratory tests showed Amphetamine in the urine. Doctors prescribed with Antipsychotic Antidepressants. During treatment, the patient had symptoms of drug withdrawal, intermittent ringing in the ears but perception of the environment, easily irritable when stimulated, isolates, complains of wanting to go home. Nurse observes the symptom talks and health assessment. Watch out for safety from mental illnesses. Prevent quarrel, caring and helping to alleviate discomfort caused by withdrawal symptoms. Take care for side effects of antipsychotic drugs. Take care to get sleepless. And advise for relaxing and manage stress. As well as creating motivation for staying and therapy in rehabilitation phase. The patient received treatment for 38 days. The patient received treatment for detoxification period 38 days and his general health was stronger. No ringing in the ears, no withdrawal symptoms, gets enough rest and able to take care of oneself. The patient is not ready for therapy in rehabilitation phase. Therefore, a discharge plan has been planned together with the relatives and treatment teams. Relatives understand the patient care plan and involvement after discharge and refer to the hospital nearby home. Total length of stay in hospital is 45 days.

Key Word : Amphetamine Dependence, Psychaitric comorbidity

บทนำ

ปัจจุบันโรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด¹ จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่ามีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น 26% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา และสารที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก คือเมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ โดยพบว่าประชากรกว่า 35 ล้านคนเสพยา² และจากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่ายาเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุดในประเทศไทยยังคงเป็นยาบ้า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 79.2 ตามมาด้วยยาไอซ์ ร้อยละ 8.3 และยาเสพติดที่แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกาย สุขภาพจิตในประเทศไทย ได้แก่ ยาบ้าหรือยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ยาเสพติดกลุ่มฝิ่น สุราและกัญชา จากสถิติผู้ป่วยเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่เข้ามารับการบำบัด รักษาในโรงพยาบาล ัญญารักษ์สงขลา ตั้งแต่ ปี 2563 - 2565 มีจำนวน 374 คน, 402 คน และ 571 คน ตามลำดับ³ จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหานี้ และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามประเภทของยาเสพติดที่พบมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาบ้า/ยาไอซ์ สุรา และกัญชา การเสพยาเสพติดดังกล่าวก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิต อาทิ การขาดยาอย่างรุนแรงหรือหากใช้ยาบ้าในขนาดสูงๆ อาจเกิดอาการเป็นพิษเฉียบพลันจากสารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้และมักพบอาการทางจิตจากการเสพยา เรียกว่า “ภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด” หรือการใช้ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทเกินขนาดจะส่งผล

ให้เกิดอาการทางสมอง สับสนหวาดระแวง ประสาทหลอน ผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการทางจิตอาจมีพฤติกรรมรุนแรงได้ด้วย ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดจะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพ โดยเฉพาะ จะมีผลมากต่อสมองทำให้เป็นโรคสมองติดยา หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานานต่อเนื่อง ยังมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติทางจิต อารมณ์ผิดปกติ หวาดระแวง เศร้า วิดกกังวล การคิดการตัดสินใจบกพร่อง อาจ เกิดภาวะฉุนเฉียวได้ทั้งในช่วงเสพและช่วงหยุดเสพ

สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการเสพติดได้ หากใช้สารนั้นเป็นประจำ ทำให้มีความต้องการเสพทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น และมีอาการถอนพิษยาเมื่อขาดยา ซึ่งสารเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในลักษณะต่างกัน คือ 1) ออกฤทธิ์กดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน สารระเหย และยาากล่อมประสาท เป็นต้น 2) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระท่อม และโคคาอิน เป็นต้น 3) ออกฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มที และเห็ดขี้ควาย เป็นต้น และ 4) ออกฤทธิ์ผสมผสาน กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น กัญชา เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่นได้ และทำให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลในฐานะทีมผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมักเป็นผู้ประสบเหตุเป็นลำดับแรกจึงควรมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะดังกล่าวให้ได้อย่างรวดเร็ว ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร และจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมและทันทั่วถึงที่ ขจัดสารเสพติดให้ออกจากร่างกายอย่างรวดเร็ว

ดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อตัวเอง

หรือผู้ป่วยอื่น พยาบาลที่ดูแล ต้องให้การดูแลช่วยเหลือ โดยสามารถที่จะประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว และใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพแบบ 11 แบบแผน⁵ นำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและทันที่ จึงเป็นบทบาทการพยาบาลที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการพยาบาลจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวดังกล่าว จึงได้สนใจจัดทำ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต: กรณีศึกษา โดยศึกษา ค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัย มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล รวมทั้งศึกษาผู้ป่วยใน สถานการณ์จริงและนำมาจัดทำเป็นเอกสารทาง วิชาการ ให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้มีแนวปฏิบัติ ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง เป็นแนวทางการพัฒนางานด้านการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ปลอดภัยจากอาการทางจิต และปลอดภัยจากอาการ ช่างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิตเพื่อเป็นกรณีศึกษา 1 ราย
2. ศึกษาแฟ้มประวัติ บันทึกการรายงาน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งทีมที่ดูแล และปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ การสังเกต สนทนาเพื่อ การบำบัด โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย พัฒนาการและแบบแผน การดำเนินชีวิตตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ประเมิน สภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิต วิญญาณของผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลการรักษา เพื่อเป็น แนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล

3. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร รายงาน ผลงานทางวิชาการ ต่าง ๆ และงาน วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดแอมเฟตามีน

4. วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปปัญหาความ ต้องการของผู้ป่วย แล้วนำมาวางแผนการพยาบาล และจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย ปฏิบัติการ พยาบาลตามแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการ พยาบาล ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการ พยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและ ประเมินผล

กรณีศึกษา

ชายไทยวัย 28 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพว่างงาน ประวัติการเสพ แอมเฟตามีน (ยาบ้า) ต่อเนื่องมานาน 12 ปี จนมี อาการทางจิต หูแว่วเป็นเสียงคนคุยกัน ได้เข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้งและกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ร่วมกับยาไอซ์ กัญชา และดื่มน้ำกระท่อม (4x100) ผู้ป่วยได้เสพยาบ้าครั้งสุดท้ายเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการ หงุดหงิด หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของ ช่มชู่ ทำร้ายยาย ญาติจึง นำผู้ป่วยมาบำบัดรักษา เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หงุดหงิด หวาดระแวง มีสีหน้าวิตกกังวล หูแว่วเสียงคนคุยกัน การวินิจฉัยโรค F 15.50 Caffeine psychotic disorder Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like กลุ่ม อาการความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้ง คาเฟอีน ร่วมกับกลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป : ชายไทย รูปร่างสมส่วน ผม สั้นสีดำ น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร แรกแร็บดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 25.15: อยู่ในเกณฑ์ท้วม เสี่ยงต่อโรค

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/60 มิลลิเมตรปรอท

Skin: สีผิวสองสี มีความยืดหยุ่นปกติ มือและเล็บยาวเล็กน้อยไม่มีคราบดำ

Skull and face: ศีรษะและใบหูหน้าสมมาตรกันดี รูปหน้าปกติ ไม่บวม ไม่มีผื่นหรือแผล คลำไม่พบก้อนหรือกดเจ็บ ลักษณะภายนอกปกติ สีหน้าดูเรียบเฉย การแสดงออกทางสีหน้าดูปกติดี

Ears: รูปร่างหูทั้ง 2 ข้างปกติ รับรู้ได้ยินเสียงปกติดี ไม่มีสารคัดหลั่งในรูหูทั้ง 2 ข้าง ไม่มีบาดแผล มีหูแว่วเสียงคนคุยกันบางครั้ง

Eyes: ตามองเห็นปกติดีทั้งสองข้าง ตำแหน่งและขนาดของตาทั้ง 2 ข้างปกติ เปลือกตาไม่ช้ำ ไม่มีตาเข eyelids ปกติ ขนาดของรูม่าน 3 มิลลิเมตรเท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อตาปกติ, การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตาและลานสายตาปกติดีทั้ง 2 ข้าง

Nose: รูปร่างสมมาตร มี septum รูจมูกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ส่องดูรูจมูกไม่พบ nasal polyp ใด ๆ การรับกลิ่นปกติ

Mouth, throat and teeth: ช่องปากสะอาด ริมฝีปากแห้งค่อนข้างคล้ำ ไม่มีแผลในปาก ไม่มีฟันผุ หรือเหงือกอักเสบใด ๆ ฟันเหลืองเล็กน้อย tonsil ปกติดี ไม่โต เพดานปากปกติ ไม่พบฝ้าในปาก

Neck: Trachea in mid line คอปกติ ไม่พบภาวะต่อมน้ำเหลืองที่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวของคอปกติดีในทุก ๆ ทิศทาง

Musculoskeletal: ลักษณะภายนอกของแขนและขาไม่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีข้ออักเสบ บวม แดงร้อน กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงดี

Chest and Lung: ลักษณะทรวงอกปกติ หน้าอกสมมาตรเท่ากันดี Breath sound เท่ากันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของทรวงอกสม่ำเสมอปกติดี

Heart: อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ

Abdomen: รูปร่างท้องไม่โต ผิวหนังปกติ ไม่มีรอยแผล ไม่มีก้อน ไม่มีรอยผ่าตัด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4-6 ครั้ง/นาที

Cerebellar sign: finger – to – nose test ปกติ, Dysdiadochokinesia: ปกติ

Extremities: การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีเดินเซ

การตรวจสภาพจิต : Mental status examination
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566

การตรวจสภาพจิต ได้แก่

General appearance and behavior: ผู้ป่วยชายไทย ลักษณะทั่วไป รูปร่างท้วม ผิวสี ดำแดง สีหน้าท่าทางไม่เป็นมิตร หงุดหงิด การเคลื่อนไหวปกติ

Speed: พูดน้อย น้ำเสียงดัง ชัดเจน

Affective and mood: สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่า “หงุดหงิด”

Thought: ถามตอบตรงประเด็น “จำอาญคนที่เดินไปมา”

Perception: มีอาการมีหูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกันบางครั้ง ปฏิเสธภาพหลอน

Orientation: Time บอกวันเวลาได้ถูกต้อง “วันพฤหัสบดี เดือนกุมภาพันธ์ 2566”

: Place บอกสถานที่อยู่ขณะบำบัดรักษาได้ถูกต้อง “โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา”

: Person บอกคนที่พามาโรงพยาบาล คือ ยาย

Memory Remote memory: สามารถเล่าเรื่องการเสพยาบ้าได้ บอกวันเดือนปีเกิดได้

Recent memory: ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า

Recall memory: ไม่สามารถประเมินได้ “หงุดหงิดไม่ต้องมาถาม”

จึงไม่ได้ประเมินสภาพจิตในหัวข้อ attention and concentration และ judgment (การตัดสินใจ)

Insight: ผู้ป่วยคิดว่าการเสพยาบ้าครั้งละหลายเม็ด ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ หงุดหงิดทำลายข้าวของ ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวได้ ต้องได้รับการบำบัดรักษา

การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพ (วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ : เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด ปวดหัว มีไข้เล็กน้อย มักจะรักษาโดยการไปซื้อยารับประทานเองที่ร้านขายยา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด รับรู้ว่าการใช้ยาเสพติดมีโทษตระหนักถึงโทษของยาเสพติดที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางครั้งผู้ป่วยก็คิดถึงการเลิกยาเสพติด แต่ก็ยังไม่เลิกได้

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ : ผู้ป่วยเพศชาย สีผิวดำแดง รูปร่างสูงสมส่วน แต่งตัวด้วยชุดโรงพยาบาล สะอาดดี ไม่มีกลิ่นตัว ดูแลตนเองทำความสะอาดร่างกายและช่องปากทุกวัน ผู้ป่วยบอกว่ายาเสพติดมีผลต่อการดำเนินชีวิต และคิดว่าตนเองควรจะเลิกยาเสพติดให้ได้ เพราะการใช้ยาเสพติดทำให้สิ้นเปลืองเงิน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการไปรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะผู้ป่วยอยากกลับบ้าน

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ข้อมูลจากการซักประวัติ: รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ คือ มื้อเที่ยงและมื้อเย็น ผู้ป่วยรับประทานอาหารธรรมดา เช่น ข้าวราดแกง ไม่มีอาหารเสริมหรืออาหารที่ไม่รับประทาน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ : รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ได้ครบ 3 มื้อ น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร แรกรับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 25.15

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ข้อมูลจากการซักประวัติ: การขับถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง มีอาการท้องผูกบ่อย ปัสสาวะปกติไม่มีแสบขัด

ขณะเข้ารับการรักษา ขับถ่ายอุจจาระวันละครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ลักษณะปกติ ไม่มีริดสีดวงทวาร ปัสสาวะวันละ 4 – 5 ครั้ง/วัน ไม่มีแสบขัดควบคุมการขับถ่ายได้

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข้อมูลจากการซักประวัติ : ก่อนเสพยาเสพติดชอบออกกำลังกาย เล่นฟุตบอลกับเพื่อน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หลังใช้ยาเสพติดไม่ออกกำลังกาย ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเสพยา เมื่อไม่เสพยาจะนอนไม่ได้ทำงาน ไม่ค่อยได้ช่วยเหลืองานที่บ้าน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ : ปัจจุบันเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนผู้ป่วยได้ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม แต่ยังปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้น้อย ชอบนั่งเฉยๆ ไม่ค่อยพูด ชอบเดินแยกตัวออกจากกลุ่ม บางครั้งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามรูปแบบที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้ เนื่องจากมีอาการทางจิตเวช

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ข้อมูลจากการซักประวัติ: นอนกลางคืนวันละ 10-12 ชั่วโมง เนื่องจากหลังเสพยาจะเคลิ้มสุขและหลับจนถึงช่วงเย็นของวันถัดไป บางช่วงนอนกลางวัน บางครั้งมีปัญหาการนอน ใช้ยาบ้าเพื่อช่วยให้หลับ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ : นอนหลับตามเวลา กลางคืนนอนวันละ 3-4 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท มีตื่นกลางดึก ตื่นแล้วหลับยาก และบางคืนก็นอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากคิดถึงบ้าน ทำให้กลางวันมีอาการง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ต้องขอพยาบาลไปนอนหลับเป็นบางวัน มักเป็นช่วงเช้า

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ข้อมูลจากการซักประวัติ: สติปัญญา: เคยหยุดเรียนเนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติด และมาเรียนต่อการศึกษาในระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จบมัธยมศึกษาปีที่ 6

การรับรู้: รับรู้ วันเวลา สถานที่และบุคคลได้ปกติ รับรู้ถึงการเจ็บป่วยของตนเอง และเหตุผลในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: มีอาการหูแว่วบางครั้ง แต่ปฏิเสธการเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่จัดให้ มีการโต้ตอบบ้างเมื่อกระตุ้น

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อมูลจากการซักประวัติ: คิดว่าตนเองเป็นคนเกเร แต่สามารถปรับปรุงตัวได้ ระบุว่าตนเองติดยาเสพติด เคยมาเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา แล้ว 1 ครั้ง อยู่นาน 60 วัน แต่ยังไม่เลิกได้และกลับไปเสพซ้ำ ผู้ป่วยยังไม่มีความตั้งใจ ไม่มีรายได้ ต้องขอเงินจากยายมาใช้จ่าย รายจ่ายส่วนใหญ่จะซื้อยาเสพติดมาเสพ หากขอเงินยายไม่ได้จะมีอารมณ์หงุดหงิด

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยของตนในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ระบุว่าตนเองติดยาเสพติด อยากเลิกแต่ไม่อยากอยู่โรงพยาบาลต่อ อยากกลับบ้าน ผู้ป่วยบอกว่า “ถ้าตั้งใจจะเลิกยา ก็สามารถเลิกได้ และบอกว่าตนหายแล้ว”

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ: สัมพันธภาพในครอบครัวดี เข้ากับทุกคนในครอบครัวได้ สนุกกับยาย เนื่องจากที่บ้านอาศัยอยู่บ้านกับตาและยาย ซึ่งเป็นผู้ส่งเสียเลี้ยงดู นอกจากนั้นมีพ่อที่คอยช่วยเหลือให้เงินตากับยาย แต่หลังใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหูแว่ว ทำลายข้าวของ ก้าวร้าว อาละวาด

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ:ญาติโทรมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและเมื่อรับโทรศัพท์ ผู้ป่วยรู้สึกดีใจมาก ส่วนมารดาไม่เคยติดต่อ มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ดี แต่ชอบแยกตัวห่างเพื่อน ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ข้อมูลจากการซักประวัติ: เพศชาย แสดงออกตรงกับเพศสภาพ ไม่เคยมีแฟนและยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ เพราะส่วนใหญ่ใช้ชีวิตโดยการหมกมุ่นกับยาเสพติด จึงไม่ได้สนใจเพศตรงข้าม

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: เพศชาย การแต่งกาย การแสดงออกเหมาะสมตรงกับเพศสภาพ มีพฤติกรรมตามเพศปกติ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

ข้อมูลจากการซักประวัติ: เมื่อเกิดความเครียดไม่สบายใจจะไม่ค่อยคุยกับใคร จะเก็บไว้คนเดียว จะแก้ปัญหาโดยใช้สารเสพติด เพราะใช้แล้วทำให้รู้สึกสบายใจ บางครั้งผู้ป่วยไม่มีเงินซื้อยาเสพติดก็จะขโมยของไปขายเพื่อให้ได้เงินไปซื้อยาเสพติดมาเสพ หรือออกไปหาเพื่อนนอกบ้าน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: ผู้ป่วยแยกตัว ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น หงุดหงิดง่าย

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ข้อมูลจากการซักประวัติ: นับถือศาสนาพุทธ แต่ไม่ได้เข้าวัดทำบุญ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ตากับยายซึ่งเป็นผู้มีพระคุณ ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้

สรุปปัญหาที่พบจากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร: ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 66 กิโลกรัม สูง 162 เซนติเมตร BMI = 25.15: อยู่ในเกณฑ์ท้วม เสี่ยงต่อโรค

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ: กลางคืนนอนหลับไม่สนิท มีตื่นกลางดึกตื่นแล้วหลับยาก กลางวันมีอาการง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้: มีอาการหูแว่วบางครั้ง

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: ระบุว่า การใช้สารเสพติดของตนเองเป็นปัญหากับบุคคลในครอบครัว แต่ในขณะที่บำบัดมีความคิดอยากกลับบ้านและบอกว่าตนหายแล้ว

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด: ผู้ป่วยแยกตัว ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น หงุดหงิดง่าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566)

Urine for Amphetamine = Positive
Complete blood count (CBC) ผลปกติ
Urinalysis (UA) ผลปกติ
Lipid profile ผลปกติ

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ประวัติใช้ยาบ้ามา 12 ปี มีประวัติป่วยด้วยอาการทางจิตเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เมื่อปี 2563 เคยเข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา 1 ครั้ง ไม่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยสับสนวิตกกังวล แยกตัว หงุดหงิด ก้าวร้าว มีหูแว่วเสียงคนคุยกัน อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบภาวะถอนเมทแอมเฟตามีน ในระยะ acute phase แพทย์ให้การรักษาอาการถอนพิษเมทแอมเฟตามีน ร่วมกับยารักษาอาการทางจิต

หลังเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา 3 วันแรก ผู้ป่วยยังดื้ออ่อนเพลียเล็กน้อย ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีง่วงนอน และผู้ป่วยยังมีอาการมีหูแว่ว หงุดหงิด และก้าวร้าว สัญญาณชีพปกติ พยาบาลให้การดูแลรักษาตามอาการทางกายและทางจิตของผู้ป่วย ให้คำแนะนำถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยา เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวผ่านอาการทุกข์ทรมานจากการหยุดใช้ยา หลังผู้ป่วยบำบัดรักษาในขั้นตอนบำบัดด้วยยา (Detoxification) นาน 21 วัน อาการถอนพิษยาดีขึ้น สภาพร่างกายผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น

หลังเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา 30 วัน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ พยาบาลให้การดูแลรักษาตามอาการทางกายและทางจิตของผู้ป่วย หลังเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา 38 วัน ผู้ป่วยสุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการขาดยา พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ สามารถดูแลตนเองได้จึงได้มีการประเมินและแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยไม่ยอมอยู่ฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล อยากกลับบ้าน จึงวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ญาติเข้าใจในวิธีการบำบัดรักษาและยอมรับการ

ตัดสินใจของผู้ป่วยมากขึ้น จึงได้รับการจำหน่ายและประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน จำหน่ายวันที่ 7 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 45 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการทางจิต
2. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต
3. เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา
4. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาเสพติด
5. มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่นและมีอาการหูแว่ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า มีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุยกัน
O: หงุดหงิด ก้าวร้าว ท่าทางไม่เป็นมิตร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
2. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น เช่น ไม่มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น
3. ผู้ป่วยพูดคุย ได้ตอบรู้อย่างถูกต้อง
4. ความถี่ของหูแว่วลดลง
5. ไม่มีท่าทางที่ไม่เป็นมิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมระดับการรับรู้เพียงใดมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้าง หรือไม่ และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร โดยการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสทางกาย เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 45 นาที โดยรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดด้วย

ความใส่ใจ อดทนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและเพื่อเพื่อการวางแผน แก้ไขปัญหา

3. แสดงการยอมรับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยการรับฟังและไม่โต้แย้ง และบอก ความเป็นจริงให้กับผู้ป่วยได้รู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกคิดและตัดสินใจเองจากความจริงที่ได้บอกแก่ผู้ป่วย

4. พยาบาลประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น โดยสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอารมณ์หงุดหงิด ตาขวาง อาการหูแว่วเสียงคนมาขู่ทำร้าย หรือมาด่าหรือไม่

5. ถ้ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น พิจารณาควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยและฉีดยา PRN ตามแผนการ รักษาของแพทย์

6. พยาบาลอธิบายอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินว่าเป็นอาการ การเจ็บป่วยไม่มีใครมาด่า หรือขู่ทำร้าย

7. พยาบาลสอบถามถึงวิธีการที่ผู้ป่วยจัดการกับอาการหูแว่ว

8. พยาบาลแนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงเสียงแว่ว เช่น ไม่ควรอยู่คนเดียว ควรคุยกับเพื่อนหรืออาจใช้วิธีไล่ เสียงที่ได้ยิน หรือ ร้องเพลงกลบเสียงที่ได้ยิน

9. ถ้าจัดการกับเสียงแว่วที่ได้ยินไม่ได้ให้มาแจ้งให้พยาบาลทราบ

10. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย

11. สังเกตและบันทึกอาการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีหูแว่วมากให้ประสานแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทราบ

12. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร การแนะนำตนเองให้ผู้อื่นได้รู้จัก เช่น กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการประสาทหลอน

13. หากพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมก็ให้การชื่นชมผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้ผู้ป่วย รู้สึกภาคภูมิใจตัวเองและมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น

14. ให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยลดอาการ หูแว่ว ประสาทหลอนและลดอารมณ์หงุดหงิด

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการหูแว่ว สีหน้าแจ่มใสขึ้น ตาไม่ขวาง ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs ตามแผนการรักษา

- CPZ (25 mg) 1x2  pc
- Haloperidol (0.5) 1-tab po เย็น
- Depakine (200) 1x2 po เช้า-เย็น,

1-tab po hs.

S: ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง ง่วงซึม

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ Dystonia, Akathisia, Tardive, dyskinesia, หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

2. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับยาต้านอาการโรคจิต

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระสับกระส่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

4. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น การหกล้ม และได้รับบาดเจ็บ

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามจำนวน และถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีการตรวจความถูกต้องก่อนการแจกยาทุกครั้ง

6. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกับยาลดกรด (antacids) เนื่องจากจะลดการดูดซึมยาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา

7. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

8. พุดคุยให้กำลังใจ ในการรับประทานยา ด้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง

9. บันทึกทางการพยาบาล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ไม่พบอาการมือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พุดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระสับกระส่าย และไม่เกิดอุบัติเหตุ

2. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

3. สัญญาณชีพปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นอยากกลับบ้าน ไม่อยากย้ายไปรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล บอกว่าหากจะเลิกยาเสพติดก็สามารถเลิกเองได้

O: สีหน้าไม่สดชื่น หงุดหงิดง่าย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาครบตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ไม่บ่นเรื่องการกลับบ้าน ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

2. ผู้ป่วยยินยอมรักษาตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความไม่สบายใจ โดยการซักถามและประเมินอาการผู้ป่วยทุกวัน

2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และเอาใจใส่ต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย

3. ค้นหา/ สอบถามปัญหาผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไร เช่น การทำงานที่ต้องดูแลครอบครัว ค่าใช้จ่าย หรือที่อาจส่งผลกระทบต่อการบำบัดรักษาและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกโดยใช้คำถามปลายเปิด

4. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Stages of change) โดยบอกถึงผลดีของการบำบัดรักษา ประโยชน์ที่ได้รับหากบำบัดรักษาครบตามแผนการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการขาดยาและปลอดภัย เนื่องจากได้รับการประเมินอาการ การช่วยเหลือให้อาการบรรเทา ลดลง ลดความวิตกกังวล โดยการพุดคุย ซักถามอาการผู้ป่วยทุกวัน

5. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของการอยู่บำบัดรักษาและไม่อยู่รับการบำบัดรักษา

6. สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการเสพแอมเฟตามีน ซึ่งมีผลต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย เช่น การไม่ดูแลตนเองเนื่องจากเมื่อยาและเมื่อระยะเวลาผ่านไปจะทำให้เกิดโรคตามมา สุขภาพจิตจากเดิมที่เป็นคนอารมณ์ดีแต่เมื่อใช้ยาเสพติดจะเป็นคนหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน บ่อยถึงขั้นหิวแหว่ประสาทหลอน เสียทรัพย์สินในการซื้อยาซึ่งยาเสพติด เสียครอบครัวเนื่องจากหมกมุ่นอยู่กับยาเสพติด เป็นต้น

7. ประสานครอบครัว/ญาติผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและเสริมแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษา

8. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการอยู่บำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

9. บันทึกการเปลี่ยนแปลงและติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พร้อมในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน และได้วางแผนการรักษา ร่วมกับญาติ/ ครอบครัว ญาติ/ ครอบครัว เข้าใจในวิธีการบำบัดรักษาและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย จึงได้รับการจำหน่ายและส่งต่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องต่อการเสพยาเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐรักษาสงบยาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง อยู่บำบัด 60 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล ก็กลับไปใช้ยาบ้าเหมือนเดิม”

S: ผู้ป่วยบอกถ้าหากจะเลิกยาเสพติดไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเลิกได้ด้วยตัวเอง

O: ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดแอมเฟตามีนมา 12 ปี และมีปริมาณการเสพยาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเริ่มลองสูบบุหรี่ 1 เม็ด สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง เป็น สูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 5 – 6 เม็ด

O: ชุมชน/ กลุ่มเพื่อนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยหายาเสพติดมาได้ง่าย

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาแอมเฟตามีน
2. ผู้ป่วยมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยอธิบายถึงผลเสียของการใช้ยาเสพติดทั้งต่อร่างกายตนเองและครอบครัว
2. ผู้ป่วยมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เช่น มีทักษะการปฏิเสธ
3. ผู้ป่วยมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาร่วมกับครอบครัวเหมาะสม
4. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อเลิกยาเสพติดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ประเมินความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับยาเสพติด สถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดการเสพยา
3. ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด

4. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเสพยา เช่น การสำรวจตนเอง ทักษะการปฏิเสธ การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นต้น

5. ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง ตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผนการดำเนินชีวิต

6. ส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมวางแผนการดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยและการเป็นที่ปรึกษาที่ดีโดยมอบหมายให้ ตาและยายบอกเป้าหมายและแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวันใน 1 สัปดาห์ เพื่อนำมาวางแผนร่วมกับทีมบำบัด

7. ให้ความรู้และแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับครอบครัวก่อนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ทั้งเรื่องการป้องกันการเสพยาและการดูแลให้ยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาตลอดจนการลดอันตรายจากการใช้ยา ดังนี้

สำหรับผู้ป่วย

- ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วยพร้อมประเมินทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเสพยา การลดอันตรายจากการใช้ยา
- ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเสพยา เช่น การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธและการกลับไปเสพยาจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น
- แนะนำวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เช่น การได้ระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นรับทราบเมื่อไม่สบายใจหรือคับข้องใจ อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือทำงานอดิเรก เป็นต้น
- แนะนำการรับประทานอาหาร ยาต่อเนื่องถูกต้องครบถ้วนตรงเวลาไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง และสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหลตาค้างถ้ามีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที
- พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 5-6 ชั่วโมง เพราะการอดนอนจะทำให้อาการทางจิตกำเริบได้
- ควรหางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำไม่ควรปล่อยให้ว่าง
- ควรปฏิบัติตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้และมาพบแพทย์ตามนัด

- หาแหล่งสนับสนุนหรือเครือข่ายใกล้เคียงบ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือสายด่วน เช่น 1165 สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น

สำหรับครอบครัว

- ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย พร้อมประเมินทัศนคติของญาติต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

- ให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติในเรื่องอาการ ที่ผู้ป่วยเป็นอย่างสั้นๆ เข้าใจง่าย

- ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพยา เช่น การหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธยาเสพติดและการกลับไปเสพยาจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น

- ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตามนัด

- แนะนำญาติในเรื่องของการใช้เวลาในการเป็น ที่ปรึกษาพร้อมที่จะรับฟัง และไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยมี ปัญหาหรือความคับข้องใจ

- แนะนำให้ญาติปฏิบัติตามแผนและเป้าหมาย ที่วางไว้ และควรหาเวลาว่างไปพักผ่อนหรือทำกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยเช่นไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

- แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เป็นวัยรุ่น ควรส่งเสริมศักยภาพ ให้ผู้ป่วยทำงานตามความสามารถที่มีอยู่เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตัวเองหาก ผู้ป่วยทำอะไรผิดพลาดไม่ควรลงโทษ ควรให้โอกาส ใหม่และให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง

- แนะนำญาติให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หรืออาการข้างเคียงของยา

- ดูแลผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 5-6 ชั่วโมง และนอนหลับอย่าง ต่อเนื่อง

8. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ถึงประโยชน์ในการมาร่วมกิจกรรมแบบผู้ป่วยนอก และพบแพทย์เพื่อมาติดตามหลังการรักษาตามนัด โดยจะนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมทั้งค้นหาปัญหาผู้ป่วยที่ ต้องเผชิญเมื่อกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิม เพื่อหา วิธีการในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกโทษและอันตราย จากยาเสพติดต่อร่างกาย และครอบครัวได้

2. ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต คือ ตา ยาย ที่คอยเป็นห่วงผู้ป่วยเสมอ และคาดหวัง จะให้ผู้ป่วยเลิกยาให้ได้

3. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น และบอกวิธีปฏิเสธเพื่อนเมื่อเพื่อนมาชวนไปเสพยาได้

4. ครอบครัวมีการวางแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และนำมาวางแผน ร่วมกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

5. ผู้ป่วยบอกจะรับประทานยาต่อเนื่อง และไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก

6. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและบอกถึง ความตั้งใจจะมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีสัมพันธภาพ บกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่นและมีอาการหวาด ขู่
ข้อมูลสนับสนุน

S: จากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยคุย กับใครเลย ถ้าไม่มีใครชวนคุย

O: ผู้ป่วยพูดน้อย ถามคำตอบคำแยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร

O: ปฏิเสธการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเหมาะสม

2. ผู้ป่วยไว้วางใจผู้อื่น

3. ผู้ป่วยมีเหตุวุ่นวายลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้ 4-5 คน

2. หุว่วเสียงลดลง

3. ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแบบ one to one และรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยหลงผิดโดยไม่โต้แย้ง หรือ ชัดแจ้งหว่า เพื่อการบำบัดรายบุคคล

2. แจ้งความประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบบทบาทของพยาบาลและของ ผู้ป่วยเอง ตลอดจนประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล

3. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สม่่าเสมอตรงตามเวลาที่นัดหมายผู้ป่วยไว้

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยไม่ได้แย้งกับผู้ป่วย

5. บอกถึงสภาพที่เป็นจริงให้กับผู้ป่วย ได้รับรู้ว่าหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินและบอกพยาบาลนั้น พยาบาล ไม่ได้ยิน

6. พยาบาลตอบคำถามผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีการล้งเล่ให้ผู้ป่วยเห็น และไม่ใช้คำพูด กระชับ กระชาบ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจ พยาบาล

7. พยาบาลบอกถึงผลดีของการมีเพื่อน และแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่ผู้ป่วย อยากรู้จักอยากคุยด้วยก่อน 1-2 คน

8. พยาบาลบอกถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลจัดขึ้น

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น

10. ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถร่วมกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

11. พยาบาลแนะนำวิธีการลดการเกิดภาวะหูแว่ว โดย

- ให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นไม่ให้อยู่คนเดียว

- ให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามที่โรงพยาบาลจัดขึ้น

12. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นได้ 5-6 คน โดยไม่มีท่าทีระมัดระวังตัว มองตาขวาง สามารถเข้ากลุ่มประชุมเข้าได้ เข้ากลุ่มเสริมแรงใจได้วันละ 1-2 กลุ่ม ไม่แยกตัวเอง ไม่มีหูแว่วเสียงคนคุยกัน

วิจารณ์ผล

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษยาและมีอาการทางจิตร่วมด้วย แพทย์ให้การรักษาอาการถอนพิษเมทแอมเฟตามีนพร้อมทั้งรักษาอาการทางจิตเวชร่วมด้วย โดยให้ยา Antipsychotic

Antidepressant การพยาบาลที่สำคัญ คือ การบรรเทาอาการไม่สบายจากการขาดยา ให้นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ เนื่องจากอาการถอนพิษยาทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และ ผู้ป่วยได้รับยาในการรักษาอาการทางจิตเวช ซึ่งพยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต

การวางแผนการการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ในระยะบำบัดด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยหยุดเสพติดแอมเฟตามีนผู้ป่วยจะเกิดอาการทุกข์ทรมานและผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมด้วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต และการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถรายงานแพทย์ได้ทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง จึงจะทำให้ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยผ่านการถอนพิษยาได้อย่างปลอดภัยและลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนต้องทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาให้นานเพียงพอ เพราะการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจต้องเข้าบำบัดรักษาหลายครั้งและในระหว่างที่ผู้ป่วยยังเลิกเสพยาเสพติดไม่ได้ พยาบาลต้องให้ความรู้และคำแนะนำในการลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. ผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ควรได้รับการประเมินทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ อย่างครอบคลุม รวมทั้งประวัติการใช้แอมเฟตามีน เวลาที่ใช้ยาเสพติดครั้งสุดท้าย การตรวจร่างกายที่ครอบคลุมในทุกกระบบ อาการถอนพิษยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน อาการสำคัญที่มารับการบำบัดในโรงพยาบาลและอาการปัจจุบัน อาการแทรกซ้อนทางจิต รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาจิตเวช เป็นต้น และพยาบาลควรใช้

กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ในการบริหารจัดการพยาบาลอย่างเหมาะสม จนส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2. เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษยาอาการดีขึ้น ควรมีการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพร่วมกับปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ จะส่งผลให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา สาเหตุ ที่มีความเชื่อมโยงกันและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ การประเมินผู้ป่วยซ้ำจะช่วยวางแผนให้การพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติด แอมเฟตามีน ต้องทำความเข้าใจบริบทปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ เศรษฐฐานะ แหล่งสนับสนุน เพื่อให้การพยาบาลนั้น ๆ เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอีก

ด้านวิชาการ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเสริมสร้างแรงจูงใจและในการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยแอมเฟตามีน อาจทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการประมวลข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดประเทศ (บสต.) ที่เข้ารับการบำบัดที่มีอาการทางจิตเวช เพื่อการวางแผนการให้การดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

ด้านนโยบาย

ในการทำงานเชิงรุกในโรงเรียนหรือชุมชน การสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไปใช้ยาและสารเสพติดในวัยรุ่นหรือในชุมชนได้ เช่น การถูกเพื่อนชักชวน ทักสินคดีต่อการใช้ยาเสพติด สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น จะสามารถลดการเกิดผู้ใช้รายใหม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1 . United Nations Office on Drugs and Crime. (2017, 2021, 2022). World Drug Report. Vienna: United Nations [Internet]. 2014, 2021, 2022. [cited 2023 July 1 2]. Available from: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html

2. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC World Drug Report 2022 highlights trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth. (n.d.). [Internet]. 2022. [cited 2023 July 12]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/frontpage/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization-environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

3. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา. รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา; 2566.

4. บุญศิริ จันศิริมงคล. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องโรคร่วมในโรคติดสารเสพติด (Co-occurring disorders). สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2552.

5 . Gordon, M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill. 1994.

6. กองบริหารสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน Standard Operation Procedures (SOPs) ยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. บอรัญ ทุ ปี พัลลลลลลล; 2563.

7. นิตยา ตากวียะนันท์. การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาจิตเวช (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563



8. นันทวิช สิริธรรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร ภินันท์เวช, พนม เกตุมาน. จิตเวชศาสตร์ศิริราช DSM – 5 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ประยูรสาสน์ไทยการพิมพ์; 2559.

9. นริศรา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลย กิตติ. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ติดยาเสพติด The Role of the Nurse in Addiction Counseling. วารสารพยาบาลทหารบก 2561: 19(1); 16-23.

10. ผ่องศรี งามดี. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น 2563: 2(2); 265 – 279.

11. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ. (n.d.). <https://www.oncb.go.th/>. Retrieved July 12, 2023, from <https://www.oncb.go.th/DocLib/ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ%20ปี%202564.pdf>

12. Isaac Machuki Ogoncho, Philip Sanga, & Dabo Galgalo Halake. Case Management of Substance Induced Psychosis Using Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Clinical Practice 2017, 6(2), 33 – 36.



การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม The Development of a drug addict therapy model using cognitive behavior therapy.

มยุรี เนียมหลวง*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 จำนวน 57 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยาเสพติด บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น ครั้งที่ 2 เหยื่อสองด้าน ครั้งที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ครั้งที่ 4 การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ครั้งที่ 5 การจัดการกับความอยากและการพลัดหลงไปใช้ยาเสพติด และ ครั้งที่ 6 การเผชิญและการแก้ปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 73.68 (42/57) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ร้อยละ 57.14 (24/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น ร้อยละ 33.33 (14/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น ร้อยละ 52.38 (22/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น ร้อยละ 50 (21/42) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ร้อยละ 35.71 (15/42)

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม คุณภาพชีวิต ผู้เสพยาเสพติด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก



Abstract

This study was a continuous quality improvement. The purpose were to develop the therapy model based cognitive behavior therapy for drug addicts, Increase quantity drug addicts who passed the therapy according to the criteria and improve drug addicts's Quality of life. Sample was drug addicts 57 persons who received the therapy at Damnoen Saduak Hospital in fiscal year 2563-2565. Select a specific sample group. Samples received cognitive behavior therapy open group once a week, 1 hour each time in total 6 times. 1st time; Brain addiction, Drug withdrawal route, family rules in quitting drugs and stimulator and stimulator management. 2nd time; Double sided coin. 3rd time; Relationship between thought and emotions affecting behavior. 4th time; Thought management about drug use. 5th time; Craving management and accidental use of drug. 6th time; Coping and problem solving. Data collection method by using World Health Organization Quality of Life Scale. Data were analyzed using percentage statistics. The results found that drug addicts passed the therapy according to the criteria 73.68 percent (42/57). After received cognitive behavior therapy drug addicts improved overall quality of life 57.14 percent (24/42), Improved physical health domain 33.33 percent (14/42), Improved psychological health domain 52.38 percent (22/42), Improved social relationships domain 50 percent (21/42) and Improved environment domain 35.71 percent (15/42).

Key word : Cognitive behavior therapy, Drug Addict, Quality of life.

บทนำ

จากการรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี 2565 มีประชากรใช้ยาเสพติด จำนวน 248 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่สภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษาจำนวน 35 ล้านคน¹ การใช้ยาเสพติดจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ บุคคลมักมีการรับรู้สถานการณ์ที่บิดเบี้ยว และไร้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีความทุกข์ การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมช่วยให้บุคคลแยกแยะความคิดที่เป็นความทุกข์ และประเมินความคิดที่เป็นความจริงได้ เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนความคิดที่บิดเบี้ยว เมื่อคิดอยู่ในพื้นฐานความเป็นจริงก็จะรู้สึกดีขึ้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเน้นที่การแก้ปัญหาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม² ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีมากขึ้น³ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด⁴ ที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น และเป็นเทคนิคเฉพาะสำหรับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม⁵ ช่วยให้บุคคลที่มีความทุกข์มีศักยภาพในการเรียนรู้หนทางในการจัดการปัญหาที่ดีกว่า ซึ่งเป็นผลให้สามารถสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงชีวิตในเชิงบวก และช่วยให้บุคคลจดจำสถานการณ์ที่ใกล้เคียงตอนใช้ยาเสพติดหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น และจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดได้ดีกว่า⁶ นอกจากนี้ยังมีหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีผลในการรักษาความผิดปกติของการใช้ยาเสพติด (drug abuse disorder) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิต⁷

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหน่วยงานที่มีการพัฒนาคุณภาพการบำบัดผู้เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ได้บำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 เดือน จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัดให้สำรวจตนเอง ซึ่งผู้เสพยาเสพติดหลายคนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบำบัดได้น้อย และผลการบำบัดในปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่า มีผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดน้อย ร้อยละ 59.52 (50/84)

ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ได้พัฒนารูปแบบการบำบัด โดยประยุกต์ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี³ บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้งแตกต่างกันไป ดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง โรคสมองติดยา เส้นทางการเสพยาเสพติด บทบาทของครอบครัวในการเสพยา ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น ครั้งที่ 2 เรื่อง เหยื่อสองด้าน ครั้งที่ 3 เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ครั้งที่ 4 เรื่อง การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ครั้งที่ 5 เรื่อง การจัดการกับความอยากและการพลัดพลั่งไปใช้ยาเสพติด และครั้งที่ 6 เรื่อง การเผชิญและการแก้ปัญหา มีการอธิบายใบกิจกรรมบำบัด และให้กลับไปทำเป็นการบ้าน ช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และได้ฝึกทักษะการคิดมากขึ้น มีการเพิ่มการวัดคุณภาพการบำบัดโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย⁸

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติด (คะแนน V2 = 4 - 26 คะแนน) ที่มารับบริการที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 57 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยาเสพติด บทบาทของครอบครัวในการเลิกยาตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น เป็นการให้ความรู้กับผู้เสพยาเสพติดและครอบครัวผ่านสื่อภาพพลิก เรื่อง โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยา บทบาทครอบครัวในการเลิกยา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 1 ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น

ครั้งที่ 2 เทรียนูสองด้าน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 2 เทรียนูสองด้าน และใบกิจกรรมที่ 3 ประท้วงแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษา

ครั้งที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 4 ความคิดและอารมณ์หรือความรู้สึกที่นำไปสู่การใช้ยาหรือเมทแอมเฟตามีน และใบกิจกรรมที่ 5 ความคิดอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

ครั้งที่ 4 การจัดการกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 6 การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การใช้ยาหรือเมทแอมเฟตามีน ใบกิจกรรมที่ 7 ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด และใบกิจกรรมที่ 8 แบบสำรวจตนเอง

ครั้งที่ 5 การจัดการกับความอยากและการพลัดพลั้งไปใช้ยาเสพติด เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 9 ตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากยา ใบกิจกรรมที่ 10 การจัดการกับความอยากยา และใบกิจกรรมที่ 11 แบบบันทึกความรู้สึกอยากยา

ครั้งที่ 6 การเผชิญและการแก้ปัญหา เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 12 ปัญหาไว้ให้แก้ และใบกิจกรรมที่ 13 แบบบันทึกปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา

กรณีที่ผู้เสพยาเสพติดอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ให้ครอบครัวช่วยเขียนการบ้านตามความคิดเห็นของผู้เสพยาเสพติด และขณะเข้ากลุ่มผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เพื่อนในกลุ่มช่วยอ่านแทน

กรณีที่ผู้เสพยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ ผู้บำบัดจะนัดครอบครัวมาพบในเวลาหลังการบำบัดครั้งต่อไป เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส ส่วนที่ 2 คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 0.65 และมีความเชื่อมั่นที่ดี มีความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 73.68 (42/57) ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.71 (36/42) อายุในช่วง 21-59 ปี ร้อยละ 95.24 (40/42) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.76 (28/42) อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 76.19 (32/42)) และสถานภาพโสด ร้อยละ 60.91 (26/42)



ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คุณภาพชีวิต	คะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับ CBT		หลังได้รับ CBT	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ	ระดับไม่ดี (7-16 คะแนน)		0	0	0
	ระดับปานกลาง (17-66 คะแนน)		69.05	15	35.71
	ระดับดี (27-35 คะแนน)		30.95	27	64.29
ด้านจิตใจ	ระดับไม่ดี (6-14 คะแนน)	2	4.76	0	0
	ระดับปานกลาง (15-22 คะแนน)	24	57.14	6	14.29
	ระดับดี (23-30 คะแนน)	16	38.10	36	85.71
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ระดับไม่ดี (3-7 คะแนน)	4	9.52	0	0
	ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	32	76.19	18	42.86
	ระดับดี 12-29 คะแนน)	6	14.29	24	57.14
ด้านสิ่งแวดล้อม	ระดับไม่ดี (8-18 คะแนน)	1	2.38	0	0
	ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน)	36	85.71	24	57.14
	ระดับดี (30-40 คะแนน)	5	11.91	18	42.86
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ระดับไม่ดี (26-60 คะแนน)	0	0	0	0
	ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน)	33	78.57	10	23.81
	ระดับดี (96-130 คะแนน)	9	21.43	32	76.19

ก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวม ปานกลาง ร้อยละ 78.57 (33/42) คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกายปานกลาง ร้อยละ 69.05 (29/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจปานกลาง ร้อยละ 57.14 (24/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ปานกลาง ร้อยละ 76.19 (32/42) และคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 85.71 (36/42)

หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี ร้อยละ 76.19 (32/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดี ร้อยละ 64.29 (27/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี ร้อยละ 85.71 (36/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดี ร้อยละ 57.14 (24/42) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 57.14 (24/42) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดก่อนและหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คุณภาพชีวิต	จำนวนที่บำบัดครบ	คุณภาพชีวิต ดีขึ้น		คุณภาพชีวิต เท่าเดิม		คุณภาพชีวิต แย่ลง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ	42	14	33.33	28	66.67	0	0
ด้านจิตใจ	42	22	52.38	20	47.62	0	0
ด้านพันธุภาพทางสังคม	42	21	50	21	50	0	0
ด้านสิ่งแวดล้อม	42	15	35.71	27	64.29	0	0
คุณภาพชีวิตโดยรวม	42	24	57.14	18	42.86	0	0

หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ร้อยละ 57.14 (24/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น ร้อยละ 33.33 (14/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น ร้อยละ 52.38 (22/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น ร้อยละ 50 (21/42) และคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ร้อยละ 35.71 (15/42) รายละเอียดดังตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

วิจารณ์ผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่จากผลการศึกษา และควรเพิ่มการเลิกเสพยาเสพติดเป็นตัวชี้วัดในการศึกษา

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มมากขึ้น และสามารถพัฒนาให้ผู้เสพยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และ คณะทำงานนางวิสาขรัตน์ มีชัยมงคลกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนายธรากร เล็บครุฑ นักจิตวิทยาสำหรับความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้บำบัดและผู้เสพยาเสพติดการศึกษา ซึ่งส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global overview drug demand drugs supply. United Nations publication; 2022.
2. Beck, Aaron T.; et al. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: The Guilford Press; 1993.

3. สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วชิร มีศิลป์. คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. ประทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2563.

4 . Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. Psychol Addict Behav; 2017.

5. Magill M, Kiluk BD, Ray LA. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate? Subst Abuse Rehabil; 2023.

6. Liese BS, Aaron T. Cognitive-Behavioral Therapy of Addictive Disorders. Guilford Publications; 2022.

7. Wenzel A, Keith SD, Pamela A. Cognitive behavioral therapy techniques and strategies. American Psychological Association; 2016.

8. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540



การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดเมแทมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวงที่มีปัญหาซับซ้อน

Nursing care for female methamphetamine dependence with paranoid schizophrenia with complex problems

รัตนภรณ์ ดวงธรรม*

บทคัดย่อ

รายงานการปฏิบัติงาน (Case Report) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดเมแทมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีปัญหาซับซ้อน วิธีดำเนินการศึกษา เลือกกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่กลับมาใช้สารเสพติด รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ สามารถดูแลตัวเองและอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

คำสำคัญ : โรคติดยาเสพติดเมแทมเฟตามีน โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง การจัดการรายกรณี



Abstract

The case report aims to develop a guideline for nursing case management for female methamphetamine dependence with paranoid schizophrenia with complex problems. The method of conducting 1 case study was selected using the nursing case management concept. The result of this study revealed that the patient can stop using methamphetamine, can take medication according to the treatment plan, no recurrent psychotic symptoms, can take care of herself and can live with her family and community.

Keyword : Methamphetamine Dependence, Paranoid Schizophrenia, Nursing Case Management

บทนำ

ปัญหาอาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มรุนแรง ส่งผลกระทบทั้งทางดานเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะปัญหาทางดานสาธารณสุข จากรายงานของ World Drug Report ปี 2022 พบว่า ในปี 2022 มีประชากรทั่วโลกใชยาเสพติดมากถึง 284 ล้านคน ซึ่งเพิ่มจากปี 2021 ถึงร้อยละ 26 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่เสพติดแอมเฟตามีนมากถึง 34 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรโลก¹ โดยปัจจุบันพบว่า อัตราส่วนผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนในเพศหญิงต่อเพศชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากรายงานของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย ได้วิเคราะห์แนวโน้มผู้ป่วยเสพติดหญิงที่เข้ารับบริการ พบสถิติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในปี 2563-2565 มีจำนวน 719 คน 563 คน และ 682 คน ตามลำดับ² ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีผู้เสพติดในกลุ่มของเมทแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาจำนวน 1,305 1,413 และ 1,189 คน โดยเป็นเพศหญิง 196 208 และ 107 คน ตามลำดับ³ จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นความแตกต่างของเพศภาวะระหว่างหญิงและชายในการเสพเมทแอมเฟตามีน โดยพบว่า ผู้หญิงได้รับผลกระทบต่อสุขภาพที่เฉพาะและเป็นอันตรายมากกว่าเพศชาย รวมถึงผู้หญิงที่เสพเมทแอมเฟตามีนมีผลกระทบมากมายและซับซ้อน เช่น มีอาการทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้รับความรุนแรงจากคนรอบคูลุ่สมรสหรือคนในครอบครัว มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ขมอยทรัพย์สิน ได้รับอคติจากสังคม เสี่ยงต่อการมีอาชีพขายบริการทางเพศ มีปัญหาสุขภาพทางร่างกายหลายระบบ มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ใชยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และนอนโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้ การเสพเมทแอมเฟตามีนในผู้หญิงยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ทารกและเด็ก กรณีเสพเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ พบว่ามีปัญหาแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกและเด็กมีความผิดปกติ

ของพัฒนาการทางร่างกายและอารมณ์จิตใจ และยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและชุมชน โดยก่อให้เกิดความหวาดกลัว เครียด กังวล และไม่มีความสุข⁴ ปัจจุบันโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม ใชรูปแบบ FAST Model ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหญิง เช่นเดียวกับผู้ป่วยชาย แต่ในกระบวนการบำบัดรักษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีความแตกต่างจากผู้ป่วยเพศชาย เช่น ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาการใช้ชีวิต ร่วมกับการใชยาเสพติดและปัญหาทางสังคม เป็นต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีความเฉพาะบุคคล ตอบสนองผู้ป่วยทั้งทางดานร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) มาเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยมีแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีผู้จัดการการดูแลผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ประสานในทีม ตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

แนวคิดการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี (Nursing case management)

การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทางสุขภาพ และสังคม โดยมีแนวคิดหลัก คือ การดูแลเชิงจัดการให้มีประโยชน์ และคุณภาพสูงสุด มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา วางแผน ดำเนินการ ติดตามผล รวมทั้งการประเมินทางเลือกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม⁵ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี โดยมีแนวทาง⁶ ดังนี้

1. ค้นหาและเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลโดยใชการจัดการรายกรณี ควรเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล ซึ่งผู้ป่วยเสพติดสารเสพติดจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ควรได้รับการดูแลและจัดการโดยผู้จัดการรายกรณี ปัญหาที่ซับซ้อน ได้แก่ อาการ

เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาด้านจิตใจ ความเป็นอยู่ ไร้ซึ่งผู้ดูแล อยู่โดยลำพัง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในชุมชน และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้

2. ประเมินและวินิจฉัยปัญหา พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีต้องประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด ครอบคลุม ทุกด้าน ระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา โดยใช้แบบประเมินและการคัดกรองภาวะสุขภาพ และกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้นเป็นเรื่อง ๆ ทั้งนี้กระบวนการประเมิน และวินิจฉัยปัญหานั้น จะต้องควบคู่ไปกับองค์ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ ด้านวิชาชีพ เพื่อให้ได้มาซึ่งประเมินและวินิจฉัย ปัญหาที่เป็นไปตามศาสตร์ด้านวิชาชีพ

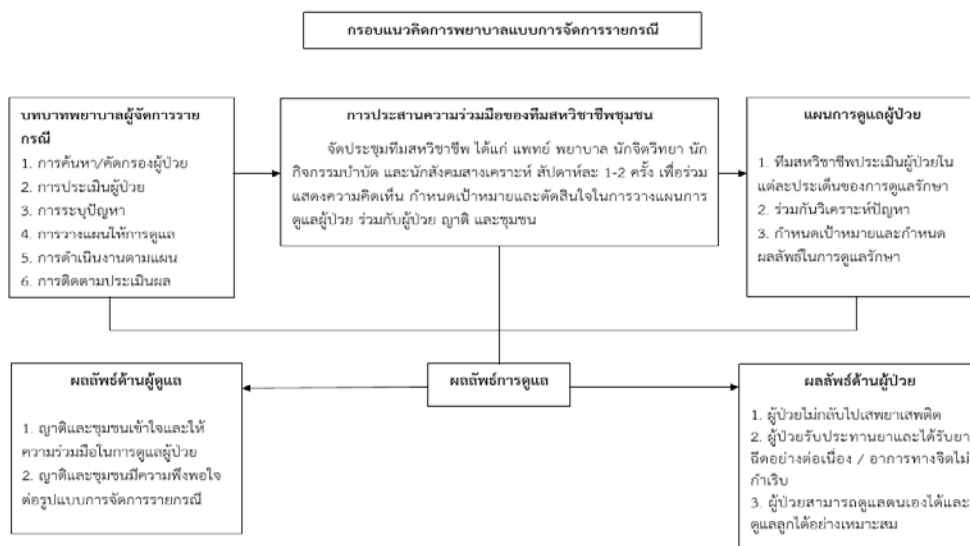
3. วางแผนการทำงานของผู้จัดการรายกรณี ในขั้นตอนนี้จะต้องมีเรื่องของแผนการดูแลรายกรณี หรือการใช้มาตรฐานการดูแลตามกระบวนการ พยาบาลเข้ามาเกี่ยวข้องรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ โดยมีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการแก้ไข ปัญหาที่กำหนดไว้อย่างมีส่วนร่วม มีการเรียงลำดับ ความสำคัญของปัญหา กำหนดวิธีการจัดการ กำหนดทีมบุคลากรหรือผู้เกี่ยวข้องที่ต้องรับผิดชอบ กิจกรรม รวมถึงผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และช่องทางในการติดต่อประสานความร่วมมือ การกำหนดแหล่ง ประโยชน์ที่จำเป็น

4. ดำเนินการตามแผน พยาบาลผู้จัดการ รายกรณี ต้องลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ตามลำดับ ความสำคัญ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาล

จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ เปรียบเสมือนคุณเอื้อ อำนวยความสะดวกภายใต้ต้องคความรู้ด้านการพยาบาล ทั้งด้านศาสตร์และศิลป์ มีการติดต่อประสานการทำงาน ร่วมกันของทีม มีกิจกรรมการดูแล การแนะนำ การฝึก ทักษะการสนับสนุนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่ม และเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5. ประเมินผลการจัดการรายกรณี การประเมินผลจะประเมินตามที่กำหนดไว้ใน แผนการทำงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยประเมินความครบถ้วนของกิจกรรมที่วางไว้ รวมทั้งประเมินผลและกระบวนการในการดูแล ทั้งด้านภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแล ตนเอง และคุณภาพชีวิต

6. กำกับกระบวนการการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการดำเนินไปจนประสบความสำเร็จ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม สามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้น และต้องมีการแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการจัดการรายกรณี แต่พยาบาลผู้จัดการรายกรณียังคงต้องมีการกำกับ ติดตามเยี่ยมบ้านในลักษณะของที่ปรึกษา ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ถือได้ว่าเป็น องค์ประกอบสำคัญที่สามารถประสานการดูแล และติดตามแผนการจัดการสนับสนุนการเข้าถึง การบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม



รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงชนเผ่า ผิวดำ อายุ 34 ปี รูปร่างซูบผอม น้ำหนัก 39 กิโลกรัม ส่วนสูง 149 เซนติเมตร (BMI = 17.56) ผสมผสานเป็นหย่อม ๆ เนื่องจากผู้ป่วยดื่งผสมจนขาด เชื้อชาติลาหู่ สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ (สามีติดคุก) ไม่ได้เรียนหนังสือ ว่างาน ภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คือ เสพเมทแอมเฟตามีน นาน 16 ปี มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง มารดาและคนในชุมชนพามาบำบัดรักษา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ คือ Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine โรคร่วม Paranoid schizophrenia ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 62 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยเริ่มใช้เมทแอมเฟตามีน โดยวิธีสูบ ใช้เมทแอมเฟตามีนครั้งแรกอายุ 18 ปี โดยสูบทุกวัน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง ใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับสามี ตอนนี้สามีติดคุก (ถูกจับคดียาเสพติด)

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีพฤติกรรมใช้เมทแอมเฟตามีน หลังจากนั้นมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว ตีลูกบ่อยครั้ง

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย เดินไปเดินมาในหมู่บ้าน ด่าทอชาวบ้าน คิดว่าชาวบ้านขโมยของของตนเองไป กลางคืนไม่นอน มีพฤติกรรมถือมีดหรือของมีคม เดินไปเดินมา

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเอะอะโวยวาย เดินเข้าไปในบ้านของคนในชุมชน ด่าทอชาวบ้าน มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายลูกมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น เต็ดหญ้ามาประกอบอาหาร ไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวัน ร่างกายสกปรกญาติจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ แล้วส่งต่อไปที่ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเตียงเต็ม ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง 2 วัน จากนั้น

ส่งกลับ โรงพยาบาลแม่ข่าย รับการรักษาที่แล้วกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีนทุกวัน ญาติจึงนำตัวมาบำบัดรักษาที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยเดินได้เอง น้ำตาไหล ไม่ยอมพูด ตาขวาง รบเร้ากลับบ้าน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 73 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/55 มิลลิเมตรปรอท

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการรักษาทาทางจิต จากการซักประวัติจากญาติแจ้งว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเวช (หูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว) 3 ปีก่อนหน้านั้นแต่ไม่เคยรับการรักษา

ประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว บิดาและมารดาเคยใช้เมทแอมเฟตามีน เพราะใช้เพื่อช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น แต่ไม่ถึงขั้นติด สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ ปัจจุบันไม่ได้ใช้เมทแอมเฟตามีนแล้ว สามีใช้เมทแอมเฟตามีนด้วยกัน ปัจจุบันสามีถูกจับคดียาเสพติดและติดคุก ลูกชายคนโตเป็นวัยรุ่น ใช้เมทแอมเฟตามีนและสารเสพติดอย่างอื่นด้วย

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา มารดา มีพี่น้อง 8 คน โดยผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 3 มีหน้าที่ดูแลน้อง ๆ ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพรับจ้างทำไร่นา เมื่ออายุประมาณ 16-17 ปี ผู้ป่วยแต่งงานกับสามี ความสัมพันธ์ไม่ดีนัก มีบุตรทั้งหมดจำนวน 5 คน การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของลูกค่อนข้างจำกัด ขณะเดียวกันเริ่มใช้สารเสพติดและไม่สามารถดูแลบุตรได้ เมื่อทำงานได้เงินมาจะนำไปซื้อเมทแอมเฟตามีนมาเสพ ทำให้ครอบครัวยากจน ไม่สามารถดูแลลูกได้ ดังนั้นญาติจึงเข้ามาช่วยเหลือ ส่วนสามี ติดคุกในคดีเกี่ยวข้องกับยาเสพติด นอกจากนี้ ญาติให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าลูกชายซึ่งเป็นวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสพยาเสพติดและได้ล่องละเมิดทางเพศน้องสาวของตนเอง จนมีหน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยเสพยาจนมีความเจ็บป่วยและไม่สามารถดูแลตนเองและลูกได้

การดูแลกรณีศึกษาร่วมกับสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management)

ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยหญิง มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เสพติดยาและสารเสพติดที่เป็นเพศหญิง ได้ศึกษากรณีศึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยหญิงเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงและมีปัญหาซับซ้อน โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกรณีศึกษารายนี้ ได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการดูแลรอบด้าน และต่อเนื่องจนถึงระดับชุมชน โดยการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูล วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาซึ่งมีบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณีสามารถอธิบายการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี ดังต่อไปนี้

1. การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกของการจัดการรายกรณี โดยผู้ศึกษาค้นหาหรือคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีบทบาทเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแล ผู้ติดยาและสารเสพติดเพศหญิง ได้คำนึงถึงผลกระทบของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในผู้หญิงที่มีความรุนแรงและซับซ้อน เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้รับความรุนแรงจากคู่นอนคู่สมรสหรือคนในครอบครัว มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้รับอคติจากสังคม เสี่ยงต่อการมีอาชีพขายบริการทางเพศ มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ หวาดระแวง มีภาพหลอนและอาการหลงผิด ซึ่งอาการดังที่กล่าวมา ล้วนส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง และคนรอบข้างเป็นอย่างมาก

จากที่กล่าวมาผู้จัดการรายกรณีจึงเลือกผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีศึกษา โดยมีเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ติดเมทแอมเฟตามีนและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ดูแลตัวเองและลูกไม่ได้
2. ไม่มีงานทำ ครอบครัวยากจน มีลูก 5 คน
3. มีสมาชิกในครอบครัวใช้ยาเสพติด ได้แก่ สามีและบุตร

4. ชุมชนหวาดกลัว ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน

2. การประเมินผู้ป่วย ผู้ศึกษาประเมินและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ ประเมินทั้งส่วนดีและส่วนด้อย ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย ญาติและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การประเมินผู้ป่วยรายนี้ ทีมสหวิชาชีพดำเนินการดังต่อไปนี้

แพทย์ ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ มีการตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตและตรวจเย็บม ในหอผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

พยาบาล ประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ การตรวจสภาพกายและการตรวจสภาพจิต

นักจิตวิทยา ประเมินสภาพจิตโดยใช้แบบทดสอบ House Tree Person Test และ Rorschach Inkblot Test

นักกิจกรรมบำบัด ประเมิน ALD, Volition, Attention, Time management, NPI Interest checklist และอื่น ๆ

นักสังคมสงเคราะห์ ประเมินทางสังคม การตรวจประเมินอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเอ็กซเรย์

ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลการประเมินทั้งหมดแบบรอบด้าน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งครอบครัวและสังคมของกรณีศึกษา เพื่อนำมาซึ่งการระบุปัญหาของกรณีศึกษาต่อไป

3. การระบุปัญหา นับเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และผู้ศึกษา ร่วมกันพิจารณาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสหวิชาชีพได้ประเมินและสรุปผลการประเมิน ดังต่อไปนี้

นักจิตวิทยา ได้สรุปผลจากข้อมูลการสัมภาษณ์และผลการทดสอบ พบว่าขณะทดสอบ ผู้รับการทดสอบยังมีการรับรู้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และมีลักษณะหวาดระแวง ระวังตัวมากเกินไป มีแนวโน้มภาวะโรคจิต อีกทั้งมีปัญหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคม สิ่งสำคัญจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลังการรักษา เพื่อประคับประคองอาการและการกลับไปใช้ชีวิต อีกทั้งช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นักกิจกรรมบำบัด สรุปปัญหาที่พบดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม 2) ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม 3) อาจมีความบกพร่องต่อความสนใจจดจ่อ 4) การจัดการเวลาไม่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต 5) ไม่มีกิจกรรมยามว่าง ไม่มีเป้าหมายในชีวิต 6) บกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และ 7) ขาดทักษะในการจัดการเรื่องการเงิน

นักสังคมสงเคราะห์ สรุปปัญหาที่พบดังต่อไปนี้ 1) การมีปัญหาคบครัว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสมและสมาชิกในครอบครัวยังเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด 2) การติดยา/สารเสพติดและการกลับไปเสพซ้ำ ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางจิตเวช และยังมีขาดทักษะการดำรงชีวิต เช่น การปฏิเสธ การปรับตัว และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยง อีกทั้งผู้ป่วยยังมีประวัติการใช้ยาเสพติดมานานหลายปี และ 3) การเกิดปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและมีพฤติกรรมก้าวร้าวบางครั้ง

สรุปผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจปัสสาวะ พบความผิดปกติจากการตรวจเลือด พบความผิดปกติ คือ กลุ่มความเข้มข้นของเลือด ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย การตรวจ CXR ปกติ

พยาบาล สรุปวินิจฉัยทางการแพทย์แบ่งตามขั้นตอนการบำบัดรักษาเป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนการรักษา
ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนก่อนที่จะเริ่มต้นในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาโดยเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง และชักจูงแนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจเข้ารับการบำบัดรักษา และแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งในขั้นการเตรียมการก่อนการรักษา ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษา

2) ขั้นตอนพินิจฯ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาล ได้แก่

(1) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอนทางหู

(2) แบบแผนการนอนแปรปรวนเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง

(3) พร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและอาการทางจิต

3) ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาล ได้แก่

(1) เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบกำหนดเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

(2) พร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น

(3) เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากแบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและขาดความตระหนักเกี่ยวกับโทษของสารเสพติด

(4) ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

4) ขั้นตอนติดตามหลังการรักษา
มุ่งเน้นจัดการปัญหาการใช้ยาเสพติดซ้ำและอาการจิตที่อาจกำเริบได้

4. การวางแผนให้การดูแล ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดแผนการดูแล ซึ่งนับเป็นการเชื่อมโยงความต้องการของผู้ป่วยกับแหล่งบริการทางสุขภาพอื่น การวางแผนนี้เป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

โดยทีมสหวิชาชีพ สิ่งที่ต้องกำหนดไว้ในแผน คือ ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย และครอบครัวกิจกรรมต่างๆ ที่จะแก้ปัญหาหรือตอบสนองต่อความต้องการผู้รับผิดชอบกิจกรรม ความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น เวลาในการปฏิบัติงาน โดยแผนจะเกิดประสิทธิผลสูงสุด หากได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในการร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ได้มีการประชุมร่วมกันในสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์

สรุปการวางแผนร่วมกันคือดังต่อไปนี้

พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้

นักจิตวิทยา ทำจิตบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ให้คล้องกับความเป็นจริง การควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคม

นักกิจกรรมบำบัด ให้การบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะพื้นฐานในการทำกิจกรรม ได้แก่ Orientation, Memory, attention ส่งเสริมการทำ ADL การรับรู้ตนเอง รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองที่เหมาะสม ค้นหากิจกรรมยามว่างที่เหมาะสมกับความชอบ/ความสนใจของผู้ป่วย การจัดการเวลาในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม และมีกิจกรรมยามว่างทำและการตั้งเป้าหมายชีวิตที่เหมาะสม

นักสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการประสานงานกับชุมชนเพื่อแสวงหาแหล่งทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสะดวกและคล่องตัวในการปฏิบัติงาน

5. การดำเนินงานตามแผน บุคลากรในทีมปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนการดูแลโดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ติดตามผลตามแผนงานที่กำหนดไว้ แพทย์ประจำหอผู้ป่วยทำการตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ มีการปรับการรักษาให้เหมาะสม เช่น การปรับยาทางจิตเวช การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย พยาบาลให้การพยาบาล

ผู้ป่วยในชั้นถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการหวาดระแวง แบบแผนการนอนหลับเป็นปกติ ดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง และสามารถย้ายเข้าสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมตามสภาพของผู้ป่วย ยอมรับการบำบัดรักษาไม่บ่นอยากกลับบ้าน และญาติให้ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย นักจิตวิทยาดำเนินการทำจิตบำบัด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี นักกิจกรรมบำบัดได้ดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ตามแผน และนักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ และทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวรวมถึงการติดตามผลอีกด้วย

6. การติดตามประเมินผล ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ติดตามประเมินผล ประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ซึ่งในขั้นตอนการติดตามประเมินผลนี้ ผู้จัดการรายกรณีได้ดำเนินการติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลแม่่นาวาง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 13 ตำบลแม่่นาวาง โรงพยาบาลแม่เมาะ สถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ และมูลนิธิโซเอเซียเชียงใหม่ และได้ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

การประชุมทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนร่วมกันและมีการประเมินผล หลังการติดตาม 3 เดือน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติด
2. ผู้ป่วยรับประทานยาและได้รับยาฉีดอย่างต่อเนื่อง / อาการทางจิตไม่กำเริบ
3. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และดูแลลูกได้อย่างเหมาะสม
4. ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับ

วิจารณ์ผล

จากการศึกษากรณีศึกษาพบว่า การติดตามเสพติดมีด้วยกันหลายปัจจัย โดยในกรณีศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลใน

การติดยาเสพติดของผู้ป่วย จากประวัติพบว่าบิดาและมารดามีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีนตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่วัยเด็ก ผู้ป่วยอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในสถานบริการจังหวัดภูเก็ต พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชน ประกอบด้วยปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และญาติ เด็กและเยาวชนสามารถเสพยาเสพติดได้เพราะเรียนรู้จากบุคคลใกล้ชิดที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ทำให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเลียนแบบตามบุคคลนั้น⁷

การเสพยาเสพติดมีผลกระทบต่อร่างกายเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยร่างกายซูบผอม และมีอาการทางจิตเวช ระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีนที่ยาวนานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่รุนแรง จากประวัติ ผู้ป่วยใช้เมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อายุ 18 ปี ปัจจุบัน อายุ 34 ปี เริ่มมีอาการทางจิตเวช 3 ปีก่อนหน้านี้ เริ่มจากมีอาการรุนแรงก้าวร้าว ตีลูกบ่อยครั้ง และรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น วุ่นวาย เดินไปเดินมาในหมู่บ้าน ด่าทอชาวบ้าน ถ่มน้ำหรือของมีคมเดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น เต็ดหญ้ามาประกอบอาหาร ไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวัน ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลตนเองและลูก ก่อความเดือดร้อนรำคาญให้กับคนในครอบครัว และชุมชน ทำให้หน่วยงานในชุมชนต้องบังคับให้มาบำบัดรักษา

กระบวนการบำบัดรักษา ในชั้นถอนพิษยา ซึ่งเป็นขั้นแรกของการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วย เป้าหมายในการดูแลคือ ทำให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอาการหวาดระแวงที่เกิดขึ้น โดยการให้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการที่อาจเกิดขึ้น เช่น EPS การเกิดอุบัติเหตุ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จากนั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังจากอาการทางจิตสงบลง

การดูแลผู้ป่วยในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นการสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง สามารถใช้ชีวิตให้เป็นปกติร่วมกับผู้อื่นได้ในภาวะเปราะบางที่กำหนด ปรับความคิดทัศนคติ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมซึ่งในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพในการประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การให้การดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยรวมทั้งการติดต่อญาติเพื่อกระตุ้นให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดจนประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีและสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนเพื่อการดูแลและติดตามผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดและมีความอย่างยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ศึกษาการดูแลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ผลการศึกษา พบว่าผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และจากการศึกษาการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้ดำเนินการศึกษาโดยใช้หลักการจัดการรายกรณี ส่งผลให้เกิดการทำงานเชื่อมโยงกับทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดการเห็นปัญหาร่วมกัน ได้ร่วมคิดและตัดสินใจ เกิดเป็นแนวทางการดูแลผู้รับการบำบัดต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว และชุมชนที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการบำบัดสุรา ครอบครัว ตลอดจนสอดคล้องกับบริบทพื้นที่⁹

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยหญิงเสพติดเมแทบอลิซึมที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับการพยาบาลจัดการรายกรณีแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลด้านร่างกาย ผู้ป่วยกรณีศึกษามีปัญหาทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาบ้าตั้งแต่อายุ 18 ปี ไม่สามารถควบคุมการใช้ได้ ทำให้ร่างกายซูบผอม ไม่แข็งแรง อีกทั้งขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วงแรก ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะถอนพิษยา หลังจากการหยุดเสพยาบ้า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย นอนเป็นส่วนใหญ่ ภายหลังให้การพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง มีความรู้และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ ส่วนบุคคล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง เข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวมากขึ้น 2) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมีปัญหา คือ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายลูก และมีอาการทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด หลังจากให้การพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาล ปัญหายังคงมีอยู่แต่ลดระดับความรุนแรงลง จึงต้องมีการติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อถือให้เกิดขึ้น ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ประคับประคองผู้ป่วยให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3) การดูแลด้านสังคม กรณีศึกษามีปัญหา คือ การปรับบทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว สังคม โดยพยาบาลสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชน ตระหนักถึงคุณค่าของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวและชุมชน

จัดให้ บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้แก่ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล 4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยคนเฒ่า การให้ความสำคัญในการประเมินสภาพเพื่อดูแล ผู้ป่วยโดยช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มียึดถือต่อการดำเนินชีวิต ควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง ช่วยให้อยอมรับสภาพความเจ็บป่วยต้องเผชิญ จากการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเชื่อมั่นในการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น พบว่า ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁰ ช่วยให้มีการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น¹¹

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษารายนี้เสพติดเมแทบอลิซึมที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ลักษณะอาการทางคลินิกตรงตามทฤษฎีโรค และมีปัญหาซับซ้อน ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษาในการรักษาขั้นถอนพิษยา มุ่งเน้นให้กรณีศึกษาและผู้อื่นปลอดภัยจากอาการหวาดระแวงจากนั้นเมื่ออาการทางจิตสงบลง มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและใจ มีการเตรียมการร่วมกับญาติและองค์กรในชุมชนเพื่อช่วยวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จนทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ใช้ชีวิตในสังคมและชุมชน ทำงานหาเงินเลี้ยงดูบุตรได้ตามวิถีปกติ จากผลสำเร็จดังกล่าว โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ได้มีการขยายผล โดยการนำรูปแบบกระบวนการพยาบาลร่วมกับการจัดการรายกรณี เป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนรายอื่นๆ

ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 ได้ดำเนินการขยายผล ไปสู่งานหอผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ จำนวน 5 หอผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2022. UNITED NATIONS. New York; 2022.

2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี. สถิติการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยใน ปี 2557-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3874&Itemid=0

3. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. สถิติ การรับการรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://tch.go.th/>

4. สุนทรี ศรีโกสย, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพฑูรย์. ผลกระทบของการเสพติดแอมเฟตามีนในผู้หญิง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสาร สำนักงาน ป.ป.ส. 2562; 52-64.

5. อภิญา เวชชัย. บทบาทการทำงานของ ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager). เอกสาร ประกอบการบรรยายการจัดการรายกรณีในบทบาท ของ Case manager, โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา). 2564

6. Toommawong N. Effect of patient management in community Tha Khantho District Kalasin Province. Research and Development Health System Journal 2010; 3: 34-44. (in Thai)

7. ผกามาศ โรยทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการจังหวัดภูเก็ต. วารสาร ศาสตรสุขภาพและการศึกษา 2565; 3: 63-80.

8. พิณณัฐ ศรีหารักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ศึกษา 2566; 1: 436-447.

9. ทศพร ทองย้อย วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ และกิตติภูมิ ภิญโย. ศึกษาการจัดการรายกรณีเพื่อ ดูแลผู้ติดยาเสพติดเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38: 80-89.

10. Ratanasila R, Amnatseusat K, Chansirikanjana S, Klunklin S, Keidmongkon P. Effect of case management program for older adults with uncontrolled diabetes mellitus. Journal of Public Health Nursing 2015; 29(1): 67-79. (in Thai)

11. Songwathana P, Sae-Sia W, Kritrungrote L, Manoonya B. Development of a trauma-based continuing care model for enhancing care outcomes in social unrest area: A case study. Journal of Nursing and Care 2014; 3(5): 1-8. (in Thai)

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

The Empowering Deans of Patient Addictions and Family for Relapse

สายสุตา โกชนากรณ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ 2) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ 3) ประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัว โดยเลือกตัวอย่างประชากรทั้งหมด เป็นผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับการบำบัด จำนวน 186 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระยะที่ 2 ศึกษาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับการบำบัด จำนวน 5 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) พลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำคือ คุณลักษณะระดับบุคคลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมีความตระหนักในคุณค่าแห่งตน 2) ด้านมีความพึงพอใจในตนเอง 3) ด้านมีความสามารถแก้ปัญหาและจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ 4) ด้านมีความยึดมั่นผูกพัน และ 5) ด้านมีความสามารถพัฒนาตนเอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และทำการทดลองรูปแบบในกลุ่มทดลอง โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ dependent sample t-test ด้านความยึดมั่นผูกพัน พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนคุณลักษณะด้านความยึดมั่นผูกพันสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = .05$

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยเสพติด, ครอบครัว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

Abstract

This purposes of this study were: 1) to study the level of empowerment for addicted patients and family to prevent relapse, 2) to study an empowerment model for addicted patients and family to prevent relapse. 3) to evaluation empowerment model for addicted patients and family to prevent relapse. This research was a research and development with 2 phases: Phase 1) study the level of empowerment for addicted patients and family. Use the questionnaire as a patient to be treated. Select a purposive sampling of 186 persons. Using statistics of percentage, average and standard deviation, and Phase 2) study an empowerment model for addicted patients and family. Use in-depth interviews and focus group as patients receiving therapy. Select a purposive sampling of 5 persons. Using content analysis and summarizing as an overview. The research found that: 1. level of empowerment for addicted patients and family to prevent relapse are: the individual characteristics of empowerment were important to the effectiveness of the prevention of repeated drug. Most are moderate, but have the lowest level of adherence characteristics, By is moderate level into 5 areas: 1) self-esteem awareness, 2) self-satisfaction, 3) ability to solve problems and manage situations, 4) adherence to commitment, and 5) self-development capabilities. The empowerment model for addicted patients and family to prevent relapse. The empowerment model for addicted patients was assessed covering 4 aspects such as: principle, purpose, structure content, and important aspects of the model. Be considered that the information obtained was appropriate, practical possibilities and practicality.

Key words : Empowerment, Addicted Patients, Family, Prevent Relapse

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤติจากปัญหาเรื่องยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยพยายามแก้ไข มีการกำหนดทั้งนโยบายและกลยุทธ์ที่จะป้องกันและปราบปรามไว้อย่างชัดเจน แม้ทุกรัฐบาลได้ปราบปรามอย่างเอาจริงเอาจัง แต่กลับมีปริมาณมากขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้ดำเนินการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ (Household Survey) พบว่าประชากรที่เคยเสพยาบ้ามีมากถึง 3,491,600 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ของประชากรทั่วประเทศ ประชากรที่เสพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบจำนวน 1,092,500 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 และมีประชากรที่ยังใช้ยาบ้าในช่วง 30 วัน ถึง 490,300 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 สถานการณ์การปราบปรามยาเสพติดพบการจับกุมยังคงมีสัดส่วนมากที่สุดของคดีรวม 110,711 ราย เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันร้อยละ 19.7 ผู้เสพร้อยละ 60 เป็นเยาวชนอายุ 15-29 ปี พบนักค้ารายใหม่อายุ 12 ปีและ 11 ปี¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2560 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมแห่งประชาคมอาเซียน ในภาวะกระแสแรงงานที่เคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศไทยสิ่งที่ตามมาคือ เครือข่ายกระบวนการที่ผิดกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการขนส่งสารเสพติดข้ามชาติ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและโลจิสติกส์มีผลทำให้การค้ายาเสพติดขยายตัวทั่วโลก โดยมีลักษณะรูปแบบและวิธีการที่สลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นอย่างรวดเร็วตามกระแสความเจริญในด้านวิทยาการต่าง ๆ และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดนสภาพสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ก่อให้เกิดสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาตามมาส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวสังคมและประเทศชาติ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการทำงานของสมองทำให้ความจำไม่ดีมีอาการทางจิต อาการหูแว่วเห็นภาพ

หลอนและโรคทางจิตเวชอย่างถาวรโดยพบกลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood disorders) โรคจิต (Psychotic disorder) และถ้าผู้เสพยาบ้าใช้ในปริมาณวันละ 100-200 มิลลิกรัม อาจเกิดอาการทางจิตทางจิต (Acute psychosis) ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (SMIV) ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือหรือทำงานต่อไปได้สูญเสียการทำงานที่ (Functional impairment)² เกิดผลกระทบต่อบรรยากาศ คนในครอบครัวมีความเครียดมีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ สูญเสียทรัพย์สิน อับอายเพื่อนบ้านสภาพครอบครัวตกอยู่ในภาวะอ่อนแอ ระบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของครอบครัวอยู่ในภาวะล้มเหลวการนำพาคุณภาพชีวิตฝากเอาไว้กับการพึ่งพิงระบบภายนอกที่สวนทางกับคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น หวุดหวิดดินหรือบนดิน มีพฤติกรรมติดการดื่มเหล้าการใช้ยาเสพติดการกู้หนี้ยืมสิน นอกระบบ การใช้สอยและผูกมัดชีวิตประจำวันไว้กับบริโภคนิยมจนเกินความจำเป็น รวมทั้งส่งผลเสียต่อชุมชนโดยรวม เช่น ทำให้เกิดปัญหาการลักขโมยทรัพย์สิน การปล้นจี้จี้จี้ การข่มขืน ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากมองให้ลึกซึ้งแล้วล้วนมีสาเหตุเริ่มต้นมาจากครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุดในสังคมเนื่องจากครอบครัวในยุคปัจจุบันไม่สามารถทำหน้าที่หลัก คือ การอบรมเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิดและพัฒนาให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจได้ เพราะต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อเอาตัวรอดในภาวะวิกฤติจากการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจที่หมุนไปอย่างรวดเร็ว ผลกระทบจากปัญหาครอบครัวที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้เด็ก ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ ประสบปัญหาทางสังคมเป็นเหตุให้เด็กและเยาวชนไม่สนใจการเรียนและออกจากระบบ ทำให้เยาวชนหันไปเสพยาเสพติด เกิดจากปัญหาครอบครัวแตกแยก เพราะสถาบันครอบครัวอ่อนแอลง

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดที่ผ่านมาได้แก่ ปัจจัยด้านตัวสาร ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวสาร เกิดจากกลไกทางเภสัชวิทยาสารที่ใช้เวลานั้นกว่าในการออกฤทธิ์จะมีความเสี่ยงในการติดสูงกว่า ขึ้นอยู่กับช่องทางที่สารเข้าสู่ร่างกาย สารที่เสพติดโดยวิธีสูดควันมีความเสี่ยงในการติดโดยฤทธิ์ของยาที่กระตุ้นประสาท เป็นเหมือนการได้รับรางวัลหรือการเสริมแรงทำให้รู้สึกสุข สนุก เคลิบเคลิ้มหรือสงบลดความรู้สึกเครียดจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ และเกิดอาการอยากเสพติดที่ยากต่อการควบคุม 2) ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพการรู้คิดจิตใจและแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางชีวภาพที่สำคัญได้แก่ พันธุกรรม จากการศึกษาคู่แฝดพบว่า พันธุกรรมมีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดมากกว่า การติดสารสำหรับการรู้คิดและจิตใจของบุคคลพบว่า ความอยากรู้อยากเห็นและทัศนคติทางบวกต่อการใช้สารเป็นแรงจูงใจสำคัญของการเริ่มทดลองใช้ แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลใช้ต่อเนื่องจนติดได้แก่ การมองตนเองทางลบ (self-derogation or low self esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ ความสามารถในการรู้คิด ตัดสินใจไม่เหมาะสมและขาดความสามารถในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ติดยาเสพติดมักมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่สร้างสรรค์หรือเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เช่น การหนีเรียน รวมตัวเป็นกลุ่มแก๊งค์ขบถซึ่ง เทียวกลางคืนจนเกิดความเสียหายแก่หน้าที่การงาน การเรียนและครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คนในชุมชนโรงเรียนและครอบครัวที่แตกแยกมักมีการใช้สารเสพติดมากกว่าคนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปฏิเสธการใช้สาร การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่น หอพักหรือชุมชนที่หาสารเสพติดได้ง่ายจะทำให้มีโอกาสติดสารเพื่อนที่เสพติดจะเอื้อและสนับสนุนการเสพยา นอกจากนั้นการเห็นแบบอย่างบุคคลที่มีชื่อเสียงจะเป็นแบบอย่างในการใช้สารเสพติด การบังคับใช้

กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีสารเสพติดอยู่ในชุมชน หาซื้อได้ง่าย ในครอบครัวที่สมาชิกใช้สารเสพติดจะเป็นแบบอย่างและสื่อความหมายว่าการเสพติดเป็นเรื่องปกติ ครอบครัวปล่อยปละละเลย ไม่มีกฎระเบียบไม่อบรมบุตรหลานให้มีวินัยในการควบคุมตนเองจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ใช้สารเสพติด นอกจากการเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีในเรื่องการใช้สารเสพติด ปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้คนในครอบครัวหนีไปหายาเสพติด ได้แก่ สภาพบรรยากาศครอบครัวไม่มีความสุข ไม่รักกัน ไม่ใส่ใจ ไม่เอื้ออาทร ไม่ทำความเข้าใจกัน คอยจับผิด ไม่ให้เกียรติถูกดูแคลน ต้องเก็บกดอารมณ์โกรธ การพูดจាកันเป็นการพูดตำหนิว่าตลอดเวลา ไม่มีการชมหรือให้กำลังใจกัน ประชดประชันยุยงว่าถ้าทำดีไม่ได้ก็ให้ทำเลวไปเสียเลย ในเด็กที่ติดยาเสพติดเด็กอาจใช้วิธีการทำผิดให้พ่อแม่สนใจ เช่น เกเรเรียน กลับบ้านไม่ตรงเวลา เมื่ออยู่ในครอบครัวไม่มีความสุขหลายคนก็หนีไปหาความสุขในการใช้ยาเสพติด การเสริมสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในครอบครัว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันปัญหาการติดสารเสพติดสำหรับบุคคลทุกเพศวัย การเสริมสร้างความสุขในครอบครัวที่มีความสุข คือ ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันโดยมีความรักความอบอุ่น เอื้ออาทร มีความห่วงใยใกล้ชิดให้กัน มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ดี สมาชิกทุกคนรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและพึงพอใจที่ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การได้อยู่ในครอบครัวที่มีความสุขเป็นโอสถณานเอกทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตมั่นคงเข้มแข็ง ผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิตส่วนใหญ่ล้วนมีครอบครัวที่มีความสุขสนับสนุนให้กำลังใจ³

จากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้มีการเชื่อมโยงที่ซับซ้อนและสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างเป็นระบบยากที่จะใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งในการแก้ไขปัญหาก็ได้ ดังนั้นการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงต้องใช้ความละเอียดรอบด้านและให้ความสำคัญกับความเป็นองค์รวมให้มากที่สุด จำเป็นต้องดำเนินการร่วมกัน

ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเริ่มตั้งแต่การปราบปรามโดยกระทรวงมหาดไทย การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการติดตามอย่างเข้มงวดในชุมชน ที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการทำบทบาทหน้าที่เพื่อป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดได้ กล่าวคือ การให้ความสำคัญกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจความเข้มแข็งให้กับครอบครัว เพราะครอบครัวเปรียบเสมือนหน่วยย่อยของชีวิต เป็นเสมือนรากฐานความมั่นคงของบ้าน ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งจะสามารถมีระบบและกลไกในการจัดการกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเข้าไปในครอบครัวได้ และสามารถรักษาคุณภาพของตนเองให้ดำรงอยู่ได้จะเป็นปราการด่านแรกในการป้องกันจากการถูกทำลายด้วยอารยธรรมทางวัตถุนิยมทุนนิยมทางอุตสาหกรรม และลัทธิบริโภคนิยมที่แทรกซึมอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศ ในขณะที่ครอบครัวมีพลังอำนาจความเข้มแข็งรากฐานของประเทศก็เกิดความเข้มแข็ง มั่นคงตามมาสามารถรองรับระบบต่าง ๆ ได้ การสร้างสุขภาวะที่ดีอย่างองค์รวมให้เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวจึงสำคัญและเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศที่ทุกองคาพยพต้องกลับมาทบทวนอย่างจริงจัง ดังนั้นความเข้าใจเรื่องสุขภาวะนับเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพและการให้บริการสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งสู่สุขภาวะอย่างมั่นคงยั่งยืน ถือเป็นกระบวนการทัศน์ทางสาธารณสุขสุขแนวใหม่ (New Public Health) เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะทั้งระดับบุคคลและครอบครัวให้มีพลังอำนาจ มีความสามารถในการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิตเข้าไว้ด้วยกัน ความหมายสุขภาวะดังกล่าวนี้เป็นการขยายมิติของสุขภาพตามความหมายเดิมขององค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทาง

กาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณและไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ได้ให้คำนิยามสุขภาพที่มีความหมายกับสุขภาวะว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁴

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการอบรมเลี้ยงดูให้ความรักความอบอุ่นกับลูก เป็นสถาบันพื้นฐานที่ขัดเกลามนุษย์ให้รู้ว่าจะทำอะไรไม่ควรทำ ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ อารมณ์ ทัศนคติ และความประพฤติของเด็ก หากครอบครัวทำหน้าที่ได้สมบูรณ์เด็กจะเติบโตเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เพื่อให้เจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ พ่อแม่มีหน้าที่ต้องให้ความเอาใจใส่ลูกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายถือเป็นความจำเป็นของชีวิตเป็นอันดับแรก ในขณะที่ลูกยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้พ่อแม่มีหน้าที่ต้องดูแลเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้านจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้สึกรับรู้มั่นคงปลอดภัยแก่ลูก มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเกิดความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น เกิดความภูมิใจกับสถานภาพของตนเองในครอบครัว รวมทั้งการอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว พ่อแม่มีหน้าที่ต้องปลูกฝังให้ลูกสามารถควบคุมตัวเองและปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านการเข้าสังคม มารยาทสังคม สอดคล้องกับ Friedman กล่าวว่า การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ พ่อแม่ต้องคอยเอาใจใส่ดูแลลูกโดยการสังเกตและควบคุมพฤติกรรมของลูกให้ดำเนินไปได้อย่างถูกต้องตามครรลองคลองธรรมและเป็นที่ยอมรับของสังคมเพราะเด็กบางคนอาจมีความผิดปกติทางสภาพจิตใจและความผิดปกติทางเพศ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขบำบัดเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาเสพติดซึ่งเด็กสมัยใหม่จะเข้าถึงได้ค่อนข้างง่าย จึงต้องใช้การสังเกต เพื่อป้องกันปัญหาและพ่อแม่

ควรแนะนำให้วัยรุ่นใช้เวลาว่างตามความถนัดและตามความสนใจ ให้คำแนะนำและส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)⁵ เป็นกระบวนการอีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลองค์กร ครอบครัวหรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตน^{6,7} จะทำให้บุคคลรู้คุณค่าและความสามารถของตนเองและผู้อื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลจะช่วยให้บุคคลรับรู้ศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และเพิ่มขีดความสามารถในด้านการแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสาร ทักษะความเป็นผู้นำ ความพึงพอใจในการทำงานและสถานที่ทำงาน เพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบตนเอง ความมีอิสระและการมีความรับผิดชอบ⁷ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรูปแบบการสร้างเสริม (Synergistic paradigm) เป็นกระบวนการที่บุคคลมีความสัมพันธ์มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิด แลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกันเป็นกระบวนการที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Mutual beneficial interaction) และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน⁵ การเสริมสร้างพลังอำนาจยังส่งผลให้บุคคลเป็นพลเมืองดี มีคุณธรรม มีจริยธรรม มีการช่วยเหลือเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน และสามารถตั้งศักยภาพของตนเองไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จ ซึ่งสามารถสร้างครอบครัวและบุคคลที่เสียยาสู่การเลิกเสพยาได้สำเร็จ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติด ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกเสพยาอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจและความเข้มแข็งในครอบครัว ก่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ สร้างความผูกพันใกล้ชิดกับครอบครัว ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นพ่อหรือแม่ อาจเป็น

ญาติ ครูที่ให้การดูแล ให้ความรักความเอาใจใส่ที่เหมาะสม สามารถกระตุ้นให้เกิดแนวคิดอย่างอิสระเป็นตัวของตัวเอง สร้างความมั่นใจ สร้างจิตสำนึกปลูกฝังการทำความดี สร้างความตระหนักให้มีพลังใจที่เข้มแข็ง แข็งแกร่ง (Resilience) มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตได้โดยไม่ใช้ยาเสพติด มีภูมิคุ้มกันจากครอบครัว ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เป็นหน้าที่โดยตรงที่จะร่วมมือกัน สร้างภูมิคุ้มกันให้กับบุตรหลานด้วยการสร้างครอบครัวที่อบอุ่น เพื่อมีพลังในการต่อต้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

จังหวัดสมุทรสาครเป็นแหล่งงานสำคัญของแรงงานทั้งภายในประเทศและแรงงานข้ามชาติ ข้อมูลการจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดให้โทษ (ต.ค. 2554- ก.ค. 2552) มีผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดให้โทษจำนวน 4,644 รายต่อคดี โดยมีผู้กระทำความผิดจำนวน 4,677 ราย โดยร้อยละ 71.17 ของรายต่อคดีเป็นการกระทำความผิดในลักษณะครอบครองยาเสพติดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ครอบครองเพื่อจำหน่ายร้อยละ 14.79 และเป็นการกระทำความผิดในลักษณะจำหน่าย ร้อยละ 2.09 สถานีตำรวจภูธรกระทุ่มแบน สามารถจับกุมได้จำนวน 952 รายต่อคดี (ศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา ให้เกิดพลังอำนาจในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน อำเภอกะทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ในปี 2560 มีจำนวน 340 ราย และในปี 2561 มีจำนวน 468 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพซ้ำ จำนวน 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.45 และจำนวน 193 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.45 ตามลำดับ และเคยเข้ารับการบำบัดสูงสุดจำนวน 7 ครั้ง

รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยที่เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายกำแพงเพชร อัครโยธินในระยะเวลาที่ผ่านมา ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัว จึงเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ทำให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัว จัดกิจกรรมบำบัดให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเสพยาเสพติด และครอบครัวในสภาพความเป็นจริง เพื่อการนำสู่การเลิกเสพยาเสพติด มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดร่วมใช้ความคิด สามารถรับรู้แหล่งพลังอำนาจของตนเองที่มีอยู่ทั้งด้านลบและด้านบวก วิเคราะห์ปัญหาแยกแยะปัจจัยเสี่ยง ทั้งอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตนเอง หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นกดดันต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ และมีการฝึกทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหารู้จักการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่เสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำ รวมถึงการพัฒนาตนเองในด้านคุณลักษณะ การเสริมสร้างคุณค่าให้กับตนเอง เพิ่มศักยภาพในการรับผิดชอบต่อหน้าที่ทั้งตนเองและครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ
2. ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ
3. ประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (Research and Development) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกพื้นที่โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร ด้วยเป็นสถานบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดแบบควบคุมตัว โดยส่งมาจากสำนักงานคุมประพฤติใน 8 จังหวัดในเขตภาคกลางเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และมีผู้ป่วยเสพยาเสพติดบางส่วนที่ส่งมาจากนอกเหนือจาก 8 จังหวัดที่กล่าวมา

ระยะเวลาในการดำเนินการ เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบควบคุมตัว และครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเสพยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 186 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร ที่เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง จำนวน 186 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสำรวจสภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = .837

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้วรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ในการประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วย

เสพติดและครอบครัว เพื่อศึกษาระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินคุณลักษณะผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = .846

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ชุด ด้วยวิธีการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน ด้านจิตวิทยา 1 ท่าน ด้านกิจกรรม 1 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) = 0.81 และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมากำหนดข้อมูล ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดพลังอำนาจระดับบุคคลในผู้ป่วยเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน จำนวน 186 คน ซึ่งเป็นจำนวนประชากรทั้งหมดในระยะเวลา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ผลการสำรวจระดับพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติหาค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ระดับพลังอำนาจรายด้านของผู้ป่วยแยกเป็นรายข้อตามคุณลักษณะ (N=186)

รายการ	ระดับประสิทธิภาพ		แปลผล
	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านความตระหนักในคุณค่าของตนเอง	15.30	2.75	ปานกลาง
1.1 ฉันไม่รู้ว่าฉันจะทำอะไรไม่ได้บ้าง	3.79	0.98	สูง
1.2 แม้ว่าจะเป็นงานที่ยากลำบากฉันก็มั่นใจว่าสามารถทำได้	3.58	1.05	ปานกลาง
1.3 เมื่อทำงานใดสำเร็จฉันรู้สึกท้อถอย	3.97	1.07	สูง
1.4 ฉันรู้สึกว่าคุณค่าเมื่อได้ทำงานอย่างเต็มความสามารถ	3.96	1.00	สูง

($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยแยกคุณลักษณะเป็นรายด้าน เพื่อพิจารณาระดับคุณลักษณะพลังอำนาจระดับบุคคลส่วนต่าง ๆ มาจัดระดับพลังอำนาจ โดยการจัดระดับคะแนนจากการประเมินคุณลักษณะผู้ป่วยเสพติดแต่ละด้าน โดยมีค่าระดับคะแนนสูง ระดับปานกลาง หรือระดับต่ำ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงถ้าได้รับการพัฒนา โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ คุณลักษณะระดับบุคคลของผู้ป่วยเสพติดจะช่วยเพิ่มศักยภาพมากขึ้นตามหลักแนวคิดและทฤษฎี จากการสำรวจประชากรทั้งหมดมาพิจารณาคุณลักษณะในแต่ละรายด้านของผู้ป่วยเสพติดว่าพบคุณลักษณะระดับบุคคลของผู้ป่วยเสพติดด้านไหนที่อยู่ในระดับต่ำ เพื่อจำแนกที่จะต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านนั้นๆ โดยใช้กรอบแนวคิดที่ คลัตเตอร์บัคและเคอร์นากาน (Clutterbuck and Kemaghan)⁸ และกุนเดน กับ ชีสมอม (Gunden and Crissmom)⁹ ได้กล่าวไว้มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์

จากการศึกษาคุณลักษณะระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติด โดยแยกเป็นรายข้อตามคุณลักษณะระดับบุคคล ผลการวิเคราะห์ทางสถิติปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ระดับพลังอำนาจรายด้านของผู้ป่วยแยกเป็นรายข้อตามคุณลักษณะ (N=186) (ต่อ)

รายการ	ระดับประสิทธิภาพ		แปลผล
	$\bar{X}$	SD	
2. ด้านความพึงพอใจในตนเอง	17.12	2.59	ปานกลาง
2.1 เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ และความผิดหวังฉันไม่ยอมแพ้ง่าย ๆ	3.50	1.00	ปานกลาง
2.2 ก่อนเริ่มงานที่เป็นงานใหม่ฉันรู้สึกว่าจะทำอะไรไม่สำเร็จ	3.30	0.86	ปานกลาง
2.3 ฉันมีความมั่นใจว่าทำงานอย่างมีความสุข	3.68	1.01	สูง
2.4 ฉันทำงานที่เป็นภาระหน้าที่ประจำได้ไม่ค่อยดีนักเพราะเป็นงานที่ยากเกินไป	3.58	0.86	ปานกลาง
2.5 ฉันตระหนักอยู่เสมอว่า งานที่กำลังทำนี้มีบทบาทที่สำคัญต่อสังคมและประเทศชาติ	3.06	1.01	ปานกลาง
3. ด้านสามารถแก้ปัญหาจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้	16.74	2.87	ปานกลาง
3.1 ฉันพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยไม่คิดเอาเองตามใจชอบ	3.17	0.97	ปานกลาง
3.2 บ่อยครั้งที่ฉันไม่รู้ว่าจะอะไรทำให้ฉันไม่มีความสุข	3.40	1.11	ปานกลาง
3.3 ฉันรู้สึกว่าการตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน	3.38	1.03	ปานกลาง
3.4 เมื่อต้องทำอะไรหลาย ๆ อย่างฉันตัดสินใจว่าจะทำอะไรก่อน-หลัง	3.48	0.97	ปานกลาง
3.5 ฉันรู้สึกลำบากใจที่ต้องทำงานกับคนที่ไม่คุ้นเคย	3.32	1.01	ปานกลาง
4. ความยึดมั่นผูกพัน	15.25	2.51	ปานกลาง
4.1 ฉันทนไม่ได้เมื่อต้องอยู่ในสังคมที่ต้องมีกฎระเบียบที่ขัดต่อความเคยชินของฉัน	2.88	1.05	ปานกลาง
4.2 ฉันคิดว่าครอบครัวของฉันไม่ค่อยมีบทบาทต่อสังคมมากนัก	2.97	1.00	ปานกลาง
4.3 ฉันจะต้องตอบโต้หรือแก้ข้อสงสัยกับผู้ที่กล่าวร้ายหรือเข้าใจผิดต่อครอบครัวของฉันเสมอ	3.09	1.02	ปานกลาง
4.4 เวลาที่ฉันทำงานมักจะเกิดความเครียดอยู่บ่อยครั้ง	3.17	0.86	ปานกลาง
4.5 เพื่อนช่วยให้ฉันมีความสุขในการทำงานมาก	3.16	0.97	ปานกลาง
5. ด้านความสามารถพัฒนาตนเอง	20.87	3.36	สูง
5.1 แม้จะมีเหตุการณ์ที่เลวร้ายแต่ฉันมั่นใจว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	2.32	1.10	ต่ำ
5.2 การทำงานทุกอย่างจะมีปัญหาแต่ก็จะมีวิธีแก้ปัญหาได้เสมอ	3.69	1.08	สูง
5.3 เมื่อใดมีเรื่องเครียดฉันสามารถผ่อนคลายและสนุกสนานได้	3.48	1.02	ปานกลาง
5.4 ฉันเห็นว่าการศึกษาอบรมดูงานจะช่วยให้ฉันมีความรู้มากขึ้น	3.87	1.13	สูง
5.5 ฉันมั่นใจว่าผู้ที่แสวงหาความรู้อยู่เสมอจะทำงานได้สำเร็จ	4.01	0.97	สูง
5.6 ฉันจะรู้ตัวเมื่อมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง	3.51	0.98	ปานกลาง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยใช้วิธีทางสถิติหาค่ามัชฌิมเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแยกเป็นรายข้อตามคุณลักษณะในระดับบุคคล ผลการวิเคราะห์ทางสถิติปรากฏ สรุปได้ดังนี้

1. ด้านความตระหนักในคุณค่าของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.30$, $SD = 2.75$) โดยมีคะแนนคุณลักษณะสูงสุด คือ ข้อที่ 1.3. “เมื่อทำงานใดสำเร็จฉันรู้สึกท้อถอย” ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 1.00$) และรองลงมาคือ ข้อที่ 1.4 “ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเมื่อได้ทำงานอย่างเต็มความสามารถ” ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 1.00$)

2. ด้านความพึงพอใจในตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 17.12$, $SD = 2.59$) โดยมีคะแนนคุณลักษณะสูงสุด คือ ข้อที่ 2.3 “ฉันมีความมั่นใจว่าทำงานอย่างมีความสุข” ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 1.01$) และรองลงมาคือ ข้อที่ 2.4 “ฉันทำงานที่เป็นภาระหน้าที่ประจำได้ไม่ค่อยตึงเครียดเพราะเป็นงานที่ยากเกินไป” ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.86$)

3. ด้านสามารถแก้ปัญหาจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 16.74$, $SD = 2.87$) โดยมีคะแนนคุณลักษณะสูงสุด คือ ข้อที่ 3.4 “เมื่อต้องทำอะไรอย่าง ฉันตัดสินใจได้ว่า จะทำอะไรก่อน-หลัง” ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.97$) และ

รองลงมาคือ ข้อที่ 3.2 “บ่อยครั้งที่ฉันไม่รู้ว่าจะอะไรทำให้ฉันมีความสุข” ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 1.11$)

4. ด้านความยึดมั่นผูกพัน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.25$, $SD = 2.51$) โดยมีคะแนนคุณลักษณะสูงสุด คือ ข้อที่ 4.4 “เวลาที่ฉันทำงานมักจะเกิดความเครียดอยู่บ่อยครั้ง” ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.86$) และรองลงมาคือ ข้อที่ 4.5 “เพื่อนช่วยให้ฉันมีความสุขในการทำงานมาก” ($\bar{X} = 3.16$, $SD = 0.97$)

5. ด้านความสามารถพัฒนาตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.87$, $SD = 3.36$) โดยมีคะแนนคุณลักษณะสูงสุดคือ ข้อที่ 4.5 “ฉันมั่นใจว่าผู้ที่แสวงหาความรู้อยู่เสมอจะทำงานได้สำเร็จ” ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.97$) และรองลงมา คือ ข้อที่ 4.4 “ฉันเห็นว่าการศึกษอบรมดูงานจะช่วยให้ฉันมีความรู้มากขึ้น” ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 1.13$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติด โดยใช้วิธีทางสถิติหาค่ามัชฌิมเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแยกเป็นรายด้านตามคุณลักษณะในระดับบุคคลปรากฏตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติด โดยแยกเป็นรายด้าน 5 ด้าน (N=186)

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ด้านความตระหนักในคุณค่าของตนเอง	15.30	2.75	ปานกลาง
2. มีความพึงพอใจในตนเอง	17.12	2.59	ปานกลาง
3. สามารถแก้ปัญหาจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้	16.74	2.87	ปานกลาง
4. ความยึดมั่นผูกพัน	15.25	2.51	ปานกลาง
5. ความสามารถพัฒนาตนเอง	20.87	3.36	สูง

จากตารางผลปรากฏว่าระดับพลังอำนาจทั้ง 5 ด้าน ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่จะมีระดับพลังอำนาจด้านความยึดมั่นผูกพันที่มีค่าคะแนนที่ต่ำสุด แสดงให้เห็นว่าระดับพลังอำนาจ

ของผู้ป่วยเสพติดถ้าได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลด้านความยึดมั่นผูกพันจะช่วยเพิ่มศักยภาพมากขึ้น เพราะตามหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจที่อัลมาเซบ และจูเลีย (Almaseb & Julia)¹⁰

รวมทั้งกรีสเลย์ และคนอื่น (Greasley et al)¹¹ ได้กล่าวไว้ว่าจะช่วยเพิ่มความสามารถระดับบุคคลให้อยู่ร่วมกันในครอบครัวเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำได้บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองแยกตามรายด้านในระดับบุคคล

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
4. ความยึดมั่นผูกพัน	18.60	1.14	สูง

จากตารางผลปรากฏว่าคุณลักษณะด้านความยึดมั่นผูกพันที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนที่ต่ำสุด เมื่อได้รับการพัฒนาโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงทำให้มีค่าคะแนนคุณลักษณะด้านความยึดมั่นผูกพันสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง ก็จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้มีความสามารถในการป้องกันการเสพยาซ้ำได้ยั่งยืนมากขึ้น

ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างผลการสำรวจการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดเพื่อป้องกันการการกลับไปเสพยาซ้ำ

ตารางที่ 4 สรุปความแตกต่างคุณลักษณะผู้ป่วยเสพติดด้านความยึดมั่นผูกพันระหว่างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง

ด้านมีความยึดมั่นผูกพัน	X	SD	t	df	p-value
พลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติด	15.25	2.51	-15.50	4	.000
การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติด	18.60	1.14			

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเสพติดเมื่อได้รับการเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพัน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำ แสดงให้เห็นว่าความยึดมั่นผูกพันกันในครอบครัวของผู้ป่วยเสพติดเองจะเป็นสิ่งเสริมสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ มีความรู้สึกผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสพยาได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลช่วยเหลือและป้องกันการเสพยาซ้ำได้ดีกว่าเดิม เพราะบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ จนเกิดความผูกพัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองด้วยวิธีทางสถิติโดยการหาค่ามัธยฐานเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเฉพาะคุณลักษณะด้านความยึดมั่นผูกพันที่มีค่าคะแนนที่ต่ำสุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏตามตารางที่ 3

เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของผลการประเมินคุณลักษณะผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวของผู้ป่วยเสพติดเอง กับสภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นเรื่องของการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ มาทดสอบทางสถิติโดยวิธี t-test dependent samples ด้านความยึดมั่นผูกพันพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนคุณลักษณะด้านความยึดมั่นผูกพันสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = .05$ ดังปรากฏผลตามตารางที่ 4

ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่สำคัญพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยเสพติดถึงร้อยละ 74 มีความคาดหวังต่อผู้ป่วยว่าจะสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ ซึ่งความคาดหวังเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura)¹² ที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ ความคิด ความคาดหวัง และค่านิยมของบุคคลเองและยังสอดคล้องกับ

แนวความคิดมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ว่า เมื่อบุคคลรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีด้วย

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ผู้วิจัยได้อภิปรายระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยแยกเป็นรายข้อตามคุณลักษณะในระดับบุคคลเป็นรายด้าน ดังนี้

- ด้านความตระหนักในคุณค่าของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า หากบุคคลมีการนับถือตนเองที่ต่ำลงจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกต่อตนเอง ในด้านลบ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสพติดเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cascardi & O'Leary¹³ กล่าวว่า การมีความนับถือตนเองต่ำลง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสพติดในทางตรงกันข้าม พบว่า ถ้าบุคคลที่มีความนับถือตนเองสูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสพติดที่ระดับต่ำลง¹⁴

- ด้านความพึงพอใจในตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า คนที่มีความพึงพอใจในตนเองต่ำนั้น จะรู้สึกอ่อนไหวง่าย ไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น และมักจะโทษตัวเอง จิตตกง่าย เสรีเสียใจง่าย ไม่กล้าปฏิเสธ หรือไม่กล้าบอกความต้องการของตนเองตรง ๆ เพราะกลัวคนอื่นไม่รัก หรือไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม การที่บุคคลมีความพึงพอใจในตนเองต่ำจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมเสพติดเกิดขึ้นได้ง่าย

- ด้านสามารถแก้ปัญหาจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต¹⁵ การรับรู้ความสามารถในตนเองมีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ เมื่อรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในตนเองต่ำจะรู้สึกว่ามีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา รู้สึกหมด

หนทาง ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา เช่น พฤติกรรมการเสพยา ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น¹⁵ การที่บุคคลรับรู้ในตนเองต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมเสพติดและภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสพติดและภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำหรือไม่มีพฤติกรรมเสพติดเกิดขึ้น

- ด้านความยึดมั่นผูกพัน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการที่บุคคลมีสมาธิจดใจเจงลบ การไม่ได้รับความรู้สึกเติมเต็มจากครอบครัว งาน หรือเพื่อน ส่งผลให้มีพลังในการดำรงชีวิตต่ำ เกิดความย่อท้อต่ออุปสรรค ขาดความกระตือรือร้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมเสพติดเกิดขึ้นได้ง่าย เพราะการเสพยาเสพติดเป็นการสะท้อนกลยุทธการปรับตัวที่ใช้ศักยภาพของบุคคลที่มีภายในตน ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จะเห็นว่าความยึดมั่นผูกพันเป็นแนวคิดสำคัญ หากบุคคลมีพฤติกรรมความยึดมั่นผูกพันจะแสดงออกทางอารมณ์ การรู้คิด และพฤติกรรมทั้งตามบทบาทหน้าที่และพฤติกรรมพิเศษนอกเหนือบทบาทหน้าที่ มีบุคลิกภาพมองโลกในแง่ดี มีความกระตือรือร้น ทำทุกอย่างในลักษณะเชิงรุก มีความคิดริเริ่ม กล้าได้ กล้าเสีย มีความตั้งใจ เต็มใจในการปฏิบัติงาน จากพฤติกรรมของบุคคลที่มีความยึดมั่นผูกพัน อีกทั้งครอบครัวยังเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะป้องกันหรือผลักดันให้วัยรุ่นเข้าสู่ระบบการเสพยาเสพติด เช่น การปฏิเสธเป็นไปอย่างแท้จริง ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีการสื่อสารทางบวก ห่วงเหินหรือการมีสมาชิกในครอบครัวใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของสลิลลา ที่พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าร้อยละ 40.9 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแตกแยก ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและมีบุคคลในครอบครัวเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ครอบครัวให้ข้อมูล ประวัติหรือมีส่วนร่วมในการประเมิน ค้นหาปัญหาและความต้องการในระดับปานกลาง

- ด้านความสามารถพัฒนาตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปสู่การมีความคิดว่า ตนเอง

มีคุณค่า มีความสามารถในการนำพาชีวิตของตนเอง ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังต่อการใช้ชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นความเชื่อในด้านบวกที่มีต่อตนเอง และการที่บุคคลมีความคิดและความเชื่อในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง จนถึงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและไม่จำเป็นต้องเสพยาอีกต่อไป จะส่งผลถึงการลดพฤติกรรมการเสพยาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าความผูกพันระหว่างผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสพยา ซึ่งภายใต้พื้นฐานของทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับครอบครัว คือ 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดได้เข้ารับการพัฒนาทักษะและความรู้ใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการ 2) คัดเลือกกิจกรรมที่มีคุณลักษณะเหมาะสม 3) พัฒนาผู้ป่วยเสพติดให้ตรงกับความรู้ ความสามารถ ทักษะที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและความสนใจ 4) ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้ความสามารถให้มีอาชีพ

2. จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ป่วยเสพติดมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 12.50 และ 10.00 ตามลำดับ ครอบครัวจึงมีความสำคัญมาก ครอบครัวจำเป็นต้องเกิดการเรียนรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการเป็นครูเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างมีคุณธรรม ก่อให้เกิดพลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับการเสริมสร้างการเรียนรู้ใหม่อยู่เสมอ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเสพติดของครอบครัวจึงทำให้มีประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยและป้องกันการเสพยาเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการที่สามารถนำบุคคลสำคัญ เช่น ปู่ย่า พ่อแม่ หรือญาติคนสำคัญที่สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยแล้วจะยังสนับสนุนให้การบำบัดรักษามีความสำเร็จยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจระดับบุคคล ทำให้ผู้รับการเสริมสร้าง

พลังอำนาจตระหนักถึงความสามารถของตน รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรศึกษาและเปรียบเทียบผลกับข้อมูลด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเด็นปัญหาเสพยาเสพติดและปัญหาอื่น เพราะการเสพยาเสพติดเป็นการสะท้อนกลยุทธการปรับตัวที่ใช้ศักยภาพของบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ทำให้เข้าใจตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ สรุปได้ว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการควบคุมตนเองให้กับทีมบุคลากร ผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการเสพยา โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพจะสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวได้เรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเสพติดไว้วางใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำแบบวัดระดับการสร้างพลังอำนาจไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และพิจารณาว่าระดับพลังอำนาจด้านใดที่ต่ำ สามารถนำกิจกรรมที่พัฒนาไว้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป น่าจะมีการศึกษากิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มเติม จะทำให้สามารถไปปรับใช้ได้ในทุกสถานการณ์และสถานที่อื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและการแนะนำอย่างดียิ่งจากผู้ร่วมงานทุกท่านได้ให้ความเมตตาเป็นอย่างยิ่งต่อการให้คำปรึกษา และแนวทางในการทำงานตั้งแต่เริ่มการศึกษา การพัฒนาการวิจัย รวมถึงช่วงการสรุปรายงานการวิจัย ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ในความเมตตา และช่วยเหลือของทุกท่าน รวมถึงผู้ป่วยเสพยาและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอย่างสูง ศ.ดร.คณิต เขียววิชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ แนวทางอันเป็นผลให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน ผู้ประสานงาน และผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูล เข้าร่วมกิจกรรม และความเอื้อเฟื้ออย่างดี ตลอดระยะเวลาการลงพื้นที่ศึกษาและการให้ข้อมูล จนทำให้การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาและครอบครัวสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ปัญหายาเสพติด[ออนไลน์]. 2557. เข้าถึงได้จาก: http://www.nccd.go.th/index.php?mod=content_list&cate=369

2. พิชัย แสงชาญชัย; พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2549.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข : รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี 2555.: กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2554.

4. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, อัมพล จินดาวัฒน์. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2550.

5. คณิต เขียววิชัย. การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับคนบติคณะครูศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

6. Gibson, C. H. “ A concept analysis of empowerment.” Journal of Advanced; Nursing 1991; 16: 354-361.

7. Hokanson, H., & Hromek, C. “Nursing practicum: Empowering strategies.” Nursing Outlook 1992; 40(5): 231-234.

8. Clutterbuc, D, & Kemaghan, S. (1995). The Empowerment. London: Kogan Page Limited.

9. Gunden, E., & Crissman, S. Leadership skills for empowerment. Journal of Nursing Administration Quarterly. 1992; 16(3): 6-10.

10. Almaseb, H.; & Julia,M. (2007). Kuwaiti Bedouin Muslim women achieving control over their lives : Factors supporting empowerment. Social Development. 2007; 29: 80 –9.

11. Greasley, K., Bryman, A., Dainty, A., Price, A., Soetanto, R. and King, N. "Employee perceptions of empowerment", Employee Relations. 2005; 27(4): 354-368.

12. Bandura, A. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. Psychology and Health. 1998; 13: 623-649.

13. Cascardi, M., & O'Leary, K. D. Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. Journal of Family Violence. 1992; 7(4): 249–259.

14. Beeber, L. S. Depression in women. In A. B. McBride & J. K. Austin (Eds.), Psychiatricmental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences. 1996; 235-268.

15. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986.

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of care for Psychiatric Patient Who Use Methamphetamine, Nong Kung Si District, Kalasin Province

ดนัทร ดอนลาดบัตร*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในทุกพื้นที่ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงถึงผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน พื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน ที่ผ่านเกณฑ์คัดออกเครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สิ่งแทรกแซงคือ การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และการติดตามประเมินและดูแลในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 16 และ 24 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test และ One-way ANOVA ผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.10 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 37.00 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Paranoid schizophrenia (F20) ร้อยละ 55.60 ก่อนการทดลองทั้งหมดใช้เมทแอมเฟตามีน และลดลงเป็น ร้อยละ 77.50 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน และการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการทดลอง และการติดตามดูแล พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

รูปแบบการติดตามดูแลในโรงพยาบาลและการประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้านควบคู่ไปกับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสะท้อนผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ควรมีการนำรูปแบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำสำคัญ : จิตเวช, เมทแอมเฟตามีน, จิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

*โรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

abstract

Psychiatric patients using methamphetamine remains a major problem in all areas where they need to be treated. It is urgently resolved. This study aims to demonstrate the performance of care for psychiatric patients using methamphetamine. The quasi-experimental research was conducted between December 2022 and May 2023 with a sample of 54 people who passed the qualification criteria. The interventions were patient care at the hospital and follow-up assessment and care at weeks 2, 4, 8, 16, and 24 weeks. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test, and One-way ANOVA. The results showed that the majority of the respondents were male, 74.10% were aged between 31-40 years, 37.00% were diagnosed with Paranoid schizophrenia (F20), 55.60%. Prior to all trials, methamphetamine was used, and this decreased to 77.50 percent at the end of the trial. When comparing mean variance, scores evaluate the performance of psychiatric patients. 10 aspects and assessment of aggressive behavior before experimentation and monitoring Statistically significant distribution P-value < 0.001

Hospital Monitoring and Performance Assessment Models for Psychiatric Patients 10 aspects, coupled with the assessment of aggressive behavior, reflect good results in the care of psychiatric patients using methamphetamine.

Keywords: psychiatry, methamphetamine, methamphetamine-based psychiatry

บทนำ

จากสถานการณ์ความรุนแรงที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามปรากฏในช่องทางโซเชียลมีเดีย หรือข่าวในวิทยุ โทรทัศน์ พบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยหาในเรื่องความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด หรือ ผู้ใช้ยาเสพติดจนมีอาการทางจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง^{1,2} โดยกลุ่มโรคที่พบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุดคือ กลุ่มโรคจิตเภท³ ร้อยละ 53.75) รองลงมาคือ กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 14.61)⁴

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ขาดการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังรุนแรง⁵ หากมีการกำเริบซ้ำทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้น ปัจจัยสำคัญ คือ การหยุดหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเวทยังมีปัญหาด้านการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาไม่ยอมรับการเจ็บป่วยไม่มารักษาตามนัด หรือบางราย ขาดจากระบบการรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบหรือ เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น⁴ จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 34,023 คน โดยกลุ่มที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (ร้อยละ 20.61) รองลงมาคือ กลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 18.54) และกลุ่มโรคประสาท ความผิดปกติหรือความแปรปรวนทางจิตใจ (ร้อยละ 16.77) อำเภอนองนงศรี พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 1,352 คน โดยกลุ่มที่พบการวินิจฉัยมากที่สุดคือ กลุ่มโรคจิตเภท

ร้อยละ 36.90 รองลงมาคือโรคประสาท ร้อยละ 18.17 และอันดับที่ สามคือ กลุ่มโรคที่เกิดความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ร้อยละ 16.05⁶

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence: SMI-V) ในแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท (F20-F29) ที่เข้าเกณฑ์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ใน 4 กลุ่ม คือ 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงก่อความไม่สงบในชุมชน 3) มีความคิดหลงผิดมุ่งหวังทำร้ายผู้อื่นให้เสียชีวิต และ 3) มีประวัติก่อคดีอาญา เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง⁷

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องมีการวางแผนการดูแล และประเมินความเสี่ยงรายบุคคลเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมตามบริบท

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีน พื้นที่อำเภอนองนงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดผล ก่อนหลัง (one –group, pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 – พฤษภาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการวินิจฉัย ในรหัส ICD-10 ในรหัส F10-F19, F20-F29, และ F30-39 ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในคลินิก สุขภาพจิตและยาเสพติด จังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 จำนวน 743 คน (ระบบ HDC)

เกณฑ์การคัดเลือกเพื่อศึกษา

1. เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน (72 คน)

2. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิก จิตเวชและยาเสพติด น้อยกว่า 2 ครั้งใน ระหว่างการศึกษา หรือ เสียชีวิต หรือ ถูกจำคุก (4 คน)

2. ขาดนัดหรือติดต่อไม่ได้ (8 คน)

3. มีนัดบริการที่คลินิกอื่นหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น (6 คน) ทำการศึกษาในประชากรที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวนทั้งสิ้น 54 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัย ชนิดยาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบติดตามสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน

แบบติดตามสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน จำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมีคะแนนต่ำสุดที่ 1 คะแนน สูงที่สุด 3 คะแนน โดยคะแนนที่ 1 คะแนน จะถือว่าผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดี และ 3 คะแนน คือ เป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี โดยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ใช้ประเมินเพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้าน ผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้าน การประกอบอาชีพ และ 6) ด้านสัมพันธภาพใน ครอบครัว คำถามจำนวน 4 ข้อ ใช้ประเมินเพื่อ

วางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 4) ด้านการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ในทุกรอบของการดูแล ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น และ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน โดยจะมีคะแนนประเมิน สูงที่สุด 3 คะแนน และต่ำที่สุด 1 คะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

คะแนน ที่ 1 คะแนน หมายถึง กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency)

คะแนนที่ 2 คะแนน หมายถึง เร่งด่วน (Urgency)

คะแนนที่ 3 คะแนน หมายถึง ฉุกเฉิน (Emergency)

สิ่งแทรกแซง

การติดตามที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์) สร้างสัมพันธภาพให้รู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและการกินยา ประเมินคะแนนและให้คำแนะนำตามแบบประเมินจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ขอความยินยอมในการตรวจปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตามีน

การติดตามที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์) ให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ประเมินอาการทางจิต กระตุ้นเตือนการรับประทานยา และการมารับการรักษาต่อเนื่อง ประเมินคะแนน และให้คำแนะนำตามแบบประเมินจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ขอความยินยอมในการตรวจปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตามีน

การติดตามที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 3 (8 สัปดาห์) ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเอง และการจัดการ ความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและ การประกอบอาชีพ ประเมินคะแนนและให้คำแนะนำตามแบบประเมิน จิตเวชเรื้อรัง 10 ด้านขอความยินยอมในการตรวจ ปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตามีน

การติดตามที่โรงพยาบาลครั้งที่ 4 (16 สัปดาห์) ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเอง และการจัดการ ความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและ การประกอบอาชีพ ประเมินคะแนนและให้คำแนะนำตามแบบประเมิน จิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ขอความยินยอมในการตรวจ ปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตามีน

การติดตามที่โรงพยาบาลครั้งที่ 5 (24 สัปดาห์) ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเอง และการจัดการ ความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและ การประกอบอาชีพ สรุปผลการดูแล ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การบริการปกติ ของโรงพยาบาล ประเมินคะแนนและให้คำแนะนำ ตามแบบประเมินจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ขอความ ยินยอมในการตรวจปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตา มีน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test และ One-way ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยภายใต้ ปรวิญญาเฮลซิงกิ โดยอาสาสมัครสามารถออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการรักษา ไม่บรรยายถึง บุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล ผ่าน การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 22/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.10 เพศหญิง ร้อยละ 25.90 ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 37.00 ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35.20 และช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 14.30 การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม Paranoid schizophrenia ร้อยละ 55.60 Unspecified psychosis ร้อยละ 28.90 สิบบุหรี ร้อยละ 94.40 ต้มสุรา ร้อยละ 53.70 และทั้งหมดใช้เมทแอมเฟตามีน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล (n=54)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	74.10
หญิง	14	25.90
กลุ่มอายุ (minimum = 23, maximum 61, Std.Deviation 39.17, Mean 9.14)		
20-30 ปี	8	14.80
31-40 ปี	20	37.00
41-50 ปี	19	35.20
51-60 ปี	6	11.10
มากกว่า 60 ปี	1	1.90

ข้อมูล (n=54)	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
Paranoid schizophrenia (F20)	30	55.60
Psychotic disorder (F23)	2	3.70
Schizoaffective disorder (F25)	1	1.90
Unspecified psychosis (F29)	21	38.90
การใช้ยาเสพติด บุหรี่ สุรา		
บุหรี่	51	94.40
สุรา	29	53.70
เมทแอมเฟตามีน	54	100

2. คะแนนประเมิน ผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน

1) ด้านอาการทางจิต พบว่า มีอาการทางจิตก่อนการดูแลผู้ป่วยมีอาการทางจิตในกลุ่มมีบ้าง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 90.70) โดยนับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 จนถึง สัปดาห์ที่ 24 ยังคงเหลือในกลุ่มเดียวกัน จำนวน 21 คน(ร้อยละ 38.90) และไม่มีอาการทางจิต จำนวน 31 คน (ร้อยละ 57.40) ในสัปดาห์ที่ 24

2) ด้านการกินยา พบว่า ก่อนการดูแลทั้งหมดกินยาไม่สม่ำเสมอ โดยเริ่ม มีการกินยาสม่ำเสมอ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 29.60) ในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นเป็น 24 คน (ร้อยละ 44.40) ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24

3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ พบว่า ก่อนการดูแลมีสัดส่วนระหว่างดี กับปานกลาง เท่ากัน จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 ระดับดีที่ ร้อยละ 68.50 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.30 ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24

4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนการดูแลพบสามารถทำได้ ร้อยละ 64.80 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.90 ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24

5) ด้านการประกอบอาชีพ ก่อนการดูแลทำได้ ร้อยละ 51.90 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 63.00 นับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป

6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า มีสัมพันธภาพที่ดี ก่อนการดูแล ร้อยละ 14.50 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.00 เมื่อสัปดาห์ที่ 2 และร้อยละ 70.40 ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นต้นไป

7) สิ่งแวดล้อม พบว่า ทั้งหมดอยู่ในระดับดี

8) ด้านการสื่อสาร ก่อนการดูแลพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่ระดับการสื่อสารในระดับปานกลาง ในสัปดาห์ที่ 2 มีผู้ป่วยที่สื่อสารในระดับดี ร้อยละ 27.80 และ ร้อยละ 46.30 ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24

9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้ เบื้องต้น ก่อนการดูแลพบว่ามีผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 42.60 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.00 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 และ ร้อยละ 70.40 ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24

10) ด้านการใช้สารเสพติด โดยการสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนและหลังการดูแลมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 94.40 สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ก่อนการดูแล ร้อยละ 53.70 เมื่อสัปดาห์ที่ 24 ร้อยละ 38.90 และ การใช้เมทแอมเฟตามีน ซึ่งก่อนการดูแลใช้ทุกคน เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 24 คงเหลือร้อยละ 77.50 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ) คะแนนประเมินผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการดูแล และการติดตาม 2, 4, 8, 16, 24 สัปดาห์

หัวข้อ	ก่อน	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	16 สัปดาห์	24 สัปดาห์
1. ด้านอาการทางจิต						
- ไม่มี	0 (0.00)	15(27.80)	23(42.60)	31(57.40)	31(57.40)	31(57.40)
- มีบ้าง	49(90.70)	37(68.50)	29(53.70)	21(38.90)	21(38.90)	21(38.90)
- มีบ่อย	5(9.30)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)
2. ด้านการกินยา						
- สม่าเสมอ	0(0.00)	0(0.00)	16(29.60)	24(44.40)	24(44.40)	24(44.40)
- ไม่สม่าเสมอ	54(100)	54(100)	38(70.40)	30(55.60)	30(55.60)	30(55.60)
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ						
- ดี	27(50.00)	37(68.50)	47(87.00)	52(96.30)	52(96.30)	52(96.30)
- ปานกลาง	27(50.00)	17(31.50)	7(13.00)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน						
- ทำได้	35(64.80)	44(81.50)	48(88.90)	48(88.90)	48(88.90)	48(88.90)
- ทำได้บ้าง	19(36.20)	10(18.50)	6(11.10)	6(11.10)	6(11.10)	6(11.10)
5. ด้านการประกอบอาชีพ						
- ทำได้	28(51.90)	28(51.90)	34(63.00)	34(63.00)	34(63.00)	34(63.00)
- ทำได้บ้าง	24(44.40)	24(44.40)	18(33.30)	18(33.30)	18(33.30)	18(33.30)
- ทำไม่ได้	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว						
- ดี	8(14.50)	20(37.00)	31(57.40)	38(70.40)	38(70.40)	38(70.40)
- ทำได้บ้าง	42(77.50)	30(55.60)	19(35.20)	12(22.20)	12(22.20)	12(22.20)
- ทำไม่ได้	4(7.40)	4(7.40)	4(7.40)	4(7.40)	4(7.40)	4(7.40)
7. ด้านสิ่งแวดล้อม						
- ดี	54(100)	54(100)	54(100)	54(100)	54(100)	54(100)
8. ด้านการสื่อสาร						
- ดี	0(0.00)	15(27.80)	22(40.70)	25(46.30)	25(46.30)	25(46.30)
- ปานกลาง	54(100)	39(72.20)	32(59.30)	29(53.70)	29(53.70)	29(53.70)
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น						
- ดี	23(42.60)	34(63.00)	34(63.00)	38(70.40)	38(70.40)	38(70.40)
- ปานกลาง	29(53.70)	18(33.30)	18(33.30)	14(25.90)	14(25.90)	14(25.90)
- ปรับปรุง	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)
10. ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/ยาเสพติด)						
- บุหรื	51(94.40)	51(94.40)	51(94.40)	51(94.40)	51(94.40)	51(94.40)
- สุรา	29(53.70)	29(53.70)	28(51.90)	24(44.40)	24(44.40)	21(38.90)
- เมทแอมเฟตามีน	54(100)	54(100)	52(96.30)	51(94.40)	48(88.90)	42(77.50)

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าคะแนนรวมเฉลี่ย การประเมินผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน ก่อนการดูแลและการติดตามดูแล จำนวน 5 ครั้ง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ในการติดตามในสัปดาห์ที่ 2, 8,

16 และ 24 และ ความแปรปรวนของค่าคะแนนรวมเฉลี่ย การประเมินผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน ก่อนการดูแลและการติดตามดูแลใน 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนคะแนนรวม ผลคะแนนการประเมินผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้านก่อนการดูแลและการติดตาม 2,4,8,16 และ 24 สัปดาห์ โดยใช้ ANOVA

คะแนนรวม	Mean (SD)	SS	df	MS	F- test	P-value
F/U 2 สัปดาห์	16.61(1.30)	48.78	4	12.19	14.21	<0.001
F/U 4 สัปดาห์	15.46(1.62)	37.98	4	9.49	4.58	0.003
F/U 8 สัปดาห์	14.81(1.55)	43.51	4	10.87	6.29	<0.001
F/U 16 สัปดาห์	14.81(1.55)	43.51	4	10.87	6.29	<0.001
F/U 24 สัปดาห์	14.81(1.55)	43.51	4	10.87	6.29	<0.001

SS=Sum of Square, Df= Degree of Freedom, MS = Mean Square

3. คะแนนการประเมิน Overt Aggression Scale: OAS การประเมินคะแนน OAS พบว่า ในก่อนการดูแลส่วนใหญ่ ระดับคะแนน คือ 1 คะแนน (กึ่งเร่ดว่น) ร้อยละ 55.60 และลดลงในการดูแล

สัปดาห์ที่ 2 เป็น ร้อยละ 46.30 ทั้งนี้ ในกลุ่มที่ไม่มีอาการเร่ดว่น (0 คะแนน) จากร้อยละ 40.70 เป็น ร้อยละ 85.20 ในสัปดาห์ที่ 24 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ คะแนน Overt Aggression Scale: OAS ก่อนการดูแล และ การติดตาม และการติดตาม 2,4,8,16 และ 24 สัปดาห์

ระดับคะแนน	ก่อนดูแล จำนวน(%)	2 สัปดาห์ จำนวน(%)	4 สัปดาห์ จำนวน(%)	8 สัปดาห์ จำนวน(%)	16 สัปดาห์ จำนวน(%)	24 สัปดาห์ จำนวน(%)
- ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง (0 คะแนน)	22(40.70)	27(40.70)	35(64.80)	44(81.50)	44(81.50)	46(85.20)
- ระดับความก้าวร้าว รุนแรงกึ่งเร่ดว่น (1 คะแนน)	30(55.60)	25(46.30)	17(31.50)	8(14.80)	8(14.80)	8(14.80)
- ระดับความก้าวร้าว รุนแรง เร่ดว่น (2 คะแนน)	2(3.70)	2 (3.70)	2(3.70)	2(3.70)	2(3.70)	0(0.00)

ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนน OAS ระหว่างก่อนการดูแล และ การติดตามดูแลในสัปดาห์ที่ 2,4,8 และ16 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ และ

24 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$

ตารางที่ 5 ความแปรปรวนคะแนน Overt Aggression Scale: OAS ก่อนการดูแล และการติดตาม และการติดตาม 2, 4, 8, 16 และ 24 สัปดาห์

คะแนนรวม	Mean (SD)	SS	df	MS	F- test	P-value
F/U 2 สัปดาห์	0.63 (0.55)	4.96	2	2.48	10.17	<0.001
F/U 4 สัปดาห์	0.53 (0.57)	5.77	2	2.88	13.29	<0.001
F/U 8 สัปดาห์	0.38 (0.56)	6.71	2	3.35	25.87	<0.001
F/U 16 สัปดาห์	0.22 (0.50)	6.71	2	3.35	25.87	<0.001
F/U 24 สัปดาห์	0.22 (0.50)	1.53	2	0.76	7.38	0.002

วิจารณ์ผล

ในการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย 10 ด้าน พบว่า มีความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีในทุกด้าน โดยเปลี่ยนแปลงมาก ในช่วง 2 สัปดาห์แรก จนถึง 4 สัปดาห์ และสมรรถภาพผู้ป่วยเริ่มคงที่ ในช่วง 4 สัปดาห์ – 24 สัปดาห์ ในด้าน การดำเนินกิจวัตรประจำวันและการประกอบอาชีพ แลพเริ่มคงที่ภายหลัง 8 สัปดาห์ ในด้าน อาการทางจิต การกินยาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลของญาติ สัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสารและความสามารถในการเรียนรู้ ทั้งนี้ พบว่า มีจำนวนผู้ดื่มสุราลดลง จากร้อยละ 53.70 เป็น ร้อยละ 38.90 จำนวนผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ลดลงจากร้อยละ 100 เป็นร้อยละ 77.50 แต่ ทุกคนยังสูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ อย่างไรก็ตาม คะแนนประเมินสมรรถนะผู้ป่วยในทุกด้านเป็นไปในทิศทางที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการจัดการรายกรณีที่มีการรายงานผลการรักษาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นภายหลังมีการติดตามดูแลโดยการจัดการรายกรณี^{8,9,10,11,12,13,14}

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ แสดงถึงผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เมทแอมเฟตามีนพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental

Research) ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน ที่ผ่านเกณฑ์คัดออก เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน และ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สิ่งแทรกแซงคือ การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และการติดตามประเมินและดูแลในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 16, และ 24 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test และ One-way ANOVA

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.10 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 37.00 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Paranoid schizophrenia (F20) ร้อยละ 55.60 ก่อนการทดลองทั้งหมดใช้เมทแอมเฟตามีน เมื่อประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน ก่อนการทดลองและภายหลังการติดตาม พบว่า ทุกด้านมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนี้ 1)ด้านอาการทางจิต ก่อนการทดลองพบว่า ไม่มีผู้ไม่มีอาการทางจิต และ เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 57.402) ด้านการกินยาอย่างสม่ำเสมอที่ไม่พบในก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่ามีผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 44.40 3) ด้านญาติผู้ดูแลในระดับดี จาก ร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 96.30 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ในกลุ่มที่สามารถ

ทำได้ จาก ร้อยละ 64.80 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.90 5) ด้านการประกอบอาชีพ จากทำได้ร้อยละ 51.90 เป็น ร้อยละ 63.00 6) ด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว ระดับดี จากร้อยละ 14.50 เป็นร้อยละ 70.40 7) ด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับ ดี ทั้งหมด 8) ด้านการสื่อสาร ในระดับดี จาก ที่ไม่มี เป็นร้อยละ 46.30 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ในระดับดี จากร้อยละ 42.60 เป็น ร้อยละ 70.40 และ 10) การใช้เมทแอมเฟตามีน จากที่ใช้ทั้งหมด ลดลงเป็น ร้อยละ 77.50 ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มี พฤติกรรมความรุนแรง ก่อนการทดลอง ร้อยละ 40.70 เพิ่มเป็น ร้อยละ 85.20 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. เครื่องมือในการประเมินสมรรถนะ 10 ด้านที่มีการแยกชนิดยาเสพติดที่ใช้ มีความ จำเป็นต้องนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรัง เพื่อการวางแผนและจัดการดูแลผู้ป่วยได้ เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
2. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวควร ประเมินควบคู่ไปกับสมรรถนะของผู้ป่วย ซึ่งอาจ ต้องมีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้ละเอียดยิ่งขึ้น
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทดลอง สิ่งแทรกแซงอื่นๆที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น นอกเหนือการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และควรมี การวัดประสิทธิผลการรักษา (NUMBER NEED TO TREAT:NNR)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองสูงศรี นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ บุคลากรที่รับผิดชอบการดูแล ผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาล หนองสูงศรี

เอกสารอ้างอิง

1. Phanthunane P, Whiteford H, Vos T, Bertram M. Economic burden of schizophrenia: empirical analyses from a survey in Thailand. J Ment Health Policy Econ. 2012;15(1):25–32.
2. Suraaroonsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. J Ment Health Thai. 2014;22(3):142–56.
3. Wells JE, Browne MO, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's world mental health survey initiative. Br J Psychiatry. 2013; 202(1):42–9.
4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. [Online] 2020 [cited 2023 July 20]. Available from <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf>
5. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry. 2013;12(3):216–26.
6. Kalasin public health office. Health Data Centers. [Online] 2016 [cited 2023 March 20]. Available from <https://hdcksn.moph.go.th>
7. National Health Security Office. Providing care service for primary chronic psychiatric patient. [Online] 2016 [cited 2023 March 20]. Available from www.nsho.go.th



8. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000; 51(11): 1410–21.
9. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Dis Manag Health Out*. 2001; 9(3): 141–59.
10. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(10): CD007906
11. Hengartner M., Passalacqua S., Heim G., Andreae A., Rossler W., Wyl A. The Post-Discharge Network Coordination Programme: A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Efficacy of an Intervention Aimed at Reducing Rehospitalizations and Improving Mental Health. *Front Psychiatry* 2016; 7(27): 1-9.
12. Backers T., Maassen N., Tiemens B., Hutschemaekers G., Can social support be improved in people with a severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology* 2022: 10-11.
13. Incedere A., Yildiz M. Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24 -Month Practice. *Turkis Journal of Psychiatry* 2019; 2(1): 1-9.
14. Jirapramukpitak T., Jaisin K., Supanya S., Takizawa P. Effective of a community health worker-led case management programme to improve outcomes for people with psychotic disorder in Thailand: a one-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2022; 22(247): 1-11.



การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Postnatal care of women with a history of methamphetamine uses and families Tha Khan Tho District Kalasin Province

อลิศา เหลืองยวง*

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีนหลังคลอดมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลและติดตามการวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีนและครอบครัวอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 - พฤษภาคม 2566 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป WINPEPI ได้กลุ่มตัวอย่าง 31 คน วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test และ Paired sample T- test

ผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งสิ้น 33 คน มีอายุ 21-30 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 39.40 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 45.50 มีการฝากครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 60.60 การฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 78.80 เมื่อหลังคลอด พบว่าทารกส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ร้อยละ 90. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความพร้อมของครอบครัว (F.R.A) พบว่าก่อนการทดลอง (mean= 10.39,SD= 2.81)และหลังการทดลอง (mean = 20.90, SD = 2.77)โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.001

คำสำคัญ: หญิงหลังคลอด, เมทแอมเฟตามีน, ครอบครัว

*โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์



Abstract

Pregnant women with a history of postpartum methamphetamine use have complications in care and follow-up. The objective of the study was to study the effects of postpartum care for women with a history of methamphetamine use and their families. During May 2021 - May 2023, the sample was calculated with WINPEPI program, a sample of 31 persons was analyzed with frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test, and Paired sample T- test.

The results showed that 33 voluntary subjects were aged 21-30 years and 31-40 years old, 39.40% had a second pregnancy, and 45.50% had one antenatal care. 60.60% First antenatal care in the third trimester 78.80% After birth, 90% of babies weighed more than or equal to 2,500 grams. (mean= 10.39, SD= 2.81) and after the experiment. (mean = 20.90, SD = 2.77). There is a statistically significant difference in P-value <0.001.

Keywords: postpartum woman, methamphetamine, family

บทนำ

เมทแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหลั่งโดปามีน นอร์เอพิเนฟริน และเซโรโทนิน โดยปกติใช้โดยการสูบ กิน หรือการฉีด ทำให้เกิดพลังงานเพิ่มขึ้น รู้สึกอึดอัด บางรายน้ำหนักลด พันผุ หงุดหงิด วิดกกังวล หวาดระแวง ความจำเสื่อม และอาจทำให้อาการทางจิตเวชที่มีอยู่เดิมรุนแรงขึ้นได้¹ โดยทั่วไป สารกระตุ้นเมทแอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน เป็นสารกระตุ้นที่สำคัญที่สุด เป็นยาเสพติดผิดกฎหมายประเภทหนึ่งที่มีผู้ใช้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก โดยมีผู้ใช้ทั่วโลกประมาณ 34 ล้านคน² ในประเทศไทยมีการคาดประมาณเมื่อปี พ.ศ. 2562 ไคนไทย 3.75 ล้านคนหรือ ร้อยละ 7.46 ของคนไทย อายุ 12-64 ปี เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง โดย (ไม่รวม สุรา ยาสูบ ยานอนหลับ ยากลุ่มประสาท)³

การใช้เมทแอมเฟตามีนของหญิงตั้งครรภ์ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด เกิดครรภ์เป็นพิษ มีภาวะซีด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย ออมนภูมิแรกคลอดต่ำ และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁴ เมทแอมเฟตามีนสามารถส่งต่อไปยังทารกในครรภ์ผ่านทางรก ทั้งนี้การใช้แอมเฟตามีนสัมพันธ์กับการจำกัดการเจริญเติบโตของมดลูกสองถึงสี่เท่า โรคความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด^{5,6} ทั้งนี้พบว่าทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้น้อยกว่าปกติ 3.5 เท่า⁷ ทารกมีคะแนน Apgar ต่ำ⁶ มีผลกระทบระยะยาวในเรื่องสติปัญญาของเด็ก มีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าปกติ⁸

ประเทศไทยยังไม่มีรายงานสถานการณ์การใช้เมทแอมเฟตามีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจน แต่ยังมีรายงานการดูแลในระดับจังหวัด และอำเภอที่มีรายงานการใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีหญิงตั้งครรภ์จำนวนประมาณ 15-20 ราย ในแต่ละปี ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในการฝากครรภ์และการคลอด

โดยส่วนหนึ่ง จะเดินทางมาที่โรงพยาบาลด้วยการเจ็บครรภ์คลอดและไม่มีประวัติการฝากครรภ์

การดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีประวัติการใช้สารกระตุ้นกลุ่มเมทแอมเฟตามีนจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนในการพยาบาลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน ทั้งที่บ้านและการติดตามที่โรงพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงผลการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีนและครอบครัวในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดผล ก่อนหลัง (one-group, pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – พฤษภาคม 2566

ประชากร คือ หญิงหลังคลอดทั้งหมดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ (51 คน)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป WINPEPI

To estimate a proportion

Confidence level = 95%

Acceptable difference = 0.05

Assumed proportion = 0.05

Size of population = 51

REQUIRED SAMPLE SIZE = 31

เกณฑ์การคัดเลือกเพื่อศึกษา

1. เป็นหญิงหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่คลอดในโรงพยาบาลท่าคันโท (40 คน)
2. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (35 คน)

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. ไม่สามารถติดตามดูแลได้ตามโปรแกรมที่กำหนด (1 คน) 2. มีการย้ายถิ่นฐาน (1คน)

ทำการศึกษาในประชากรที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวนทั้งสิ้น 33 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ อายุครรภ์ครั้งแรกที่ฝากครรภ์ และ น้ำหนักทารก สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับ จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment: F.R.A.)⁹ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ระบุว่าได้ของครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความไร้ใครผูกพัน ความสามารถในการแก้ปัญหาของสมาชิก ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างกัน การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และการมีเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

การแปลผล

≤ 10 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมน้อยที่สุด
11 – 20 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมน้อย
21 – 30 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมปานกลาง
31 – 40 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมมาก
41 – 47 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมมากที่สุด

โดย ถ้าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง – มากที่สุด (21 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย หากคะแนนอยู่ในระดับน้อย – น้อยที่สุด (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน) หมายถึง ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

สิ่งแทรกแซง

การประเมิน ติดตาม และจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัวด้วย F.R.A. วางแผนให้การดูแล Psycho Social Support / Family Therapy / Family Counseling

ครั้งที่ 2 ด้านร่างกาย โดยการตรวจหลังคลอดผู้ป่วยภายหลังการคลอด 4-6 สัปดาห์ ในโรงพยาบาล ด้านจิตใจใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)

ครั้งที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้าน 8-12 สัปดาห์ ประเมินคะแนน F.R.A. ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

≤ 10 คะแนน Family Therapy

11 – 20 คะแนน Family Therapy / Family Counseling

21 – 30 คะแนน Counseling

31 – 40 คะแนน Psycho – Social Support

41 – 47 คะแนน Psycho – Social Education

ครั้งที่ 4 การประเมินที่โรงพยาบาล 24 สัปดาห์ (พร้อมการนัดหมายฉีดวัคซีนบุตร) ขอความยินยอมการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเมทแอมเฟตามีน, ประเมิน F.R.A.

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test และ Paired sample T- test

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยภายใต้ อนุญาตของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยอาสาสมัครสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการรักษา ไม่บรรยายถึงบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล ดำเนินการภายใต้ โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านการรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 29/2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 33 คน มีอายุ
ระหว่าง 21-30 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 39.40

โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ
45.50 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 60.60
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ
78.80 น้ำหนักทารกส่วนใหญ่ มากกว่า 2,500 กรัม
ร้อยละ 30 โดยหญิงตั้งครรภ์มีบุคคลที่ใช้เมทแอม
เฟตามีนเป็นบุคคลใกล้ชิด ส่วนใหญ่ 1 คน ร้อยละ
72.70 โดย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล (n=33)	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ (minimum = 17, maximum 41, Std.Deviation 6.99, Mean 27.76)		
10-20 ปี	6	18.20
21-30 ปี	13	39.40
31-40 ปี	13	39.40
41-50 ปี	1	3.00
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	12	36.40
ครรภ์ที่ 2	15	45.50
ครรภ์ที่ 3	6	18.20
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์		
1 ครั้ง	20	60.60
2 ครั้ง	12	36.40
3 ครั้ง	1	3.0
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (minimum = 18, maximum 41, Std.Deviation 5.58, Mean 32.6)		
15-28 สัปดาห์ (ไตรมาส 2)	7	21.20
28-42 สัปดาห์ (ไตรมาส 3)	26	78.80
น้ำหนักทารก (minimum = 2300, maximum 2850, Std.Deviation 130.65, Mean 2642.91)		
< 2500 กรัม	3	9.10
≥ 2500 กรัม	30	90.90
จำนวนบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน		
ไม่มี	2	6.10
1 คน	24	72.70
2 คน	5	15.20
3 คน	2	6.10

2. คะแนนประเมิน F.R.A

2.1 การอธิบายผลการประเมินครอบครัว
(F.R.A) ก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 10 ด้าน ดังนี้

1) ด้านระดับรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่

มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)
ร้อยละ 72.20 และหลังการทดลอง ส่วนใหญ่ มีรายได้
เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหานี้สิน)
ร้อยละ 45.50

2) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านก่อนการทดลอง พบว่า มีที่อยู่แน่นอน แต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ร้อยละ 51.50 และลดลง เป็นร้อยละ 39.40 ภายหลังการทดลอง3) ด้านความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรัก ร้อยละ 42.20 ภายหลังการทดลอง พบการดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทรมากที่สุดร้อยละ 36.40

4) ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว ก่อนการทดลองพบว่า ไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.80 ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีการ เผชิญปัญหาร่วมกัน ร้อยละ 24.20

5) ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ พบว่า มีทักษะในการควบคุมพฤติกรรม ร้อยละ 78.80 ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่ เผชิญปัญหาร่วมกัน ร้อยละ 39.40

6) การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ก่อนการทดลอง พบว่า ให้อภัยและให้อโอกาสแก้ไข และ ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข มากที่สุด ร้อยละ 36.40 ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่เป็นการยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข ร้อยละ 45.50

7) การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว ก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีการสื่อสารใดๆ ร้อยละ 51.50 ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้

ความรู้สึกร้อยละ 54.50

8) การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาทมากที่สุด ร้อยละ 42.40 ภายหลังการทดลองมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ร้อยละ 36.40

9) ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลอง ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล ร้อยละ 72.70 ภายหลังการทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น ร้อยละ 54.50

10) การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ ก่อนการทดลอง ไม่มีเครือข่าย ร้อยละ 57.60 ภายหลังการทดลอง คงเหลือร้อยละ 3

เมื่อทดสอบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ และการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ คะแนน F.R.A. ก่อนและหลังการทดลอง

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	χ^2 p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
1. ระดับรายได้ของครอบครัว			10.51
ไม่มีรายได้ทั้งจากตนเองหรือได้รับจากผู้อื่น	2(6.10)	0(0.00)	0.311
มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)	24(72.20)	7(21.20)	
มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	5(15.20)	15(45.50)	
มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	2(6.10)	9(27.30)	
รายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหาหนี้สิน)	0(0.00)	2(6.10)	



หัวข้อ	ก่อนการทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	หลังการทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	X ² p-value
2. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน			79.45
ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อน ไร้บ้าน	1 (3.00)	0(0.00)	<0.001*
มีที่อยู่แน่นอน แต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม	17(51.50)	13(39.40)	
ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน	6 (18.20)	11(33.30)	
ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเท	6 (18.20)	6(18.20)	
ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม	3(9.1)	3(9.10)	
3. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว			43.01
ไม่ได้รับความรัก	14(42.40)	<0.001	<0.001*
ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร	9(27.30)	12(36.40)	
ส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจ กล่าวชื่นชม	7(21.20)	9(27.30)	
มีการสัมผัสทางกาย	3(9.10)	6(18.20)	
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหา			2.68
ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา	26(78.80)	4(12.10)	0.44
เผชิญปัญหาร่วมกัน	7(21.20)	13(39.40)	
รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน	0(0.00)	8(24.20)	
ช่วยกันแก้ไขปัญหา	0(0.00)	8(24.20)	
5. ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย			
ทักษะการควบคุมพฤติกรรม	26(78.80)	12(36.40)	5.44
การให้แรงเสริมที่เหมาะสม	7(21.20)	19(57.60)	0.06
ฝึกระเบียบวินัย	0(0.00)	2(6.10)	
6.การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม			
ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล	8(24.20)	3(9.10)	25.77
ให้อภัยและให้อโอกาสแก้ไข	12(36.40)	8(24.20)	0.002**
ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข	12(36.40)	15(45.50)	
ให้กำลังใจ	1(3.00)	7(21.20)	
7.การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว			0.79
ไม่มีการสื่อสารใดๆ	17(51.50)	15(45.50)	0.37
มีการรับรู้ความรู้สึก	16(48.50)	18(54.50)	
8.การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว			
ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท	19(57.60)	1(3.00)	2.62
ตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน	14(42.40)	8(24.20)	0.62
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	0(0.00)	12(36.40)	
การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว	0(0.00)	11(33.30)	
รับผิดชอบตามบทบาท หน้าที่	0(0.00)	1(3.0)	
9.ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย			2.69
ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล	24(72.70)	15(45.50)	0.10
มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น	9(27.30)	18(54.50)	

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	หลังการทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	X ² p-value
10.การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ			19.95
ไม่มีเครือข่าย	19(57.60)	1(3.00)	0.007**
ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัว)	9(27.30)	8(24.20)	
เพื่อนบ้าน	3(9.10)	7(21.20)	
ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชน	2(6.10)	17(51.50)	

*P-value <0.001 ** P-value < 0.01

2.2 ระดับคะแนน F.R.A. ก่อนและหลังการทดลอง น้อยที่สุด) ภายกลังการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับคะแนน 11-20 คะแนน (ระดับความพร้อมน้อย) ก่อนการทดลอง พบระดับคะแนนส่วนใหญ่ รายละเอียดดังตารางที่ 3 คือ ≤ 10 คะแนน ร้อยละ 57.60 (ระดับความพร้อม

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับคะแนนประเมิน F.R.A. ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	จำนวน(ร้อยละ) ก่อนการทดลอง	จำนวน(ร้อยละ) หลังการทดลอง	แปลผล
≤ 10 คะแนน	19(57.60)	0(0.00)	ระดับความพร้อม น้อยที่สุด
11-20 คะแนน	14(42.40)	18(54.50)	ระดับความพร้อม น้อย
21-30 คะแนน	0(0.00)	15(45.50)	ระดับความพร้อมปานกลาง

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย F.R.A. ก่อนและหลังการทดลอง การทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความพร้อมของครอบครัว (F.R.A) พบว่าก่อนและหลัง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย F.R.A ก่อนและหลังการทดลอง

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$ (SD)	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$ (SD)	95% CI	t	sig
F.R.A	10.39(2.81)	20.90(2.77)	8.78-10.61	21.59	<0.001

สรุปผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลทั้งครอบครัว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พ.ค. 2564 – พ.ค. 2566 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 33 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test และ Paired sample T- test

ผลลัพธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 21-30 ปี และ 31-40 ปี เท่ากันที่ร้อยละ 39.40 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 45.50 มีการฝากครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 60.60 โดยการฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 78.80 เมื่อหลังคลอดพบว่าทารกส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ร้อยละ 90.90 ทั้งยังพบว่ามีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีน 1 คน ร้อยละ 72.70 เมื่อทดสอบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ และการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และ การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$ ก่อนการทดลอง พบระดับคะแนนส่วนใหญ่ คือ ≤ 10 คะแนน ร้อยละ 57.60 (ระดับความพร้อมน้อยที่สุด) ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่ระดับคะแนน 11-20 คะแนน (ระดับความพร้อมน้อย) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความพร้อมของครอบครัว (F.R.A) พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

วิจารณ์ผล

การวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์เพียงครั้งเดียว ร้อยละ 60.60 ในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 78.80 อายุครรภ์เฉลี่ย 32.60 ซึ่งอายุครรภ์มากกว่าการศึกษาของหทัยรัตน์ รังสรรค์สุษดี (2566)¹⁰ ซึ่งศึกษาในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต พบอายุครรภ์เฉลี่ยที่มาฝากครรภ์คือ 13.90 สัปดาห์ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของการให้ความสำคัญของการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ซึ่งโดยปกติมักมีปัจจัยเนื่องจากทัศนคติ ความรู้ การศึกษา เป็นต้น¹¹

ผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของครอบครัวเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ย 10.39 (SD 2.81) ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย 20.90 (SD 2.77) โดยเปลี่ยนแปลงจากระดับความพร้อมน้อยเป็นระดับความพร้อมปานกลาง ซึ่งหมายถึงครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาหมายถึง มารดา และทารก การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยการเยี่ยมบ้านและจัดการครอบครัว การให้การปรึกษา

ครอบครัวร่วมกับการดูแลทั้งครอบครัว เป็นแนวทางที่ถูกแนะนำและให้ผลลัพธ์ที่ดีกับครอบครัวและหญิงตั้งครรภ์^{12,13,14,15}

ข้อเสนอแนะ

1. การวัดผลการเปลี่ยนแปลงหากสามารถวัดผลเป็นระยะ มากกว่าการวัดผลเพียงก่อนและหลังการทดลองจะทำให้สามารถสะท้อนพัฒนาการความพร้อมของครอบครัวได้

2. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน เป็นความยุ่งยากซับซ้อนในด้านการพยาบาล ครอบครัวและชุมชน ควรมีการนำผลลัพธ์และสิ่งแทรกแซงขยายผลในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเดียวกันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าคันโท นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ บุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลท่าคันโท โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1 . McKetin R, Dawe S, Burns RA, Hides L, Kavanagh DJ, Teesson M, McD Young R, Voce A, Saunders JB. The profile of psychiatric symptoms exacerbated by methamphetamine use. Drug Alcohol Depend 2016; 161:104–109.

2 . United Nation Office on drug and crime. World drug report 2022 : Booklet 4 - Drug market trends of Cocaine, Amphetamine-type stimulants and New Psychoactive Substances. Online https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-4.htm



3. มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล, รังสิยา อุปปา. การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้เข้าเสพติดประเทศไทย ปี 2562 . วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. 2563; 36(2): 85-97.

4. อติศักดิ์ ไวกะเทศการณ์. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 18(2):105-112.

5. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ., 3rd Caughey AB. Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol 2014 ;211((4)):429, e1-7.

6. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol. 2010; 116: 330-4.

7. Oro AS, Dixon SD. Perinatal cocaine and methamphetamine exposure: maternal and neonatal correlates. J Pediatr. 1987; 111: 571-8

8. Lu LH, Johnson A, O'Hare ED, Bookheimer SY, Smith LM, O'Connor MJ, et al. Effects of prenatal methamphetamine exposure on verbal memory revealed with functional magnetic resonance imaging. J Dev Behav Pediatr. 2009;30:185-92.

9. โสภ อ่อนโอภาส, นุชนาฏ ยูธินเงาะ. เครื่องมือในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ 2564.

10. หทัยรัยต์ รังสรรค์สุขดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐเขตอำเภอเกาะกู่ จังหวัดภูเก็ต. วารสารโรงพยาบาลวชิรภูเก็ต 2564.4(1)1-15.

11. มุกดา สนจีน. อังสินี กันสุขเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระเจา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5(3):39-52.

12. Petzold J., Spreer M., Kruger M., Sauer C., Kirchner T., Hahn S., et al. Integrated Care for Pregnant Women and Parent With Methamphetamine-Related mental disorder. Brief research report 2021; 12: 1-12.

13. Dyba J, Moesgen D, Klein M, Leyendecker B. Methamphetamine use in German families: parental substance use, parent-child interaction and risks for children involved. Subst Use Misuse 2019; 54:583-91

14. Tse R, Kesha K, Morrow P, Glenn C, Stables S. Commentary on: Kenneally M, Byard RW. Increasing methamphetamine detection in cases of early childhood fatalities. J Forensic Sci. 2020; 65:1384.

15. Abar B, LaGasse LL, Wouldes T, et al. Cross-national comparison of prenatal methamphetamine exposure on infant and early child physical growth: a natural experiment. Prev Sci. 2014; 15(5): 767-776.



สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel : 02 590 24 22 Website : <http://ncmc.moph.go.th>
